

Nová paradigmatata v diagnostice syndromu CAN

Pavel Mühlpachr

Počátek třetího tisíciletí vzbuzuje v lidech snahu po vytváření různých hodnotících, ale i futurologických soudů. Odborníci ve všech oblastech se snaží prezentovat a komparovat úspěchy a pokroky v jednotlivých vědních disciplínách, kterých bylo dosaženo ve druhém tisíciletí nového věku, zvláště v posledním století druhého tisíciletí. Ve století, které mělo celou řadu zajímavých přívlastků. Z pohledu našeho tématu lze uvést jeden z nich – *století dítěte*, neboť v něm byly přijaty tři závažné dokumenty, které se týkaly práv dítěte: *Charta práv dítěte* (1924), *Konvence o právech dítěte* (1959), *Úmluva o právech dítěte* (1989).

Sociologická interpretace sociálně patologických jevů říká, že různé formy sociálních deviací jsou nedílnou součástí každé společnosti, která se s nimi musí na různých úrovních vyrovnávat. Tyto sociálně negativní jevy nabývají v různých společnostech rozličných podob.

Paradoxem však zůstává, že právě ve století dítěte se objevovaly (a nadále se budou objevovat), v současné postmoderní společnosti, ostře vyhrcoené formy sociálně patologických jevů, jejichž oběťmi se stávají děti. Mezi tyto zmiňované formy patří i nově diagnostikovaný CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

V souvislosti s tím, jak se dítě dostávalo do středu zájmu širších odborných vrstev (pedagogové, sociologové, pediatři, psychiatři, psychologové, právníci), objevila se nutnost popsat některé závažné negativní a ohrožující skutečnosti, které se vyskytovaly při výchově, růstu a vývoji dětí. Toto snažení vyústilo v definici CAN – Child Abuse and Neglect – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, která byla stanovena zdravotní komisí Rady Evropy v roce 1992. Definovala tělesné, pohlavní, citové týrání, zanedbávání a systémové týrání (druhotné ponižování).

Současná společnost stále naléhavěji potřebuje být informována o příčinách, formách a možnostech sociálně edukativních intervencí při zjištění (resp. diagnostice) CAN syndromu. Stále naléhavěji vystupuje do popředí problematika všech stupňů cílené prevence.

Potřeba prevence vyvstala v 70.–80. letech 20. století v souvislosti se zjištěním, že k pohlavnímu zneužívání dochází podstatně častěji, než se předpokládalo. Děti jsou neinformované, bezbranné, s rodiči na toto téma nejsou schopny dostatečně otevřeně komunikovat. Od roku 1983 vznikaly postupně preventivní programy, ve kterých bylo nutno akceptovat realitu, že dítě není

ochotno se s tímto traumatickým zážitkem svěřit. Nechápe to, co se mu přihodilo nebo co se mu děje. I když se dítě svěří, mnohdy zůstává nepochopeno, okolí mu z nejrůznějších příčin odmítá věřit. Důvodů je několik, ať už je to obava z ostudy, která by dopadla na rodinu, rozpad sociálních vazeb v rodině, ekonomické důsledky v případě, že by pachatel byl živitel rodiny a byl odsouzen k trestu odnětí svobody. Nahlédneme-li hlouběji do intimity rodin, ve kterých dochází k sexuálnímu zneužívání dítěte, objevíme mnohdy velmi zajímavé interpersonální vztahy. I tuto skutečnost je nutno brát na zřetel v koncipování preventivních programů (včetně nabídky alternativ, kde dítě může najít pomoc i mimo rodinu).

Pro děti je nutno připravit promyšlený dlouhodobý preventivní program. Neosvědčil se ten typ prevence, který je založen na jednorázových přednáškách. Po určitém časovém odstupu je úroveň znalostí dětí na dané téma – sexuální zneužívání – stejná, jaká byla před realizací přednášky. Preventivní program musí být sestaven pomocí dostupných pojmových výrazů – musí být pro děti pochopitelný. I malé děti dobře chápou, co je dobré a co zlé, které dotyky jsou v mezích normy a které jsou nevhodné a nepřijemné. Většina preventivních programů se vyhýbá informacím o anatomii (jeví se to jako nevhodné a děti zatěžující). Doporučuje se, aby se zvláštní pozornost věnovala tomu, abý program neměl návodný charakter a neobsahoval násilí. Děti musí být poučeni o tom, že mají právo si kontrolovat své vlastní tělo, odmítat cizí doteky. Preventivní program by měl obsahovat návod, jak a komu se svěřit, a to i v případě, že viník mu bude vyhrožovat. Dítě se musí dopátrat toho, kdo mu uvěří, pochopí a pomůže.

Dalším úkolem je dítěti vyvrátit jakýkoliv pocit viny nebo odpovědnosti za zneužití. Preventivní zásahy je nutno neustále opakovat. Z výzkumů vyplývá, že děti, které byly již v minulosti zneužity, mají menší šance dalšímu zneužití zabránit než ty, které v minulosti zneužity nebyly.

Velmi důležitou roli hraje osvěta u rodičů. Je nutno jim připomenout, že je především jejich povinností dítě ochránit před možností sexuálního zneužití. Většinou sami vylučují možnost zneužití v rámci rodiny. Navíc se cítí před dětmi nejistě, trapně a nejsou schopni je před tímto nebezpečím dostatečně varovat. U mnohých to vzbuzuje vzpomínky na sexuální potíže a zklamání ve vlastním životě.

Praxe naznačuje, že lze s jistou mírou pravděpodobnosti vymezit tzv. „rizikové skupiny“:

- Mezi rizikové skupiny rodičů patří ty, které vychovávají nevlastní dítě (adopce), kde se vyskytují v rodině děti postižené (tělesně, mentálně a jinak handicapované), kde se v rodině objevuje nový partner a kde byl některý z rodičů v dětství zneužíván.

- Mezi rizikové skupiny dětí lze zařadit děti z rozvedených rodin, z dysfunkčních rodin, děti, jejichž rodiče vykazují hostilitu a násilí vůči sobě i dětem, děti, jejichž rodiče preferují nadměrné pití alkoholu a zneužívání drog, děti žijící s psychotickým rodičem a analogicky děti handicapované a děti mající nevlastního otce.

U obou skupin jsou přítomny dvě podmínky, které se vzájemně potencují: špatná a nedostatečná kontrola v rámci rodiny a blízkého okolí zneužívaného dítěte a emoční deprivace (Malá, Raboch a Sovák, 1995).

CAN se ve většině zemí rozlišuje z hlediska diagnostického jako jasný, podezřelý a rizikový. Z hlediska symptomatického jako těžký, který končí ve 3–5 % smrtelně, střední a lehký.

Syndrom týraného dítěte vyjadřuje nejčastější formu týrání, která postihuje děti v kojeneckém a batolecím věku a která zpravidla končí smrtí. V této formě převažuje použití mechanického násilí, i když se mohou vyskytovat i jiné formy poškozování. Časté je násilí bez použití nástroje – rukou, pěstí či hranou dlaně, ale též kopnutí. Při zjevné prohlídce dítěte nemusí být patrné žádné úrazové změny a dítě bývá i dobře živé. Závažné úrazové změny jsou zjišťovány teprve při pitvě. Cenným diagnostickým kritériem je nález krevních podlitin a oděrků. Udává se, že v 80 % případů mechanického týrání dítěte jsou přítomny na těle modřiny nebo oděrky. Neexistuje místo, kde by se tyto úrazové změny nemohly vyskytovat, na obličejí a ve spojivkách jsou dobře patrné, a naopak ve vlasové části hlavy unikají pozornosti. Nález symetrických podlitin na tvářích, krku či hrudníku je typický pro uchopení rukou či rukama a přítomnost podlitin na břicho bývá někdy doprovázena postižením břišních orgánů. To však nemusí být pravidlem a při rozsáhlém postižení břišních orgánů může být zevní nález minimální, zvláště bylo-li dítě oblečeno. Krevní podlitiny vznikají úderem nebo tlakem předmětu působícího většinou kolmo na povrch těla. Velikost podlitiny závisí na charakteru předmětu. Tlak prstů vyvolává menší okrouhlé hematomy, úder pěstí nebo kopnutí oválné větší podlitiny. Nástroj zanechává vzhled podle svého tvaru, např. hůl dvojitou pruhovitou podlitinu. Podkožní krevní výrony vznikají u dětí poměrně snadno, a jsou-li přítomné v řídkém pojivu těsně pod kůží, objevují se záhy po úrazu, naopak hlouběji umístěné se manifestují až po uplynutí několika hodin. Na rozdíl od krevních podlitin oděrky vznikají tangenciálním násilím, tedy působením nějakého tupého předmětu, který sedře svrchní vrstvu pokožky. Mohou to být nehty při rdošení na krku, kdy oděrky mají typický půlměsíčkový tvar, nebo škrtdlo, kdy vzniká na krku strangulační rýha. Oděrky mohou být přítomny též u genitálu dívek, ale také u chlapců.

Letální průběh u týraného dítěte je nejčastěji vyvolán poraněním hlavy.

Tato tzv. kranio cerebrální poranění jsou způsobována tupým násilím působícím na hlavu a mají svá specifika v dětském věku. Krvácení pod tvrdou mozkovou plenu je nejčastější a vzniká tím, že při aktivním či pasivním násilí na hlavu dochází k setrvačnému pohybu mozku v lební dutině a k přetřhání žilních spojek mezi měkkými plenami mozku a šípovým splavem, probíhající klenbou lebeční v předozadním směru (Bouška, 1997).

Syndrom zanedbávaného dítěte se vydělil jako samostatný termín z výše popsaného CAN jako tzv. FTT – Failure to Thrive – selhání ve vývoji, v prospívání dítěte (Malá, Raboch a Sovák, 1995).

Obecně lze nedostatečnou péči pozorovat často, ale prokázat příčinnou souvislost takového jednání s následkem na zdraví je obtížné. Je všeobecně známo, jak může být dítě ohroženo. Nejen nedostatečnou výživou, nedostatkem potravin a tekutin, zanedbáváním obecných pravidel v ošetřování dítěte a jeho hygieně, ale také celkovým podchlazením či naopak přehřátím. Vlastní příčinou následků na zdraví nejsou obvykle tyto stavy, ale vzniklé chorobné komplikace. Jedná se o celkové infekce, sepse, šok při hydrataci, hypertermii, postižení endokrinního systému. Závažnost problému spočívá v tom, že je nutné určit, zda tyto komplikace nastaly právě v souvislosti s nedostatečnou péčí v rodině (Bouška, 1997).

Syndrom zneužívaného dítěte se nejčastěji ztotožňuje s pojmem CAN, který však zahrnuje tělesné, duševní či sexuální postižení, jenž je výsledkem nenáhodného zásahu či zacházení s dítětem. Poslední ze zmiňovaných postižení – sexuální – se z termínu CAN vyděluje jako samostatný syndrom, označovaný CSA – Child Sexual Abused syndrome, definovaný jako každý akt vůči dítěti vázaný na jakoukoliv sexuální aktivitu (Malá, Raboch a Sovák, 1995).

Vaničková (1995) uvádí, že pohlavní zneužívání je nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Podle závažnosti dělíme pohlavní zneužívání na:

1. mírně závažný čin: expozice,
2. závažný čin: různé nekoitální způsoby uspokojení,
3. velmi závažný čin: koitus.

Aby sexuální chování mohlo být označeno za zneužívání, mělo by splňovat tři podmínky:

- Aktér je mnohem starší a zralejší než dítě.
- Je v pozici autority nebo v pečovatelském vztahu k dítěti.
- Aktivity vymáhá silou nebo podvodem (např. nutí dítě, aby se pachatele dotýkalo, event. provádělo masturbaci).

Stejná autorka rozlišuje ve svých odborných pracích dva typy pohlavního

zneužívání, bezdotykové – nekontaktní sexuální chování a kontaktní sexuální chování:

- Do bezdotykových sexuálních aktivit patří mluvení o tom, co by rád pachatel s dítětem dělal, verbální sexuální návrhy, sexuální exploatace dítěte (zneužití dítěte pro dětskou pornografii), expozice genitálu, event. masturbace a voyerismus (sexuální vzrušení při pozorování nahého nebo svlékajícího se dítěte).
- Kontaktní sexuální chování zahrnuje jak nepenetrativní aktivity jako dotýkání, mazlení na genitálu nebo na prsou, předměty, rukou, genitálem i penetrativní aktivity (sexuální proniknutí prsty nebo předměty do genitálu). Rozlišujeme:
 1. orálně-genitální kontakt,
 2. análně-genitální kontakt,
 3. genitálně-genitální kontakt.

Četnosti sexuálního zneužívání dětí patří mezi ta sociální fakta, která lze jen stěží spolehlivě postihnout. Vyšetřované a oznámené případy tvoří jen nepatrnou špičku ledovce (Täubner, 1996).

Informace statistického charakteru o počtech sexuálně zneužívaných dětí v České republice jsou velmi nepřesné. Není důvod se domnívat, že by situace u nás měla mít jiný rozměr než situace ve srovnatelných evropských zemích. Některé zdroje hovoří o skutečnosti, že 10–40 % žen a 5–20 % mužů bylo v dětství zneužito (Wittrock a Niemeyer, 1994).

Positivem současné středoevropské společnosti je bezesporu skutečnost, že k problematice syndromu CAN se vyjadřuje stále více profesionálů. Mezi ně patří i učitelé, kteří by měli být tzv. prvními diagnostiky. Mühlpachr (2001) hovoří o učitelích jako o sociálních pracovnících.

Sociální práce jako společenskovední disciplína, mající výrazně technologický charakter, doznala za poslední desetiletí značných změn. Tyto změny lze shrnout v rámci koncipování sociální práce jako:

1. změny v oblasti společenské činnosti,
2. změny v koncipování sociální práce jako vědního oboru,
3. změny v postavení sociální práce jako studijního oboru.

Zásady moderní sociální práce lze vnímat jako zásady uplatňované v práci ostatních vědních disciplín, tedy i v pedagogice jako obecné vědě o výchově.

Sociální práce je orientována na pomoc jedinci v kritických bodech životní dráhy nebo při patologickém průběhu životní dráhy. V průběhu životní cesty se klient setkává z celou řadou profesionálů – sociálních pracovníků, kteří ho institucionálně (zprostředkovaně i funkcionálně) ovlivňují. Významné role v tomto procesu hrají pedagog a andragog. Následující teze uvažují v intencích učitele jako vychovatele a vzdělavatele dětí a mladistvých.

Kvalifikovaný učitel by měl vedle výchovně-vzdělávacích funkcí plnit řadu dalších funkcí. Následující schéma tyto „nadstavbové“ funkce znázorňuje jako paradigmatata, jakési vzory sociální práce, které do sociálních kompetencí učitele bezesporu patří. Jde o tato paradigmatata:

1. Vazba: učitel–žák.....paradigma diagnostické
2. Vazba: žák–učitel.....paradigma poradenské
3. Vazba: učitel–rodiče.....paradigma informační
4. Vazba: rodiče–učitel.....paradigma konzultační
5. Vazba: učitel–pedagogický sbor.....paradigma koordinační

Prioritní **diagnostické paradigma** je založeno na permanentním pozorování chování a jednání žáka, na sledování jeho reakcí na běžné i stresující situace. Nekázeň, agrese, neadekvátní verbální projevy, stejně jako uzavřenost, nekomunikativní postoje, vyčleňování se z kolektivu mohou indikovat přítomnost patologie. Učitel by neměl podceňovat více či méně „důmyslné“ způsoby navázání verbálního i nonverbálního kontaktu ze strany žáka s cílem vyhledat pomoc, radu, podporu.

Poradenské paradigma představuje poskytnutí pomoci, podporu a pochopení problému, se kterým se na učitele žák obrátí. Pedagog s prosociálním citěním žákovo očekávání splní, jeho problém však nevyřeší a je na učiteli, jak se vyrovná se svou rolí „poradců“. V prvé řadě musí být učitel důkladně seznámen s problematikou té které patologie, musí znát zásady včasné intervence, tedy základní pravidla sociální práce. Zkušený pedagog se v podstatě těmito pravidly řídí a není nezbytně nutné, aby prošel nadstavbovým kursem. U méně zkušených a věkově mladších učitelů je vhodné absolvovat seminář či školení v rámci dalšího vzdělávání učitelů k danému tématu. Zkušený učitel – poradce – si kolem sebe vytváří tým odborníků – specialistů z různých oblastí (odborní lékaři, pediatři, psychologové, speciální pedagogové aj.). Poradenská intervence je zvláště u žáků mladšího a středního školního věku podmíněna spoluprací s rodiči.

Paradigma informační je mnohdy podmíněno řadou faktorů, které provází vztah učitel–rodič. Ze strany rodičů je učitel chápán především jako vychovatel, pak jako vzdělavatel a vůbec ne jako poradce. Rodiče považují školu za všemocnou instituci, která v podstatě plní zakázku rodiče – vychovat a vzdělávat jejich dítě. Velmi častým jevem je reakce rodiče na patologické chování dítěte v tom smyslu, že dítě si patologické chování přináší právě ze školy, tam se mu naučilo, tam jsou kořeny výskytu patologických jevů (kouření, krádeže, experimentování s drogami apod.). Zkušený učitel ví, že k pozitivní spolupráci učitele s rodiči dochází mnohdy až po opakovaných intervencích ze strany učitele. Rodiče velmi intenzívně vnímají například medicínská varování, výrazně však podceňují varování výchovná. Učitel by

neměl poskytovat systém neomylných rad, nýbrž konzultace, které analyzují všechny stránky problému ohroženého žáka-klienta.

Konzultace patří mezi intervenční techniky, kterými se učitel snaží pomoci i rodičům při řešení patologického problému. I zde se učitel setkává (obdobně jako u žáků) se skutečností prověřenou dobou, že zkušenost je sdílitelná, nikoliv předatelná. Tato teze dokazuje obtížnost a individuálnost intervence do primární skupiny – rodiny (**konzultační paradigma**).

Mezi nejvíce opomíjené aspekty lze zařadit **koordinační paradigma** učitele, to, které usměřuje interakci učitel–pedagogický sbor. Pedagogický sbor je specifická profesní skupina, která má své zvláštnosti. Rozhodující roli v tomto kolektivu hraje jeho vedoucí, tedy ředitel a jeho styl řízení.

Učitelé jako jednotlivci obtížně vnímají moderní pohled na sociálně patologickou problematiku a neuvědomují si, že tyto jevy jsou nedílnou součástí společnosti. Žádná společnost patologické jevy neodstranila, vyskytovaly se vždy a všude, a je tedy nutné najít takové způsoby řešení, takové intervence, které by výskyt těchto jevů eliminovaly. „Nevyrovnaný“ pohled učitele na žáka se sociálně negativním chováním se prohlubuje v kontextu řešení problému v celém pedagogickém sboru. Ten chápe patologické chování jako poruchu chování a škola zasahuje jako instituce se sankcemi v rámci daného normativního systému. Problém tím však vyřešen není, žák je pouze potrestán, a tentýž problém bují dále a objeví se později v mnohem závažnější podobě. Takto nevyrovnaný pohled celého pedagogického sboru vede ke stigmatizaci žáka, upozorňuje se tím na jeho deviaci a není vyloučeno, že se z něho skutečně stane jedinec s výraznou patologií. Učitelé nevhodným způsobem řešení problému mnohdy přispívají ke vzniku sociálně deviantních jedinců, neboť jako sociálně významnější jedinci etiketizují méně sociálně významné jedince (žáky) za devianty.

Praxe naznačuje tři závažné aspekty zvyšující negativní pohled na žáka ze strany učitelů:

1. **Feminizace pedagogického sboru.**

Čím větší je podíl žen v pedagogickém sboru, tím konfliktnější atmosféra vládne mezi členy sboru, tím více negativistická až nepřátelská atmosféra. Parciální problémy k řešení nepředstavují problémy žáků, nýbrž problémy jednotlivých členů pedagogického sboru, resp. různých podskupin, klik apod. Přes nesporný pozitivní vliv žen ve škole (zvláště na 1. stupni ZŠ) je nutné doplňovat pedagogické sbory učiteli-muži.

2. **Velikost pedagogického sboru.**

Čím početně větší je pedagogický sbor, tím méně je mobilní, méně akceschopný, je více neprogresivní a s negativními vlivy „konkurenčního boje“ mezi učiteli, které se promítají do interpersonálních vztahů mezi

členy pedagogického sboru. V takto koncipovaném kolektivu mají velmi obtížnou pozici nově příchozí učitelé a je vhodné je na tyto alternativy připravit již v průběhu studia učitelství.

3. Věkové složení pedagogického sboru.

Čím větší věkový průměr členů pedagogického sboru, tím konzervativnější postoj má pedagogický sbor k patologickým jevům a učitel s moderními postupy, alternativními přístupy a metodami je v pozici „ostře sledovaného učitele“.

Praxe jasně ukazuje, že existují školy, kde učitelé pracují na principech moderní sociální práce (individuální přístup, pomoc, podpora, diskrétnost, vedení skrze problémové situace a stavy, získání důvěry, snaha kladně motivovat žáka, snaha proniknout do jeho hodnotového systému, do problémů jeho rodiny, zainteresovat ostatní k řešení problému atd.).

Existují však i školy a výchovná zařízení, která k tomuto pojetí mají velmi daleko (evidují problémy, trestají a etiketizují žáky, verbálně je ponižují, vyvíjejí psychický tlak apod.).

Tady se otevírá široké pole působnosti pro mladou, progresivní, do praxe nastupující učitelskou generaci.

Literatura

- BOUŠKA, I. *Syndrom CAN pro policisty-specialisty na trestnou činnost páchanou na mládeži*. Přednáška. Solenice, 1997.
- MALÁ, E., RABOCH, J., SOVÁK, Z. *Sexuálně zneužívané dítě*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1995.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2001.
- TÄUBNER, V. *Nejtřeženější tajemství – sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Trizonia, 1996.
- VANÍČKOVÁ, E. *Násilí v rodině, syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995.
- WITTRÖCK, M., NIEMEYER, M. *Sexuelle Missbrauch an Kindern und Jugendlichen*. Oldenburg: Zentrum für pädagogische Berufspraxis, Universität Oldenburg, 1994.

MÜHLPACHR, P. Nová paradigmatata v diagnostice syndromu CAN. *Pedagogická orientace* 2004, č. 1, s. 30–37. ISSN 1211-4669.

Adresa autora: Doc. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D. Katedra speciální pedagogiky Pedagogická fakulta MU v Brně, Poříčí 9, 603 00 Brno, muhlpachr@jumbo.ped.muni.cz