

TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DĚTI - MOŽNOSTI SOCIALIZAČNÍHO PŮSOBNÍ JAKO PREVENCE NEŽÁDOUCÍHO VÝVOJE

MALTREATED, ABUSED AND NEGLECTED CHILDREN – POSSIBILITIES OF SOCIALIZATION ACTIVITY AS PREVENTION OF UNDESIRABLE DEVELOPMENT

Dunovský Jiří

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických oborů

Summary

The author deals with the CAN (Child Abuse and Neglect) syndrome and stresses the possibilities of socialization activity as prevention of undesirable development. He alerts to the necessity of increased attention of all authorities and institutions engaged in care for the child and participating in his/here protection.

He stresses the necessity of increased attention of the parents and next environment. These children are classified as children in particularly adverse situations in the World Survival Declaration. He alerts to the development of the changes of the child's position in the society and remembers that the Convention on the Rights of the Child from 1989 assigns almost complete legal subjectivity to the child.

He discusses the forms of CAN syndrome in the Czech Republic, deals with diagnostics of the risks of this syndrome and the possibilities of its prevention. He further deals with therapy ways, dividing it into long-term and short-term therapy. He discusses pessimistically the preventive care of origination of this syndrome. He divides preventive programs by age.

Key words: maltreated, abused and neglected child – CAN syndrome prevention – socialization activity and its peculiarities in child's development – Convention on the Rights of the Child.

Souhrn

Autor se zabývá syndromem CAN (Child Abuse and Neglect), zdůrazňuje možnosti socializačního působení jako prevence nežádoucího vývoje. Upozorňuje na nutnost zvýšit pozornost všech orgánů a institucí angažujících se v péči o dítě a podílejících se na jeho ochraně.

Zdůrazňuje zvýšit pozornost rodičů a nejbližšího okolí. Tyto děti jsou ve Světové deklaraci o přežití označeny jako děti ve zvlášť nepříznivých situacích. Upozorňuje na vývoj změn postavení dítěte ve společnosti a připomíná, že Úmluva o právech dítěte z r. 1989 přiznává dítěti téměř plnou právní subjektivitu.

Probírá formy syndromu CAN v České republice, věnuje se diagnostice rizik tohoto syndromu a možnosti jeho prevence. Dále se zabývá způsoby terapie, rozděluje ji na dlouhodobou a krátkodobou. Pesimisticky se zabývá preventivní péčí vzniku tohoto syndromu. Preventivní programy rozděluje podle věku.

Klíčová slova: týrané, zneužívané a zanedbávané dítě - prevence syndromu CAN - socializační působení a jeho zvláštnosti ve vývoji dítěte - Úmluva o právech dítěte.

ÚVOD

Týrané, zneužívané a zanedbávané děti patří mezi ty děti, jež jsou snad nejvíce zasažené ve svém všestranném vývoji a uváděny do společnosti. Z toho důvodu vyžadují co největší pozornost všech orgánů a institucí, angažujících se v péči o dítě a podílejících se na jeho ochraně. Především však vyžadují pozornost svých rodi-

čů nebo jim nejbližších osob a náležitou vnímavost ke všem nepříznivým jevům v jejich životě se snahou je poznávat, detekovat, odstraňovat a v neposlední řadě jim předcházet.

Tyto jevy jsou součástí problematiky dětí, označovaných ve Světové deklaraci o přežití, rozvoji a ochraně dětí (1) jako děti ve zvlášť

nepříznivých situacích. Vzhledem k jejich zvláštnímu ohrožení či postižení, nezbytnosti všestranné pomoci a podpory bylo pro tyto děti ve druhé polovině dvacátého století vytvořeno označení syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Jeho společným jmenovatelem se stalo jakékoli ubližování jim. Anglicky je pak souhrnně veden tento relativně nový jev jako syndrom Child Abuse and Neglect s běžně užívanou jeho zkratkou CAN (2,3).

Pro bližší pochopení tohoto mnohorozměrného, společensky velmi nepříznivého jevu a děje v jeho různorodém vzniku, podobě i závažnosti jsme se zaměřili na velmi stručný historický náčrt postavení dítěte ve společnosti (4,5). V závislosti na něm pak i na vlastní jeho vývoj, definici, jeho obsah a rozsah té které formy CAN (3, 5,6).

CHARAKTERISTIKA SYNDROMU CAN V KONTEXTU S HISTORICKÝM VÝVOJEM JEHO POSTAVENÍ VE SPOLEČNOSTI

Jestliže ve starověku byla hodnota dítěte velmi nízká, ba i nulová, a otec si s dítětem v rámci své absolutní moci mohl dělat, cokoliv chtěl, středověk díky křesťanství přiznal dítěti - aspoň formálně - lidskou hodnotu a zakázal jeho zabití. Teprve novověk, zvláště ve své demokratičtější fázi, chápe dítě od konce osmnáctého století jako samostatného jedince, který však vyžaduje ještě pomoc a podporu, aby dospěl v řádného občana. Přitom vedle obecné péče o každé dítě je třeba poskytovat ještě zvláštní péči o dítě, jež se ocitá v nějaké obtížné situaci. Např. péče o opuštěné dítě, péče o pracující dítě či dítě jakkoli vykořisťované, dítě handicapované, týrané, zneužívané a další (7).

Avšak zásadní změny v postavení dítěte ve společnosti a její péči o ně přináší až dvacáté století. Děje se tak v důsledku ohromných společenských, politických, ekonomických a ideových proměn, velkého vědeckého a technického pokroku, výrazných změn hierarchie hodnot a dalších činitelů. To vše nemohlo minout ani dítě, jeho postavení a význam ve společnosti, jeho stav a vývoj jak ve zdraví i nemoci, ohrožení a postižení, tak v celkové péči o ně, jeho výchově a vzdělávání, v řešení jeho sociálních a sociálně právních situací. Velmi mnoho tohoto úsilí napomáhala nová, komplexně pojatá věda o dítěti - zvaná pedologie. Vznikla na začátku minulého století a velmi se též zasloužila

o podstatné změny nazírání na dítě a jeho vývoj, formulování dětských práv a jejich prosazování do života dětí i společnosti (8). Tyto snahy vyústily v postupné přijetí tří mezinárodních dohod o dětských právech: Ženevské deklarace práv dítěte v roce 1924, Charty práv dítěte v roce 1959 a v roce 1989 Úmluvy o právech dítěte a řady dalších prohlášení, dokumentů a aktivit ve prospěch dítěte a boje proti jeho poškozování a také ubližování mu.

Poslední mezinárodní dohoda - Úmluva o právech dítěte z r. 1989 přiznává dítěti téměř plnou právní subjektivitu, prosazování jeho nejlepšího zájmu a prospěchu v každé situaci. A samozřejmě i jeho náležitou ochranu a obranu proti jakémukoli ohrožování a poškozování (9). Z nich jako nejzávažnější se stále zřetelněji začaly rýsovat různé formy a způsoby týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, závažné nedostatky a nepřízeň v prosazování jejich práv.

Pomineme-li charitativní snahy z osmdesátých let devatenáctého století, jež cíleně začínaly čelit ubližování dítěti (dokonce společně s týráním psů), lze přijmout za základ organizovaného boje proti tomuto společenskému zlu až závažné klinické stavy zjišťované chirurgy, ortopedy a rentgenology v polovině minulého století. Pro svou povahu a charakter nemohly být způsobeny náhodně, ale úmyslně. Byly proto označeny jako „nenáhodná poranění“ (10,11). Brzy nato, v roce 1962, Kempe v USA předložil velký soubor obdobně poraněných dětí, u nichž byla rovněž vyloučena nahodilost jako příčina jejich vzniku a prokázán úmysl v jejich etiopatogenezi. Tento jev nazval „syndromem týraného či bitého dítěte“, „Battered Child Syndrom“. Své nálezy promítl brzy do rozsáhlé kampaně proti týrání dětí a zasadil se o vydání nového zákona v USA „Battered Child Law“. Na toto snažení, stále nabývající na síle, začaly navazovat další státy. Rychle se rozvíjející poznatky se začaly promítat do teorie a praxe péče o dítě ve světě a posléze i u nás. Objevily se také v nové Úmluvě o právech dítěte z r. 1989 (2,12).

Hlavní náplní nových požadavků na ochranu dítěte v nouzi se stala povinnost rodičů pečovat o dítě a plnit svou odpovědnost za jeho co nejlepší vývoj a prospěch. A ovšem také všech dětí blízkých osob, profesionálů, kteří zjistí, že se děje dítěti újma. Jí je nutno jednak zabránit, eliminovat ji ze života dítěte, jednak ji oznámit příslušným pracovním sociálně právní ochrany dítěte, nebo přímo policii. Postup je v podstatě shodný i v případech, kdy se jedná jen o pode-

zření.

Vědomosti o syndromu bitého dítěte se brzy prohloubily o nové formy a způsoby tělesného ubližování dítěti, a to za aktivního užití násilí - od nadměrného tělesného trestu až k vraždě dítěte. Tělesné násilí je většinou úzce spjata s psychickým, které zde vystupuje rovněž v různé podobě. Psychické násilí se pak může vyskytovat samostatně - emocionální vydírání, ponižování, popouzení dítěte proti druhému rodiči v rámci rozvodového řízení. Anebo společně s tělesným násilím, propojeným s jinými formami (šikana, hrubé nadávky spolu s bitím, zavřením do tmy apod.). Jejich spojení pak vytváří obraz syndromu týrání dítěte.

Proti této formě týrání dítěte stojí jeho pasivní forma jak v oblasti tělesné, tak psychické. Je nazývána zanedbáváním, mnohdy i úmyslnou ne-péčí. Tak tělesné zanedbávání představuje např. hladovění, neprospívání, opakovaná onemocnění při nedostatečné péči o dítě apod. Psychické zanedbávání je u nás dostatečně známé jako psychická deprivace v dětském věku (13). Je časté, avšak mnohdy obtížně prokazatelné, zvláště z hlediska etiopatogenetického.

V sedmdesátých letech minulého století se pak začala pozornost odborníků soustřeďovat na sexuální oblast. Zde se ve zvyšující míře začaly detekovat a diagnostikovat různé formy sexuálního zneužívání dětí se všim jeho nebezpečím pro jejich přítomnost a hlavně budoucnost. I zde se začala rozlišovat aktivní, dotyková či penetrační forma pohlavního zneužívání dětí. Má někdy až charakter brutálního sexuálního násilí. A pak forma pasivní, bezdotyková (exhibicionismus, pornografie a další). Ta je dosud považovaná nesprávně za nepřilíš závažnou. Může však uvádět další formy těžkého zneužití dítěte, jakými jsou např. dětská prostituce, únosy, komerční sexuální zneužívání dětí a další.

Nebezpečné jsou zvláštní formy zneužívání, jako je Muenchhausenův syndrom v zastoupení, sekundární viktimizace, rituální zneužívání dětí a další. Pro tento typ CAN se obecně užívá zkratky ČSA (Child Sexual Abuse) (3,14).

V kontextu s popsáním vývojem syndromu CAN, jeho formami a působením se otevřelo mnoho problémů nejrůznějšího charakteru a dosahů na život dětí a jejich rodin. Řešení těchto problémů vedle laického úsilí přineslo i participaci odborníků z nejrůznějších oblastí - medicínskými počínaje a sociálně právními konče.

Současně je přivedlo k vytváření adekvátní péče o tyto děti ve společnosti projevující se logickým uspořádáním a sítí zařízení, poskytujících jim náležitou, všestrannou péči. To ovšem vyžadovalo a vyžaduje i seriózní teoretické zabezpečení, jež naštěstí poskytlo a poskytuje řada odborných a vědeckých pracovníků. Svědčí o tom dnes již relativně rozsáhlá výzkumná činnost, odborné publikace a výměna zkušeností, překračující hranice různých států a kontinentů.

V tomto procesu se stávalo a stále více se stává zřejmějším, že tento syndrom je nutno chápat jako multifaktoriální, multidimenzionální, negativní společenský jev či děj, mající nejenom svůj časoprostorový rozměr, ale i svůj rozměr věcný, etický, politický a další. Dotýká se více či méně všech složek života dítěte a jeho vývoje, společenských skupin, především rodiny a společnosti jako celku.

Proto také jeho diagnóza, detekce, prognóza, terapie, rehabilitace a nikoli naposledy prevence jsou tak obtížné. A proto také vyžadují pro svá řešení celou řadu oborů a disciplín, jež mají přinášet vskutku multidisciplinární, mezioborový přístup. Z nich pak vedoucí roli zaujímá vždy ten obor nebo disciplína, jež je danému problému nejbližší, aniž by však potlačovala ostatní. To se bohužel v poslední době stává. Tak např. v péči o týrané, zneužívané a zanedbávané děti se biologické, medicínské aspekty více či méně vytrácejí, ačkoli právě ony jsou výchozími i bazálními komponentami, jež jsou při řešení celé problematiky rozhodujícími. Bohužel i medicínské obory, zvláště pediatrie se své významnosti v řešení celé této problematiky samy vzdávají. Nicméně hlavním oborem odpovědným za její řešení je obor sociálních péče ve spolupráci s dalšími obory a vědeckými disciplínami. Společně pak vstupují do oněch kruhů příčinného, sousledného či následného vztahu a vazeb syndromu CAN. Spolu s dalšími odborníky se je pak snaží na všech úrovních přetnout či rozbít bludné kruhy a vybudovat nové postoje a vztahy mezi všemi, kterých se jakkoliv tento děj dotýká. Tedy mezi obětí (a jejími blízkými) a pachatelem na straně jedné a na straně druhé mezi zasaženými dětmi a příslušnými odbornými a exekutivními činiteli, odpovídajícími za jejich blaho a prospěch. Zvláštní situaci přináší problematika sledovaného jevu jako trestného činu a důsledků z toho vyplývajících.

Poznávání tohoto nepřiznávajícímu společenskému fenoménu v životě dětí v posledních asi padesáti letech přineslo nejenom jeho seriózní

diagnózu, ale i závažné poznatky o nových formách CAN a zvláště ČSA, jako je sexuální zneužívání dětí v nejrůznějších podobách. Z nich nejzávažnější se ukázalo být komerční sexuální zneužívání dětí, na něž se nyní zaměřuje značná pozornost řady odborníků. OSN pro závažnost tohoto jevu v populaci již uspořádala dva světové kongresy na toto téma, ve Stockholmu v r. 1996 a Jokohamě 2003 (14). Další takový problém, jehož četnost v příslušných statistikách výrazně stoupá, ale hlavně závažně škodí dobrému rodinnému prostředí, představuje rodinné násilí. Do něho je též zahrnuto i násilí na dětech, ať jako jeho součást, nebo doprovodný fenomén.

Nikoli pomínutelný jev představuje nyní ve zvyšujících se počtech i závažnosti šikana. Právě zde se ukázala škola a další školní zařízení jako prostředí, kde se vyskytují různé formy CAN více, než se myslí. Nicméně nejdůležitějším prostředím, kde bývají děti paradoxně nejvíce ohroženy a zasaženy, je rodina. A to nikoli jen v rámci zmíněného rodinného násilí, ale též v oblasti všech základních forem CAN.

Současně s tím se věnovala pozornost výskytu tohoto syndromu v populaci. Zde se ukázala jeho incidence a prevalence jako velmi významná, ale nedostatečně zvládnutá. Jen některé země (USA, VB, Francie, Skandinávie) vykazují hodnoty výskytu CAN relativně odpovídající skutečnosti. Nicméně i ty se vzájemně často velmi liší (např. v USA se uvádí 18-45 případů na tisíc dětí do 18 let věku, VB 4 na tisíc, Skandinávie 1:1000) (17). Z toho je patrné, jak jsou tyto ukazatele závislé na celé řadě okolností jako např. přesná kritéria, propojení jednotlivých forem, přesnost výkaznictví, vnímavost společnosti k zasažení dětí CAN a také na schopnosti a ochotě jednotlivých států zabývat se více touto problematikou. Významná je tu i nejednotnost kritérií CAN a mnohdy nedostatečná spolupráce angažovaných činitelů v této oblasti. Proto i naše údaje v tomto směru jsou nepřesné (asi 3.000 dětí zasažených CAN v jednom roce, tj. asi 1,5:1.000), protože jsou založeny do určité míry jen na pouhém odhadu.

V této souvislosti je třeba uvést nutnost zavádění správné predikce tohoto jevu a s tím spojené odhalování rizikových endogenních faktorů (jako nedonošenost, handicap, teratogenní vlivy, psycho a sociopatologie) a exogenní (jako chudoba, sociální izolace, dysfunkční a funkční rodina a další). To je také důležité pro stanovení správné diagnózy. A také její četnosti.

Na ní dále závisí správnost prognózy tohoto negativního jevu. Velmi se těmito problémy nyní zabývá anglosaská literatura.

V současné době se v péči o děti zasažené syndromem CAN a ČSA stává dominantou terapií zasažení především krátkodobá a zvláště pak dlouhodobá psychoterapie a socioterapie - ve všech svých formách a způsobech. Rovněž se rozvíjí sociální a sociálněprávní aktivity orgánů činných v trestním řízení.

Zcela otevřená však zde zůstává preventivní péče na všech jejích úrovních. Souvisí to také s nedostatečnou pozorností k poznávání etiopatogeneze těchto sociálně patologických jevů.

První část tohoto sdělení se zabývala charakteristikou syndromu CAN v kontextu s historickým vývojem jeho postavení ve společnosti. Při tom byla opakovaně zdůrazněna jeho složitost, mnohorozměrnost, mnohdy až kontradiktorické začlenění do života společnosti, především rodiny. A ovšem i jeho nebezpečí pro dítě a pro jeho vývoj. Tento syndrom lze současně chápat jako výsledek patologických vztahů dospělých k dítěti, kdy nebyli s to se ovládnout a zdržet se útoku proti němu, anebo nezvládli náležitě svou odpovědnost a po různé dlouhou dobu je týrali a zneužívali či úmyslně zanedbávali. Nejde ovšem jen o rodiče dětí či další členy rodiny (i když zde jsou děti paradoxně až z 80 % takto zasaženy), ale i o dospělé a vrstevníky, kteří mohou dítě těžce poškodit, ba i usmrtit.

Z toho důvodu se nyní stále naléhavěji řeší otázka, proč dospělí ubližují dětem, jaké jsou toho příčiny a mechanismy a jak jim čelit. Vlastní příčiny nutno hledat, jak již bylo uvedeno, v celé řadě nezvládnutých situací vnějších i vnitřních, jejichž důsledky se pak promítnou do - přinejmenším - nežádoucích způsobů jednání s dítětem a hostilního chování se vůči němu. Naproti tomu třeba uvést některé děti jako „otloukánky“, které si o ubližování snad i říkají (vysoké riziko zasažení takového dítěte). U rodičů pak jde o jeden z nejnepříznivějších projevů celého tohoto patologického procesu, o patologické, dítě poškozující či devastující rodičovství.

Spolu s tím se ukazuje, že mechanismus takového jednání ve vztahu k dítěti se především opírá či též vychází z nezvládnutého afektu, hlavně hněvu, z poškozujícího chování k dítěti a ze záměru mu ublížit a poškodit je (17). Samozřejmě je se zde možno setkat s celou řadou dalších činitelů, jež vytvářejí či podmiňují

rizikové faktory a situace. Současně umožňují i predikci závažnosti ohrožení a zasažení dítěte daným nebo danými jevy. A to nejen pro současnost, ale i pro budoucnost.

Studie této problematiky dále zdůrazňují přesnost predikce syndromu CAN - až v 80 % již od samého narození, a to i při užití skriningových metod, jak na to upozornili Archer s Brownem (17). Autor tohoto sdělení ve svém výzkumu dětí narozených mimo manželství v Praze učinil obdobnou zkušenost (18).

Časná detekce syndromu CAN, věrohodná jeho predikce a hlavně rizikových faktorů (vysoce rizikové, či níže rizikové společenství) umožňuje stanovit prognózu zasažení i léčebný plán pro dítě, rodinu nebo jiná prostředí (škola, ústav, zařízení), v nichž dítě žije. Tyto skutečnosti dovolují také připravit náležitá preventivní opatření na všech úrovních prevence CAN a u všech jeho forem. To znamená ovlivňování celospolečenskými činnostmi prospěch každého dítěte, jeho životní blaho na straně jedné a prosazovat návrat zasaženého dítěte zpět do rodiny, je-li to jen trochu možné.

PREVENCE SYNDROMU

Prevenici syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte lze chápat jako aktivní celostní přístupy a aktivity proti možným, nebo již vzniklým zásahům či škodám - jednorázovým, opakovaným nebo trvalým, jež se projeví nejčastěji u vysoce ohrožených dětí. Zabezpečují ji angažovaní jedinci, dobrovolné a státní organizace. Odpovědnost za ni nese stát.

V souladu se základním členěním prevence a prevence syndromu CAN rozlišujeme:

Prevence primární

Rozumíme jí všechny aktivity společnosti, nejrozličnějších komunit, školy, rodičů a dalších, které směřují k posilování rodičovství, vytváření vřelé, prorodinné atmosféry ve společnosti, poučení všech zainteresovaných v péči o děti, zvláště o děti ohrožené a zasažené syndromem CAN. Dále je sem nutno řadit i poučení o jeho podstatě, formách a nebezpečích i způsobech, jak se mu bránit, kdyby takové ohrožení nastalo, kde hledat podporu a pomoc. Směřuje k dospělým a k dětem - a to také se zřetelem k jejich věkovým skupinám. Stručně ji lze vyjádřit jako vše, co zajišťuje bezpečnost a pohodu dítěte ještě dříve, než nějaké zasažení nastalo. Blíže o této problematice pojednává kniha Elliotové,

na niž odkazujeme (19).

Prevence sekundární

Představují ji cílené aktivity usilující o co nejdříve rozpoznání závažných rizik syndromu CAN i vlastního zasažení jím, sledování různých skupin dětské populace se zřetelem k nebezpečí výskytu tohoto syndromu. Patří sem tedy veškerá péče o dítě v riziku a v samotném začátku jeho vzniku a následné sledování celkové situace dítěte. Zajišťují, či lépe zajišťovali ji zdravotní pracovníci spolu se sociálními pracovníci. Dnes je tato významná činnost často jen osamělou záležitostí sociálních pracovníků pro práci v rodinách.

Prevence terciární

Rozumíme jí všechny aktivity, směřující k předcházení a zabránění vlastního zasažení dítěte syndromem CAN. Svým způsobem se prolíná nebo ztotožňuje s terapií a rehabilitací postiženého dítěte. Jde tedy v podstatě o vše, co se učinilo nebo činí s dítětem po stanovení diagnózy zasažení syndromem CAN.

Prevence kvartérní

Jde o nový pojem a současně proces, kdy se příslušní pracovníci ze sociální sféry snaží zrekonstruovat či zrestaurovat dříve rozpadlou a funkční rodinu, z níž muselo být zasaženo dítě odebráno a umístěno buď v ústavu, nebo některé formě náhradní rodinné péče. Stále více se ukazuje závažnost tohoto problému, a to jak z hlediska ústavní péče, tak péče pěstounské a hlavně osvojení. A to i s ohledem na tlak Výboru OSN pro práva dítěte v souvislosti již s hodnoceními našich dvou zpráv o implementaci Úmluvy o právech dítěte.

Náležitě rozvinutá prevence syndromu CAN, tak jako v kterékoli oblasti, předpokládá stanovení přesného cíle jejího působení, určení obsahu a metodiky, odpovídající danému záměru a respektující zvláštnosti jedince, skupiny, regionu. Předpokládá i vymezení a užití některé ze čtyř jejích rovin. Bude také hodnotit svou účinnost.

Cíle takto pojaté prevence syndromu CAN si jsou velmi blízké, někdy i totožné s obecnými požadavky na zajištění harmonického života a vývoje dítěte „dobře narozeného“, zdravého, vzdělaného, ochráněného, dobře integrovaného do společnosti a milovaného. Tyto preventivní aktivity založené na komplexnosti a také specifčnosti jejich působení představují současně

významné socializační procesy, které zajišťují optimální vrůstání dítěte do společnosti a dosahování pevného místa v ní. A to jak v obecné rovině, tak rovině zvláštní - zde u dětí ohrožených či již zasažených syndromem CAN (a ovšem i též ostatních nepříznivých psychosociálních jevů).

SOCIALIZAČNÍ PŮSOBNÍ A JEHO ZVLÁŠTNOSTI VE VÝVOJI DÍTĚTE

Před početím a v době těhotenství socializační procesy jednoznačně splývají s preventivními a zaměřují se především na obecné podmínky mít dítě a zajistit jeho příznivý vývoj, dobře se o ně starat a zajistit jeho dobrý vývoj a náležitě je ochraňovat. Sem patří i dostatek znalostí a schopností, jak si v tomto závažném úkolu vést. Děje se tak poradenstvím pro budoucí rodiče, knihami a různými doporučeními v médiích, následováním vzorů blízkých osob, především budoucích babiček, starších sester a kamarádek. V této době již zcela nezastupitelný je osobní prožitek rodičovství vlastních rodičů, jeho chyb a nedostatků, a ovšem i předností. To vše si budoucí rodiče nesou do svého příštího rodičovství.

K této formě primární prevence třeba přiřadit i sekundární prevenci, upozorňující a poučující rodiče na možné sociální a zdravotní problémy a jejich řešení. A zvláště pak lékařskou prevenci, prezentovanou sledováním těhotné ženy a plodu se zaměřením na různé poruchy (skriningové metody, zjišťující nejruznější odchylky a vady v průběhu těhotenství a života plodu). Tak se tu setkává primární, sekundární i terciární prevence se socializací matky a dítěte, a to ještě před jeho narozením.

Ale i porod a narození dítěte jsou stále více ve znamení preventivně socializačních procesů, vycházejících z potřeby co nejpřirozenějšího porodu a co nejtěsnějšího spojení s matkou hned po narození. To odpovídá novým teoriím o imprintingu attachmentu, specifických stadiích vývoje člověka od samého narození, ale jak bylo zmíněno, i daleko před ním. Obecně se pak celá tato oblast řadí pod pojem časná péče o dítě (20).

V obecné rovině se lze opřít o základní údaje o sociálním vývoji dítěte a jeho socializaci - a to od početí až do dospělosti. Porovná-li se pak tato zjištění s údaji o biologickém vývoji, jsou zde patrné zásadní rozdíly v jejich průběhu. Především již při narození shledáváme co do

základní biologické a sociální nezávislosti první takový rozdíl. Zatímco novorozenec je již schopen žít svůj vlastní biologický život, sociálně je však ještě nezralý. Tato jeho nezralost se projevuje totální závislostí především na matce a jejích schopnostech uspokojovat všechny potřeby dítěte. Ještě nedávno bylo toto období pokládáno za celkem neutrální či „němé“. Dnes však je již jednoznačně zřejmé, že je nejvýznamnějším obdobím života člověka vůbec. Determinuje také celý jeho další osud a celý socializační proces. Mezitím řada vědeckých poznatků i praktických zkušeností prodloužila nezastupitelnost vztahu matka dítě, nebo její co nejlepší náhrady v raném období života. A to přibližně až do třetího roku. Zde se také sblíží průběh biologického vývoje se sociálním.

Na samém začátku života člověka v rámci preventivní péče a socializačního úsilí o něj je třeba detekovat řadu poruch a vad, z nichž nejsložitější poruchy z hlediska jejich diagnózy, léčení a předcházení jim jsou vrozené strukturální a zvláště metabolické vady. Ty vedou postupně k degradaci života, jestliže včas nezasáhne. To ovšem závisí na diagnostických a terapeutických možnostech a ovšem i na povaze samotného postižení. Nicméně právě zde je důležitá i účast zvláštních preventivních a socializačních zásahů a aktivit, nejčastěji již na úrovni terciární prevence a mnohdy i kvartérní (návrat postiženého dítěte domů z ústavu).

Zde se již též otvírá široký prostor pro „uplatnění“ syndromu CAN v životě nejmenších dětí a jejich rodin. Jedná se především o opuštění dítěte, umístění dětí v ústavech či náhradních rodinách a v extrémním postavení i jejich zabíjení. Zde se setkáváme s řadou dysfunkčních a afunkčních rodin, a to na úrovni terciární a kvartérní sociální práce a také prevence. Problém však přesahuje možnosti tohoto sdělení, a proto autor odkazuje na minulé a současné diskuse, věnované problému péče o děti zbavené svého rodinného prostředí a přípravy nové koncepce péče o tyto děti. Také z hlediska jejich optimální socializace a preventivních opatření na všech jejich úrovních. A to i v rámci již mnoho set let trvajících konfliktu mezi ústavní péčí a péčí rodinnou.

Předškolní období a rané školní představuje dobu relativně klidnou co do biologické, zdravotní a psychosociální situace a problematiky těchto dětí. Sociální vývoj se zde nejvíce přibližuje vývoji biologickému a socializace dítěte, pokud se neseťká s nějakými problémy, přichá-

zejícími nejčastěji z jeho prostředí, tedy zvenčí, probíhá většinou bez větších výkyvů.

Často se tu detekují první známky selhávání rodiny a rodičovství, jako je nedostatečná péče o dítě, nepřijímání či odmítání dítěte rodiči nebo rodičem, spory mezi manžely a vzájemné popouzení dítěte proti sobě, důsledky vysoké rozvodovosti. Ale i týrání, zanedbávání dítěte a další formy CAN se tu mohou objevit. Nejvýznamnějším problémem pro tyto děti je tu však nebezpečí pohlavního zneužití, hlavně děvčátek. Proto je tak důležité v této etapě se již intenzivně věnovat sexuální výchově, hlavně pak porozumění nebezpečím, která je mohou potkat, jak se jich vystříhat a účinně se jim bránit.

Socializační proces v rámci primární prevence se zaměřuje na posilování znalostí a dovedností zdravého stylu života, posilování jeho obranyschopnosti a rozvoj tělesných i psychologických kapacit. Vedle tohoto zaměření prevence na děti v primární a sekundární rovině je tu i nabídka poučení a výměny zkušeností pro vychovatele a pracovníky nejrůznějších organizací v péči o děti.

V období staršího školního věku a v období prepubertálním se začíná dosud poměrně nekonfliktní etapa měnit, někdy ve velmi problematickou. V oblasti biologické se výrazně začíná akcelerovat vývoj dítěte, především v růstu a váze (období druhého růstu). Toto vývojové urychlení, v němž jsou dívky podstatně proti chlapcům vpředu, přináší do celého socializačního období jistý neklid, problémy až konflikty. A to mezi dětmi navzájem, mezi dětmi a dospělými a posléze i mezi dětmi a rodiči. Důležitou složkou celého tohoto období je nastoupivší sexuální vývoj, který u dívek začíná opět podstatně dříve. Rovněž nemocnost těchto dětí tu hraje významnou roli, i když není častá jako v mladším věku. Je ale podstatně závažnější, jak u organicky podmíněných nemocí, tak zvláště u řady psychosomatických poruch a onemocnění. Ty výrazně narušují obecnou socializaci dítěte a prevenci na všech úrovních, i když již stále intenzivněji zaměřovanou na dítě. Odpovídá to ostatně obecnému poznání o snižujícím se vlivu vlastní rodiny na dítě, na dospívajícího. Avšak i zde je třeba poučit rodiče, aby dítěti pomáhali nalézt jeho vlastní identitu, než aby ji přísným režimem a trestem potlačovali. Biologický a psychický či psychosociální vývoj se tu začíná opět oddělovat, přičemž somatický vývoj u chlapců, včetně sexuálního, dohání děvčata.

Údobí rozvinuté puberty či již adolescence

se výrazně liší od předchozích etap. Dospívající jí dosahují dospělosti. Nicméně tato doba je dobou významných změn biologických, s jejichž ukončením dosahuje také tělesné dospělosti (dokončení růstu). To se většinou kryje i s dospělostí právní. Naproti tomu po stránce sociální není zdaleka ještě samostatný, zvláště když studuje vyšší nebo vysokou školu. Tak vzniká často významné napětí mezi oblastí somatickou a oblastí psychosociální, kdy jedinec je tělesně zcela vyspělý, ale sociálně ještě více či méně závislý na pomoci a podpoře zvenčí, nejčastěji na své rodině. Tato disproporce je sociálně podmíněná, zatímco ona první disproporce mezi biologickým a sociálním vývojem dětí v nejtělejší době dětství je vrozená, pro člověka specificky vlastní.

Orientační socializační proces končí a přechází podle dané situace převážně do plnění příslušných společenských funkcí a rolí, jež jsou od něj očekávány a ke kterým se většinou hlásí. Mladí lidé tak začínají hledat a nalézat své vlastní žití, svůj vlastní osud. Nicméně i zde přetrvává prevence, jež se tu však setkává s celou řadou nových problémů a otázek. Na ně je třeba odpovídat a řešit je, a to na její obecné i zvláštní rovině i v rámci jejich čtyř forem.

ZÁVĚR

Závěrem tohoto sdělení je třeba zdůraznit, že syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte patří k nejzávažnějším nebezpečím v životě dětí. Je relativně častý, i když jistě co do svého výskytu i dokumentovaného podílu v dětské populaci není zdaleka přesný. V uplynulé době se vypracovaly racionální postupy a metody zjišťování a řešení této závažné sociální problematiky. Zůstala však neúplně řešená otázka prevence - a to ve všech jejích rovinách. Autor se zde pokusil nastínit řešení tohoto nedostatku v kontextu s komplexním vývojem dítěte a jeho socializací. Upozornil při tom na závažné kritické periody, a to i v souvislosti se socializačním působením endogenních a exogenních faktorů, umožňujících náležitou predikci vývoje takto zasažených dětí a tím i zamezení a zvládnutí nejrůznějších jejich nepřízní, které přináší týrání, zneužívání a zanedbávání dětí.

LITERATURA

1. Browne, K., Herbert, M.: Preventing Family Violence, John Willey and Sons, Chichester and al., 1997, s. 382.
2. Caffey, J.: Multiple Fractures in Bones of

- Infants Suffering from Chronic Subdural Hematoma. Amer. Journal of Roentgenology, 56, 1946, 163-173.
3. Convention on the Rights of the Child, UNO, New York, 1990.
 4. Dunovský, J.: Péče o dítě a rodinu v tísní - systémové řešení problému. Praha, Zdravotnictví a právo, 3. 11. 2002, s. 5.
 5. Dunovský, J., Mitloehner, M., Hejč, K., Hanušová-Tlačilová, J.: Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě. Praha, Grada, s. 251.
 6. Dunovský, J., Zelenková, M.: Děti narozené mimo manželství po třech letech. Praha, MPSV, 1977, s. 209.
 7. Dunovský, J. a kol.: Sociální pediatrie - vybrané kapitoly. Praha, Grada, s. 279.
 8. Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. a kol.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha, Avicenum Grada, 1995, s. 245.
 9. Elliotová, E.: Jak ochránit své dítě. Praha, Portál, 1994.
 10. Gill, D.G.: Child Abuse and Violence. New York, AMS Press, 1979, s. 614.
 11. Kempe, C.H.: The Battered Child Syndrom, JAMA, 181, 1962, 17-24.
 12. Langmeier, J., Matějček, Z.: Psychická deprivace v dětství. Praha, SZN, 1963.
 13. Langmeier, J., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie. Praha, Grada, 1998.
 14. Lloyd de Mause,: The History of Childhood, A Condor Book, Souvenir, London, 1976, s. 450.
 15. Peiper, A.: Chronik der Kinderheilkunde. Leipzig, Georg Thieme, 1955.
 16. Ringel, J.: Týrání dítěte v rodině. Čs. Pediat, 26, 1971, s. 243-246.
 17. Silvermann, F.: Roentgen Manifestation of Unrecognised Skeletal Trauma in Infants. Amer.J. Roentgenol, 69, 1953, 413-426.
 18. Stejskal, C.: Rozvoj péče o mládež v Čechách do okupace, Plzeň, KPU, 1969, s. 98.
 19. Sulová, L.: Raný psychický vývoj dítěte. Praha, Karolinum, 2004, s. 245.
 20. Vaničková, E.: Násilí na dětech. Humanitas Profes, 2001, s. 85.
 21. World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children, UNO, 1990.

Dunovský Jiří
Schnirchova 32, 170 00, Praha7