



PRŮVODCE

náhradní rodinnou péčí

duben 2020



NAŠE TÉMA: PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉHO CHOVÁNÍ (STR. 5)

HLEDÁME VÁS, MÁMO, TÁTO (STR. 17)



Jsme s Vámi na cestě pěstounstvím.

Nabízíme:

- uzavírání dohod
- doprovázení
- podporu
- vzdělávání



Kde nás najdete?

Sdružení pěstounských rodin z.s.

Poradna náhradní rodinné péče

Na Sadech 1854/29, 370 01 České Budějovice

info@pestouni.cz, 770 194 932, 770 194 931

www.pestouni.cz

Obsah

Obsah

2 Úvodník

Aktuálně

3 Doprovázení při nouzovém stavu

3 Poradny v karanténě

4 Pomocná ruka internetu

Naše téma: Sociálně patologické jevy –

5 Prevence sociálně patologického chování

7 Problematika dětské neurologie

17 Hledáme Vás, mámo, táto

22 Vybíráme z archivu

26 Novinky z poraden

27 Zázitek

30 Dům na půli cesty

32 Pomáháte s námi



Měli jsme se dlouho dobře a jak se praví v Saturninovi: Prožíváme-li delší dobu idylu, přestaneme ji vnímat a osud by nám prokázal neocenitelnou službu, kdyby nás popadl za límec a vyhodil dočasné na mráz. Pak bychom nevzpomínali na to, že kamna trochu kouřila, nýbrž na to, že hřála.

No tak ho tu máme. Mráz tentokrát přišel až z Číny. Holt vzdálenosti se zkracují. Odborníci praví, že lidstvo znalo chřipku už za Hippokrata a pandemie se objevují pravidelně, za posledních pět set let přibližně třicetkrát. Takže nic nového pod sluncem. Naposled jsme tu před sto lety měli španělskou chřipku, která paradoxně nepřišla ze Španělska, ale pravděpodobně také z Číny. Uvidíme, jak obstojíme v současnosti, kdy je zdravotnictví v nesrovnatelně lepší kondici než po 1. světové válce. Vyzkoušíme si, jak se chováme pod tlakem, jaký jsme tu ještě neměli. Zatím to vypadá, že si celkem umíme pomáhat – šijeme roušky, skauti a dobrovolníci ze škol pomáhají nejen seniorům... Lékaři dělají, co můžou, záchranné složky také.

Budeme jiní po koronaviru než před ním? Doufám, že ano. Při tom smutku ze ztrát na životech a za propadu ekonomiky, který nás postihne, můžeme v karanténě najít více času na své blízké, dostat se k léta odkládaným činnostem, vyzkoušet si s dětmi domácí školu (přeji dobré nervy), třeba začneme cvičit (i s dětmi) nebo se zlepšíme v mediální gramotnosti (všichni). Atd., atd., každý podle svého gusta. Berme to jako příležitost a vyjdeme z doby koronavirové poučenější, zdatnější, zkrátka lepší.

Držím nám všem palce

Vaše

Lenka Pospíšilová

PRŮVODCE náhradní rodinnou péčí

2/2020, XX. ročník, vychází 6x ročně
uzávěrka čísla: 20. 3. 2020, ISSN 1805-3890

vydalo Sdružení pěstounských rodin
Anenská 10, 602 00 Brno
fax: +420 543 249 141

www.pestouni.cz
www.dumnapulicesty.cz
e-mail: info@pestouni.cz, dum@pestouni.cz

IČO 64326471

bankovní spojení: 2700255345/2010, FioBanka

redakce: Lenka Pospíšilová – redaktorka, Pavel Šmýd, Alena Michalová, Ladislav Nevrla, Zuzana Klápšřová, Sylva Dvořáčková, Hana Palacká, Tomáš Dvořáček, Hana Benadová, Marie Popovská, Petra Müllerová, Zora Knížková, Julija Prejšová, Ilona Gertnerová, Jana Lišková, Lucie Baliharová, Barbora Cížková, Marie Šindelková

předplatné 200 Kč/rok, vyřizuje: K. Kolářová, sprcasopis@gmail.com
design a sazba: Grifart, spol. s r.o.

tisk: ARCH - polygrafické práce spol. s r.o., Charbulova 1195/3A, Brno
Povoleno Ministerstvem kultury, evidenční číslo MK ČR E 13323

Přetiskování článků a fotografií je zakázáno bez písemného souhlasu redakce a zachování autorských práv.

Nic není, jako bylo dřív...

Pod tlakem ohrožení z nemoci, se teď chvějeme před každým dnem příštím. Máme obavy pustit si zprávy v televizi. Vždyť nám možná řeknou, že je koronavirus u nás, u sousedů nebo v sousední vesnici. Co pak budeme dělat? Utečeme? Stejně nesmíme! A kam...

Náš zvyk pevných domů, jistých domovů, hradeb kolem měst a suchých teplých ložnic, se nám začíná rozpadat. Z historie mi vystupuje paralela odchodu Izraele z Egypta.

Klademe si otázku, co je teď nejdůležitější, čím dýchám a čím opravdu žiji. Já zažívám velikonoční ráno.

S rozedněním o Velikonocích vstanu a nejdříve se se starostí i s něhou podívám na své nejbližší. Zdravě oddechují a já mohu za ně být vděčný. Porovnáám příkrývky, aby ranní chlad nezkalil poslední veršiky před procitnutím. A pak připravím teplo domova. Vyčistím krb, donesu voňavé dřevo, rozdělám oheň a uvařím teplý čaj. Dál koukám do záře plamenů a modlím se. Nejsem sám. Nikdy nikde nejsem sám.

Přeji Vám, aby každé ráno bylo jako to velikonoční. S jistotou blízkého TY, s pevnou vírou, že světlo opět přichází a ráno, přiznejme, třeba i poslední ráno, volá na všechny strany: Nikdy nejsem sám, Bože.

Pavel Šmýd



Doprovázení pěstounů při vyhlášení nouzového stavu

V současné mimořádné situaci nouzového stavu kvůli pandemii koronaviru je třeba dbát na všeobecně platná doporučení vztahující se ke všem občanům. Je třeba se řídit nařízeními vlády a ministerstva zdravotnictví.

V souvislosti s epidemiologickou situací je primárním hlediskem ochrana zdraví a života členů jednotlivých rodin, osob pečujících a dětí jim svěřených.

Po dobu trvání krizových opatření ohledně zákazu volného pohybu osob budou **kontakty s pěstouny, osobami v evidenci i svěřenými dětmi** probíhat telefonicky a emailovou kore-

spondencí. Rodiny ujišťujeme, že nadále pracujeme v režimu doporučení MPSV. Osoby pečující, osoby v evidenci i svěřené děti mají možnost obracet se na své klíčové pracovníky, popř. vedoucí poraden, či psychologky a kontaktovat je telefonicky či emailem za účelem poskytnutí poradenství, týkajícího se výkonu pěstounské péče. Vzdělávací akce se za současné situace ruší.

Přejeme vám všem především pevné zdraví a mnoho optimismu do dnů příštích.

Sylvia Dvořáčková,
vedoucí poradny SPR Brno

Poradny v karanténě

Sdružení zřídilo poradenský email karantena@pestouni.cz, kde poskytujeme poradenství právní, psychologické, sociální a pod.

Plzeň

Všichni naši pěstouni se mohou kdykoliv obrátit na své klíčové pracovníce. Přeposíláme dobře zpracované materiály, jak se orientovat v této situaci i s náměty na výuku a zábavu pro děti. Pravidelně jsme se všemi v telefonickém kontaktu.

Přeji hlavně zdraví
Hana Benadová

Praha

Fungujeme prostřednictvím telefonů a pomocí mailů, příp. SMS. Zřídili jsme krizovou linku na tel.: 731 507 401, kde vám intervenci poskytne psychologka PhDr. Alena Michalová.

pracovnice pražské pobočky SPR

Pomocná ruka internetu v době karantény

Na pomoc vám pěstounům a vašim dětem jsme připravili seznam užitečných webových stránek, které vám mohou ulehčit domácí výuku školáků, přípravu zábavy pro děti různého věku a obstarání knížek, když jsou knihovny zavřené.

Pro jistotu uvádíme další psychologickou pomoc a právní poradenství zdarma. Přejeme vám co nejlepší náladu a hodně trpělivosti.

Psychologická a jiná pomoc všem

up.intervence@gmail.com

Psychologická pomoc pro všechny, kteří pociťují obavy a tíseň v souvislosti s epidemií koronaviru. Na lince slouží dobrovolníci s ukončeným výcvikem v krizové intervenci. Linka má dvě formy: jednak e-mail s adresou: up.intervence@gmail.com, nebo SKYPE (UP Intervence).

www.munipomaha.cz.

Dobrovolnické operační centrum Masarykovy univerzity, které propojuje žádosti o pomoc (ze strany jednotlivců a institucí) s dobrovolnickou databází. Dále je možné se s žádostmi o dobrovolnickou pomoc obracet na linku 549 498 800, nebo poslat SMS se jménem na číslo 775 855 636 a koordinátoři operačního centra se následně ozvou. Žádat dobrovolnickou pomoc lze také na emailu pomoc@muni.cz.

Právní poradna

Právní poradnu a vzory smluv nabízí studenti Právnické fakulty MU na adrese: www.law.muni.cz/content/cs/aktualne/poradnakoronavirus/.

Profesionální právníci a advokáti zodpovídají dotazy na webu: koronavirus.frankbold.org/

Knihovny pro děti i dospělé

www.protiviru.knihovny.cz

Moravská zemská knihovna spravuje web, na kterém několik knihoven zpřístupnilo část svých fondů ke stažení do počítače, tabletu nebo mobilu. E-knihy jsou rozděleny podle věku: děti a mládež, studenti VŠ, dospělí a senioři.

<https://booko.cz/> – interaktivní knížky pro děti

Hry a vzdělávání

www.hrysdetmi.euweb.cz – pro děti od 2 do 10 let

www.sikovny-cvrcek.cz – všechno možné pro zábavu i učení dětí od roku přibližně do šesti let

www.destkestranky.cz – trochu hraní a trochu učení pro děti od 5 do 10 let

www.vesela-chaloupka.cz – materiály pro práci a hry s dětmi předškolního a mladšího školního věku

www.maminkam.cz – pracovní listy pro děti od 4 do 6 let

<http://krokotak.com/> – tvoření s dětmi

www.vytvarna-vychova.cz – pro ty, které výtvarka baví opravdu hodně a chtěli by vyzkoušet různé techniky, ale také různé hry, které se dají hrát doma

<https://www.skipcr.cz/odborne-organy/klub-tvorivych-knihovniku/maly-tvorivec>

Časopis Malý tvořivec vydává Klub tvořivých knihovníků SKIP. Jednotlivá čísla s pracovními listy jsou nyní volně ke stažení.

Vzdělávací weby pro školáky

www.fraus.cz/cs/ucenidoma – nakladatelství Fraus nyní poskytuje všechny učebnice pro žáky základních a středních škol zdarma

www.skolasnadhledem.cz – čeština, matematika, prvouka a vlastivěda, angličtina pro 1. až 4. třídu

www.matika.in – zejména pro ty, kteří se učí podle Hejného matematiky, ale lze využít pro všechny – procvičování, hry

www.grammar.in – čeština zábavnou formou, doplňovačky pro 1. až 6. třídu

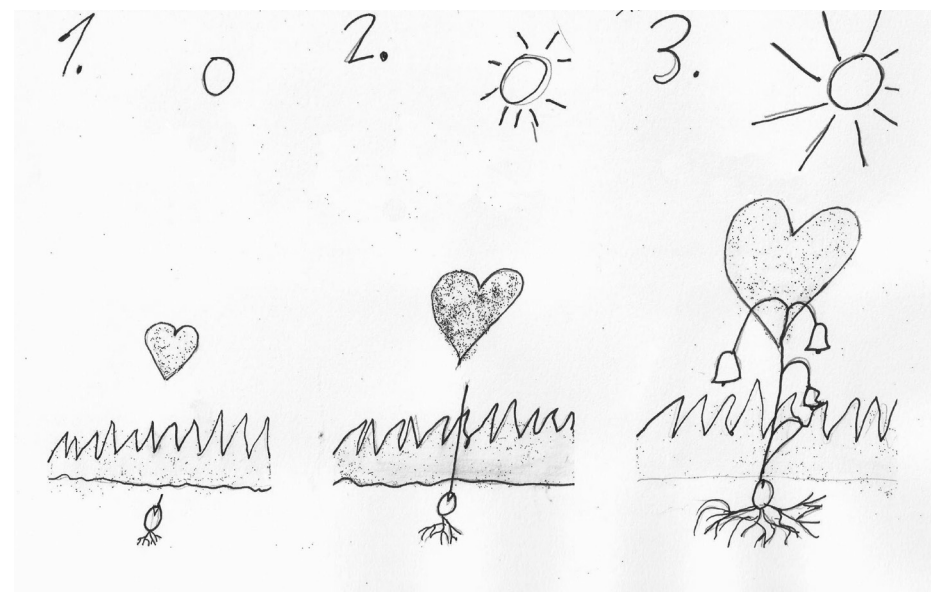
www.mojecestina.cz – procvičování pro třetáky a starší

www.onlinecviceni.cz – procvičování z češtiny a matematiky pro žáky základní školy

www.umimeanglicky.cz – pro žáky od 2. do 9. třídy

www.geograf.in – zeměpis zábavně

red.



SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY A JEJICH NEUROLOGICKÉ DŮSLEDKY

Tentokrát jsme se rozhodli věnovat se následkům sociálně patologického chování v biologické rodině, případně v původním prostředí, kde dítě vyrůstalo, na jeho neurologickém vývoji. Mnoha výzkumy je doloženo, že právě

nedostatečná péče, zanedbávání, týrání... má nesmazatelné nebo alespoň obtížné napravitelné následky na neurologickém aparátu dítěte.

Prevence sociálně patologického chování

Pedagogové, vychovatelé, psychologové a psychiatři se stále častěji zabývají nárůstem problematického chování dětí a mládeže. Od projevů hyperaktivity, impulzivity a projevů opozičních vzdorů po symptomy depresivity a neschopnosti prožívat radost, obtíže v seberegulaci až po disociativní projevy a asociální chování. Všichni se shodnou na tom, že prevenci je třeba se věnovat od nejútlejšího věku dětí.

Období raného vývoje dítěte je nejčastěji vymezeno narozením až dosažením tří let života. Toto rozmezí prvního tisíce dnů života je považováno za nejdůležitější a nejcitlivější pro rozvoj zdraví tělesného, psychického i sociálního. Ve všech oblastech vývoje probíhají zásadní vývojové změny, které určují veškeré kvality budoucího života. Růst dítěte probíhá v rovinách somatického, motorického, kognitivního a socioemočního vývoje. Je podmíněn nejen kvalitní výživou a správnými životními podmínkami, ale i dostatečnou motorickou stimulací. Vývoj motoriky je rozhodující nejen pro správný somatický vývoj, ale zejména pro rozvoj kognitivních schopností, tedy inteligence. Nedostatečný motorický vývoj dítěte vede k následnému negativnímu ovlivnění kognitivních funkcí. Individuální a intenzivní péče ze strany stále pečující osoby je zde naprosto nezbytná. Kognitivní vývoj, tedy vývoj

rozumových schopností, ukazuje výši a kvalitu intelektových funkcí dítěte v dospělosti. Předurčuje i úspěšnost v učení a vzdělávání.

Neméně důležitým je pro vyspívání zdravého dítěte socioemoční vývoj. Zkušenost s jedinečným sociálním vztahem, který vytváří pozitivní emoce a vede ke vzájemnému uspokojení s osobou pečující, je zcela zásadním ukazatelem normálního vývoje dítěte v oblasti emotivity, sociálních vztahů a inteligence. Děti s absencí individuálního, vřelého a blízkého vztahu s dospělou osobou vykazují v budoucím životě nejen vyšší výskyt obtíží v sociálních kontaktech, vyšší výskyt duševních onemocnění, nižší intelektový výkon, ale také možné změny v somatickém růstu. V této souvislosti se hovoří o emoční psychické deprivaci. Dle řady vědeckých studií děti, které neměly možnost prožít ranou zkušenost individuálního emočně vřelého vztahu, vykazují ve všech následných fázích svého života vyšší nemocnost, nižší sociální uplatnění, vyšší výskyt závislostí, vyšší míru nezaměstnanosti a častěji se dopouštějí trestné činnosti. Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a forma péče a výchovy mají zásadní vliv na všechny oblasti dalšího vývoje dítěte, na celoživotní úspěšnost, jeho zdraví tělesné i duševní. Pěstouni přijímají do své péče děti, o jejichž

zdravotním stavu a předchozích onemocněních příliš nevědí. Teprve po přijetí dítěte se často zjišťuje potřeba návštěvy mnoha odborných lékařů, ortopedie, neurologie, audiologie, logopedie, psychologa či psychiatra a dalších. Ke všem změnám, ke kterým dojde umístěním dítěte do náhradní rodiny, přibývá potřeba odborné pomoci. Je jisté, že na pěstouny, ale zejména na přijaté dítě, jsou kladeny mimořádné nároky. V tomto období je třeba se soustředit na potřeby dítěte. Důležité je obeznámit jej s chodem rodiny, s jeho členy, zvyklostmi i celkovým režimem.

Děti umístěné do náhradní péče mají ve většině případů nepříznivou minulost od prenatální péče, po nedostatečnou péči a zanedbávání, týrání a zneužívání. Řada faktorů způsobuje opoždění v tělesném i duševním vývoji a citovou deprivaci. Přejít do nového bezpečného prostředí představuje pro dítě další stresovou situaci. Studie uvádějí velmi pozvolné zlepšování v tělesném vývoji dítěte po přijetí do náhradní rodinné péče, které trvá někdy až tři roky. Psychická labilita a neadekvátní odezva na stresy může tyto děti provázet až do dospělosti. U traumatizovaného dítěte se mohou postupně objevovat obtíže jako je snížená imunita, problémy se spánkem, tachykardie, hypertenze a mnoho neuroendokrinních změn. V této souvislosti je třeba mít na paměti, že nejdůležitější základnou v životě dětí je

jejich potřeba sdílení s osobami blízkými, pocit stálosti, stability, lásky, bezpečí, a přijetí. Některé děti, zvláště ty s problematickou historií, není vhodné v krátké době po přijetí do rodiny umisťovat do kolektivního zařízení. I když to nemusí být na první pohled patrné, dítě má zejména v citové oblasti co dohánět. U mnoha dětí psychologové zjišťují citovou retardaci a sklony k vývojovému regresi. Dítě, které v minulosti zažívalo (možná opakovaně) separační úzkost, ji zcela jistě bude zažívat i při svěření do kolektivního zařízení. Lépe je těmto negativům předcházet, než se následně snažit napravovat nenapravitelné. Každý neúspěch v procesu sžívání dítěte v prostředí nové rodiny zanechává na dítěti následky v podobě nedůvěry a neschopnosti vytvářet si ve svém životě pevné citové vazby. Takto traumatizované děti si mohou vytvořit o lidech obraz nedůvěryhodných osob, mají horší adaptabilitu na stres, zvýšený výskyt pozdějších závislostí, vyšší riziko psychických problémů a poruch chování.

Přejí nám všem, aby naše rodiny byly místem důvěry, lásky a bezpečí, domovem a jistým přístavem v rozbouřených vodách života.

Sylvia Dvořáčková,
vedoucí Poradny SPR Brno

Problematika dětské neurologie

Dětská neurologie je specializovaný obor zabývající se onemocněními mozku a míchy a také svalů a periferních nervů. V běžné praxi nejčastěji pomoc dětského neurologa vyhledávají děti s bolestmi hlavy a záchvatovými onemocněními (epilepsie, kolapsové stavy apod.), dětský neurolog sleduje psychomotorický vývoj dítěte a v jeho ambulanci se objevuje čím dál více pacientů s poruchami pozornosti a hyperaktivitou

(syndrom ADHD), specifickými poruchami učení a autistickými projevy. Nežádka mívají děti i poruchy spánku z různých příčin a je zaznamenán také nárůst bolestí zad v dětském věku (nedostatek fyzické aktivity, nadbytek trávení času u počítače, obezita). Dětský neurolog se setkává i s velmi vzácnými, zato závažnými diagnózami ze spektra nervosvalových, metabolických a neurodegenerativních onemocnění, s mozkovými

nádory apod. Tito pacienti mají vysoce specializovanou péči, která se díky pokrokům v medicíně v posledních letech významně zlepšila.

Článek shrnuje nejčastější obtíže, pro které pacienti pomoc lékaře vyhledávají.

Bolesti hlavy

Dětský neurolog se setkává s bolestmi hlavy u dětí velmi často, jedná se o nejčastější typ bolesti, pro kterou pacient vyhledá lékaře. Výskyt bolestí hlavy u dětí je udáván v rozmezí 37–51 % u sedmiletých, postupně se zvyšující na 57–82 % v 15 letech. Před pubertou je popisován častější výskyt u chlapců, po pubertě výrazně více u děvčat. Z praktického hlediska je důležité rozlišit bolest hlavy primární, kam se řadí migréna a tenzní bolest hlavy, od bolesti hlavy sekundární, která má nějakou jasně definovanou příčinu – zánět dutin, zánět středouší, zánět mozkových blan, nádor mozku apod. **Migrenózní bolesti hlavy** jsou i v dětském věku poměrně časté, postihují chlapce stejně často jako dívky, v mladším školním věku jsou dokonce u chlapců častější. V pubertě se potom poměr obrací a v dospělém věku se s migrénami setkáváme hlavně u žen. Pro migrénu platí přísná klasifikační kritéria a lze ji definovat takto:

- 1) Jedná se o silnou bolest hlavy střední až vysoké intenzity.
- 2) Bolest hlavy je často udávána na jedné straně hlavy – ve spánkové oblasti, u malých dětí ale může být oboustranná nebo i hůře lokalizovaná.
- 3) Bolest je popisována jako pulzující.
- 4) Pacientovi vadí světlo (fotofobie) a/nebo hluk (fonofobie).
- 5) Bolest hlavy se horší fyzickou aktivitou.

Tenzní typ bolesti hlavy je nejčastější formou bolesti hlavy. Bolest hlavy je v typickém případě oboustranná, tlaková nebo svíravá,

nepulzující, mírné až střední intenzity, nezvyšuje se běžnou fyzickou aktivitou, není přítomna nevolnost ani zvracení. Může být přítomna foto i fonofobie.

V diagnostice bolestí hlavy je vždy třeba odlišit **sekundární bolesti hlavy**. Jedná se o takovou bolest hlavy, která vzniká na podkladě jiného onemocnění v oblasti hlavy a krku. U dětí se nejčastěji setkáváme se záněty v ORL oblasti – záněty uší, nosu a dutin. Časté jsou i poruchy zraku jako krátkozrakost nebo dalekozrakost a vhodně zvolená brýlová korekce problém vyřeší. Bolesti hlavy mívají častěji i děti s ADHD (Porucha pozornosti s hyperaktivitou), které jsou svojí nepozorností přetíženy, špatně spí a následně se rozvine bolest hlavy. Bolesti hlavy vidáme i u dětí s poruchou štítné žlázy nebo s chudokrevností, základní krevní rozbor je tedy na místě. Nezřídka se setkáváme s bolestí hlavy, které mají příčinu „pouze“ v režimových opatřeních – nedostatek spánku, nedostatečný pitný režim, nedostatek energie ke zvládnutí fyzické aktivity (zde pomůže např. jen přísun rychlého cukru před tréninkem – banán, hroznový cukr apod.), často stačí ke zlepšení, když dítě začne snídat a bohužel se setkáváme s bolestmi hlavy i u dětí, které konzumují nadbytek kofeinových nápojů nebo energetických nápojů během dne, což je v dětském věku značně nevhodné.

Závažné příčiny sekundárních bolestí hlavy, jako jsou záněty mozkových blan nebo mozku či nádory mozku jsou naštěstí zřídka, je však třeba zbystřit v případě, že bolest hlavy je náhle vzniklá, zhoršující se, vedoucí ke světloplachosti, zvracení, či je doprovázena horečkou. Zde je akutní vyšetření na místě. V létě klademe důraz na došetření infekce Boreliemi nebo virem klíšťové encefalitidy, které mají sezónní charakter.

V diagnostice bolestí hlavy je vždy třeba provést neurologické vyšetření, dále oční vyšetření, ORL vyšetření a laboratorní vyšetření krve (krevní obraz, základní bio-

chemické vyšetření, hormony štítné žlázy a Borelie v séru). V indikovaných případech pak i strukturální vyšetření mozku jako je CT nebo magnetická rezonance, při podezření na infekci je vhodné vyšetřit také mozkomíšni mok lumbální punkcí. Mezi rodiči se často považuje za obávané vyšetření. Odběr likvoru se však provádí v neurologii běžně a k vyloučení infekce je nezbytný. Provádí se vsedě nebo vleže, v oblasti dolní bederní páteře se provede vpich lumbální jehlou a odebere se několik mililitrů tekutiny. Jedná se o místo poměrně bezpečně pod míchou, poranění míchy zde nehrozí a rizika výkonu obecně jsou minimální. Dítě pak musí ležet 24 hodin na lůžku, aby se předešlo rozvoji bolestí hlavy v rámci postpunkčního syndromu. Pokud se odběr provede atraumatickou jehlou – tj. jehlou, která má zaoblený hrot a míšní obaly „jen rozhrne“ a nepropichne, pak je nutné ležet po výkonu dvě hodiny. Tuto jehlu však neradi používáme u malých dětí, jehla se hůře zavádí a odběr může být více nepříjemný.

Terapie bolestí hlavy patří do rukou dětského lékaře nebo dětského neurologa. S užíváním běžných léků na bolest jako je Nurofen (Ibalgín) nebo Panadol (Paralen) bychom měli být opatrní. Nadměrné užívání těchto léků může vést k velké zátěži jater a ledvin a může se vyvinout sekundární bolest hlavy z nadužívání analgetik, která se velmi těžko ovlivňuje a léčí.

Primární bolesti jako je migréna a tenzní bolesti hlavy se snažíme nejdříve ovlivnit režimovými opatřeními – spánkový režim, pitný režim, pravidelná strava, dostatek ovoce a zeleniny, omezení sladkostí a kofeinových nápojů. Často pomůže i vyšší přísun hořčiku a B vitamínů. Nezřídka indikujeme i rehabilitaci oblasti krční páteře, protože právě tato oblast může být spouštěčem migrény a odstranění blokad a svalových spasmů v oblasti krku vede k úlevě od bolestí hlavy. Důraz klademe na fyzickou aktivitu dětí,

pobyt na čerstvém vzduchu a vyhýbání se dlouhodobému vysedávání u počítače. V případě akutní bolesti hlavy nejčastěji léčíme u dětí Nurofenem nebo Panadolem dle dávkování v příbalovém letáku. Léky specifické pro léčbu migrény, tzv. triptany se běžně u dětí nepoužívají. U nás je schválený pouze nasální spray sumatriptan (Rosemig) pro děti starší 12 let, který je na předpis. Pokud má dítě více jak tři ataky těžké migrény za měsíc nebo jsou migrény komplikované, je na místě zavedení tzv. profylaktické léčby, která se užívá denně. Tato léčba má za cíl snížit výskyt bolestí hlavy alespoň o 50 %, a snížit tak užívání běžných analgetik. U dětí nejčastěji užíváme cyproheptadin (Peritol) nebo léky ze skupiny antiepileptik, antidepresiv nebo blokátorů vápníkového kanálu. Léčbu řídí dětský neurolog.

Sekundární bolesti hlavy se řeší dle příčiny, jak bylo uvedeno výše. Každé dítě s bolestí hlavy by mělo být vyšetřeno dětským lékařem nebo dětským neurologem a příčina bolesti hlavy by měla být správně pojmenována, pak teprve lze tento problém účinně řešit.

Poruchy spánku

Poruchy spánku postihují až 30 % dětí, což je velmi závažné číslo. Nedostatečný a nekvalitní spánek výrazně snižuje kvalitu života, děti jsou následující den unavené, nevykonné, což se může u malých dětí paradoxně projevovat hyperaktivitou vedoucí až k diagnóze ADHD. Spánek je velmi důležitý pro správný vývoj dítěte a fyziologické funkce.

Poruchy spánku lze dělit na:

1) Nespavost

Jedná se o velmi častou poruchu spánku postihující 20 až 30 % dětí, u kojenců dokonce až 50 %. Nespavost znamená, že dítě usíná více jak 30 minut, opakovaně se v noci budí anebo se předčasně ráno probouzí.

Toto se děje více jak třikrát za měsíc déle jak jeden měsíc. Děti jsou během dne nepozorné, hyperaktivní, náladové, podrážděné a mají zhoršený školní prospěch. Nespavost je nejčastěji způsobena nevhodným režimem, nedodržíváním pravidelného spánkového režimu, nevhodnými podmínkami ke spánku, trávením večerních hodin u počítače, stresem, nervozitou, nadužívání kofeinu a nikotinu u větších dětí apod. Vzácně se může jednat o tzv. syndrom neklidných nohou nebo periodických pohybů končetin ve spánku. Tyto poruchy mají často rodinný výskyt (až 80 %) a vyskytují se u 2 až 6 % dětí. Děti popisují šimrání nohou, lechtání, mravenčení, nutící je k pohybu a zabraňující ve spánku.

V diagnostice se zaměřujeme především na spánkový režim, vedení spánkového deníku, psychologické a psychiatrické vyšetření, vyšetření hladiny železa a hormonů štítné žlázy.

Léčebně je vždy na místě co nejvíce zajistit správnou spánkovou hygienu – pravidelný spánek, ideální podmínky, vhodná teplota, větraná místnost, lehká večeře a eliminace kofeinových nápojů od časného odpoledne. Děti by neměly trávit večerní hodiny s počítačem nebo mobilem, zvláště nebezpečný je pohyb na sociálních sítích, který je může rozrušit a pak zabránit usínání. Někdy je třeba sáhnout ke krátkodobému použití antihistaminik nebo klonazepamu před usnutím, vždy pod kontrolou lékaře. U syndromu neklidných nohou nebo periodického pohybu končetin ve spánku hradíme železo anebo se nasadí specifická léčba v režii dětského neurologa.

2) Nadměrná spavost

Sem se řadí narkolepsie s náhlými usnutími během dne a dalšími velmi vzácnými příznaky nebo hypersomnie. Jedná se o vzácné poruchy, které se u dětí vyskytují zřídka.

3) Syndrom obstrukční spánkové apnoe

Zde dochází k zástavě dýchání ve spánku (apnoe) nebo omezení dýchání ve spánku (hypopnoe) při obstrukci (překážce) horních cest dýchacích. Apnoe trvá více jak 10 sekund nebo více jak dva dýchací cykly. Děti mají neklidný spánek, probouzí se, výrazně chrápu, v noci se mohou pomočovat. Ráno mají sucho v ústech, hůře se probouzí, přes den je bolívá hlava, jsou unavené, podrážděné, hyperaktivní a mají horší školní prospěch. U těchto dětí je na místě ORL vyšetření a vyšetření chrupu, často pomůže odstranění nosní nebo krční mandle, pokud je výrazně zvětšena a činí potíže, nebo léčba pomocí zubních rovnátek. Syndrom obstrukční spánkové apnoe je rizikový faktor rozvoje aterosklerózy (onemocnění tzv. kornatění cév) v pozdějším věku a je třeba ho již u dětí řešit.

4) Parasomnie

Sem se řadí abnormální projevy v průběhu usínání, spánku nebo probouzení a jsou u dětí velmi časté.

Rozlišujeme:

a) Parasomnie vázané na nonREM spánek – probuzení se zmateností, noční děsy a náměšičnost

Tyto stavy vznikají z hlubokého spánku, typicky v první třetině noci, dítě je neprobudné, křičí, pláče, nereaguje, ráno si na stav nepamatuje. Zde je opět vhodné zasáhnout upravením režimu, dítě ze stavu nebudit, jen uklidňovat a zabránit poranění. Lze zkusit bylinné směsi na spaní jako Novopassit sirup nebo Pediakid sirup, v těžších případech i klonazepam v režii dětského lékaře.

b) Parasomnie vázané na REM spánek – noční můry, izolovaná spánková obrna

Noční můry jsou popisovány jako škaradý sen, který dítě probudí, dítě si na něj ráno nepamatuje. Spánková obrna je neschopnost pohnout končetinami či trupem v průběhu usínání či probouzení trvající několik

sekund. Je vnímána velmi negativně, provázená úzkostí.

I zde se zaměřujeme jen na úpravu režimu.

Základní principy spánkové hygieny:

1. Pravidelná doba uléhání a usínání, u starších dětí o víkendech odlišná maximálně o hodinu.

2. Příprava na spánek 20 až 30 minut.

3. U malých dětí neměnný sled činností před spánkem (krmení, koupání, povídání), naučit kojence usínat samotné, ve vlastní postýlce, vyhnout se asociacím usínání s kojením, houpáním, náhradní objekt (hračka) za přítomnost rodiče. Kojenci mají spát na zádech, nikoliv na břišku.

4. Vhodné prostředí ke spánku (pohodlná postel, teplota 20 °C, tichá místnost, lze povolit tlumené světlo). V ložnici dítěte nemá být televize ani počítač.

5. Jednu hodinu před spaním se nedoporučuje intenzivní fyzická, psychická aktivita, sledování televize, 3 až 4 hodiny před spaním konzumace kofeinu, čaje, čokolády.

Epilepsie

Epilepsie je onemocnění, které je charakterizováno výskytem epileptických záchvatů z celé řady příčin. Postihuje asi 1 % celé populace, v dětství je častější, což souvisí i s nezralostí vyvíjejícího se mozku. Epilepsie může vznikat na podkladě poškození mozku během těhotenství a porodu (léky, drogy, infekce, krvácení, ischemie apod.). Příčinou může být i genetická mutace, vrozené vývojové vady mozku, vzácně metabolické poruchy nebo neurodegenerativní onemocnění. Epilepsie se může vyvinout i po těžších úrazech mozku. Pacienti nemusí mít jen „velké“ záchvaty spojené s poruchou vědomí a křečemi, ale může se jednat i o často nenápadné projevy – drobné záškuby končetin, stavy zahledění (absence), mravenčení končetin, pocity jiného vnímání reality,

pocity již viděného nebo zažitého apod. Každý pacient po proběhlém prvním záchvatu by měl být přivezen RZP do nemocnice, kde je třeba vyloučit akutní závažné příčiny epilepsie – neuroinfekce, mozkové krvácení, nádory apod. Zde je třeba zdůraznit, že u dětí bývá výskyt epilepsie jako projev mozkového nádoru velmi vzácný, obavy nejsou na místě. Při došetřování záchvatových projevů dětský neurolog provádí EEG (snímání mozkové aktivity ze skalpu pomocí čepice s elektrodami, vyšetření je nebolestivé a trvá 20 minut). Někdy se provádí i spánkové EEG nebo celonoční video EEG, pokud jsou záchvaty vázané na spánek. Pokud chceme záchvaty zachytit a přesněji identifikovat, pacient se přijímá na kliniku k provedení video EEG monitorace – dlouhodobé snímání EEG, kdy je pacient točen na kameru. U většiny pacientů je nutné provedení magnetické rezonance mozku. Při poruchách vědomí nejasné příčiny je někdy indikováno i vyšetření srdce.

Léčba epilepsie je v rukou neurologa, nutná jsou režimová opatření, pravidelný spánek, u fotosenzitivních pacientů se vyhnout blikavému světlu. Léky by měly být užívány pravidelně a dlouhodobě. V současnosti je celá řada léků na epilepsii, tzv. antiepileptik, vhodné léky vybírá neurolog podle věku pacienta a typu záchvatů, někdy je potřeba nasadit jejich kombinaci. Asi 30 % pacientů nereaguje dobře na léčbu a nedaří se záchvaty potlačit. Tito pacienti jsou tzv. farmakorezistentní. Pro malou část těchto pacientů je možné i operační řešení v rámci epileptochirurgie, implantace vagového stimulátoru nebo ketogenní dieta.

Febrilní křeče

2 až 5 % dětí někdy prodělá febrilní křeče, nejčastěji vznikají v batolecím věku, do 6 let by měly ustát. Febrilní křeče jsou záchvatové projevy při horečce. Děti je mívají často v nástupu infektu, kdy teplota prudce vyskočí nebo i po prudkém zchlazení. Může se jednat o křeče s poruchou vědomí a záškuby končetin, nebo o tzv. febrilní

kolaps, kdy dítě jakoby „odpadne“. Nekomplikované febrilní křeče trvají do 15 minut a nejsou vázané na jednu polovinu těla (tzv. lateralizované). Komplikované křeče jsou delšího trvání nebo jsou lateralizované. Při prvních febrilních křečích bychom měli volat RZP, dítě je převezeno do nemocnice a dle stavu dále došetřováno – neurologické vyšetření, laboratorní odběry, CT mozku nebo vyšetření likvoru. Toto je značně individuální a závisí na stavu dítěte. Pokud se křeče opakují, lze v domácí péči podat rektálně (do zadečku) Diazepam (5 mg při hmotnosti dítěte do 15 kg; 10 mg při hmotnosti dítěte nad 15 kg) a vyčkat, zda křeče ustanou. Při komplikacích je vhodné opět volat RZP. Preventivní podávání tablet Diazepamu při nástupu horečky se nově nedoporučuje, může vést k zamaskování příznaků zánětu mozkových blan.

Rozvoj epilepsie u starších dětí a v dospělosti na podkladě febrilních křečí je velmi vzácný, 1 až 2 % u nekomplikovaných febrilních křečí a 4 % u komplikovaných.

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Porucha pozornosti s hyperaktivitou)

Jedná se o neurovývojovou poruchu, která postihuje mozkové struktury zodpovědné za pozornost, chování a plánování činností. ADHD charakterizují tři jádrové příznaky: **porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita**. Postihuje 5 až 6 % všech dětí, častěji chlapce. Prvky ADHD lze vyzorovat již u velmi malých dětí, které jsou výrazně aktivní, chvíli neposedí, špatně ovládají své chování, mohou být agresivní, jsou nepozorné, u ničeho nevydrží, mívají poruchy spánku. Zjednodušeně lze říci, že batolata a malé děti jsou „přirozeně hyperaktivní“, mozkové struktury teprve dozrávají a nejedná se o žádnou poruchu. Pravdou je, že u ADHD dětí jsou tyto projevy významně výraznější a markantní, diagnózu ADHD však ještě nevyslovujeme. S nástupem školy by dítě již mělo být schopno určitou pozornost udržet, nemělo by být tak divoké a impulzivní,

a právě v tomto věku lze diagnózu stanovit. Hranice šesti let by však neměla být striktní, a zvláště u chlapců se setkáváme s tím, že dozrávání odpovědných struktur mozku je pomalejší. Vždy je potřeba postupovat individuálně a někdy je i odklad nástupu školní docházky o jeden rok velkou výhodou.

U dívek nebývá hyperaktivita tak výrazná, častěji zde vidáme pouze poruchu pozornosti. Dívky jsou jakoby zasněné, koukají z okna, nesoustředí se. Nezřídka se tyto příznaky přehlédnou, a proto je ADHD u dívek i méně častější.

Nepozorné dítě:

- Neudrží pozornost při úkolu nebo při hře.
- Nesoustředí se na detail, pracuje ledabyle, s chybami, zabývá se při jednom úkolu ještě jinými aktivitami.
- Neposlouchá instrukce, dělá zbrklé závěry.
- Často se zdá, že neposlouchá, když se na ně přímo hovoří.
- Neumí si naplánovat úkoly.
- Odmítá se angažovat v aktivitách, které vyžadují soustředěné duševní úsilí a trpělivost.
- Ztrácí potřebné pomůcky do školy, hračky.
- Zapomíná na denní aktivity, které má splnit.

Hyperaktivní dítě:

- Často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na místě.
- Opouští své místo, pobíhá po třídě v době, kdy se očekává, že bude sedět.
- Pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu).
- Neumí si hrát, má problém s hrami, které vyžadují klid a ticho.

- Stále se ptá, stále mluví, stále je jako na pochodu.

Impulzivní dítě:

- Nezdrženlivě mnohmluvné, často vyhrkne odpověď dříve, než byla dokončena otázka.
- Mívá problém vyčkat, až na něj přijde řada.
- Často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru.

Diagnózu ADHD stanovuje dětský psycholog a dětský psychiatr. Dětský neurolog dítě vyšetřuje k vyloučení jiných příčin, které ADHD mohou maskovat – epilepsie – především stavy zahledění (absence) u nepozorných dětí, epileptická aktivita v EEG, která může bránit správnému vývoji mozkových struktur, poruchy spánku vedoucí k denní hyperaktivitě, poruchy štítné žlázy vedoucí k hyperaktivitě apod.

Léčebně zasahujeme režimovými opatřeními, individuálním školním plánem, lze zkusit preparáty s omega mastnými kyselinami (např. Eye Q, Esprico apod.). V indikovaných případech se nasazuje léčba psychostimulancií, která má výborný efekt. Léčbu řídí dětský psychiatr.

Prognóza: zhruba 30 % dětí s ADHD z poruchy „vyrosté“, další pacienti si nesou ADHD do dospělosti. V období dospívání již hyperaktivita není tak výrazná, dominuje spíše impulzivita. Pacienti mají problém s plánováním činností, nedokončují úkoly, mají potíže s dochvilností a respektováním autorit. Je zde prokázáno vyšší riziko zneužívání návykových látek (kouření, alkohol a jiné drogy) a až třikrát vyšší riziko autonehod. Pokud se snaží své úkoly zvládat, tak často za cenu přetíženosti, která se pak projeví somatickými potížemi – chronické bolesti hlavy, úzkosti, deprese, poruchy spánku. Jejich charakteristické rysy ale mohou vést i k vyšší kreativitě a originalitě, mohou lépe rozvíjet své umělecké sklony. Ze všech těchto důvodů

bychom pacienty s ADHD neměli ztratit po dosažení dospělosti z dohledu, ale porucha by měla být řešena i dále.

Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra (PAS) jsou charakterizovány narušením sociálních interakcí, komunikace a stereotypními, opakujícími se vzorci chování, zájmů a aktivit. V současné době dochází k alarmujícímu nárůstu výskytu PAS, postihuje 1 až 1,5 % všech dětí, a stává se tak předmětem zájmu nejen dětských psychiatrů, ale i dětských neurologů a pediatrů. Právě dětské lékaři jako lékaři první linie mají screeningový nástroj M-CHAT, dotazník, který rodiče dítěte vyplňují v jeho 18 měsících věku. Měl by odhalit známky autismu a vést tak k časně diagnostice a co nejčasnějšímu zahájení léčby. Bylo prokázáno, že toto výrazně zlepší jádrové příznaky autismu a klinický stav pacienta.

Nárůst výskytu autismu nebyl dosud jasně vysvětlen. Jednu z analýz podala v prestižním časopise Nature Karin Weintraubová. Zhruba 50 % nárůst případů PAS lze přičíst lepší diagnostice, zvýšenému povědomí a znalostem odborníků i rodičů o autismu, zvýšenému věku rodičů při zakládání rodiny a geografickému shlukování rodin s postiženými dětmi. Polovina nárůstu však zůstává nevysvětlena.

V současné době se pod pojmem poruchy autistického spektra sdružují **dětský autismus, Aspergerův syndrom, atypický autismus a dětská desintegrační porucha**.

Diagnostika autismu patří do rukou dětského psychologa a psychiatra, kteří využívají standardizované diagnostické nástroje. Dětský neurolog opět vylučuje jiné příčiny autismu – různé syndromy, epilepsie apod.

Terapie PAS je velmi svízelná, neexistuje lék, který by řešil příčinu autismu. Psychiatři používají léky na potlačení různých projevů, zásadní je psychoterapeutický přístup – kognitivně-behaviorální terapie, aplikovaná behaviorální analýza apod.

V posledních letech se objevují informace o zásahu imunitního systému do rozvoje PAS a vědci se zaměřují na studium střevní mikroflóry (tzv. mikrobiomu). Bakterie ve střevě jsou schopny produkovat látky, které ovlivňují i mozkové funkce, a právě nevhodné složení střevní mikroflóry může projevy autismu zhoršovat. Na Klinice dětské neurologie se snažíme mikrobiom u dětí s PAS mapovat a doufáme, že výsledky budou mít i klinický dopad a zlepší péči o tyto děti.

Tiková porucha

Tiková porucha je charakterizována krátkými, neúčelnými pohyby, které postihují různé svaly těla, nejčastěji svaly mimické. Tiky tak dělíme na **motorické** (pomrkávání, špulení úst, záškuby apod.) a **hlasové** (různé zvukové projevy – pokašlávání, pomlaskávání, posmrkávání apod.). Často jsou u dětí tiky přechodné a symptomy vymizí do půl roku až roku, pokud trvají déle, mluvíme o chronické tikové poruše. Vrchol výskytu tikové poruchy je v mladším školním věku, častěji u chlapců. Tiky jsou velmi nutkavé, dítě cítí např. pálení očí, svědění a musí pohyb vykonat, čímž se mu dostane úlevy. Pokud dítě tiky potlačuje, napětí se v něm nahromadí a poté jsou tiky výraznější. Často se tiky horší k večeru doma, kdy opadne denní zátěž a dítě má čas se uvolnit a tiky „vybít“. Dětský neurolog musí vyloučit jiné příčiny této poruchy, především epileptické záchvaty, poté se dítě řeší již v rukou dět-

ského psychologa. V případech, kdy je nutné nasadit léky, je dítě sledováno dětských psychiatrem.

Tikové projevy mívají často inteligentní děti, které jsou velmi snaživé, mívají úzkostnější a perfekcionistačtější rysy. Za tiky jim nenadááváme, nenutíme je přestat s tím. Je dobré je naopak přehlížet a soustředit se na to, co dítě říká. Je dobré najít zástupnou aktivitu, která napětí uvolní a dítě tak tik nemusí provést. Dítěti je potřeba dopřát i dostatek relaxace, uvolnění, dostatek vybití energie a radosti. U 50 až 70 % dětí tiky zmizí do jednoho roku, u čtvrtiny se mohou vytrahit v adolescenci, jen u 6 % přetrvávají do dospělosti.

MUDr. Pavlína Danhofer, Ph.D.

Klinika dětské neurologie
Lékařské fakulty Masarykovy univerzity
a Fakultní nemocnice Brno

Použitá literatura:

Příhodová I.: **Poruchy spánku u dětí a principy spánkové hygieny.** Pediatr. pro Praxi 2011; 12(1): 54–5.

Paclt I.: **ADHD v dětství, dospívání a dospělosti.** Prakt. lékař. 2016; 12(1): 16–1.

Ryzí M.: **Farmakoterapie u primárních bolestí hlavy.** Pediatr. praxi 2019; 20(2): 88–92

Dudová I., Mohaplová M.: **Poruchy autistického spektra - 1. díl.** Pediatr. praxi. 2016; 17(3): 151–1.

Koronavirus zjevně zapříčinil i nedostatek článků o vašich zkušenostech do Našeho tématu. Po domluvě s jednou z vás, pěstounek, jsem tedy vzala část povídání napsaného do Průvodce před patnácti lety. Nikdy na něj totiž nezapomenu. Zvlášť na větu: „Byla mrňavá, tlustá, šihlavá, špatně chodila, špatně mluvila, nic neuměla,

byla lehce mentálně retardovaná, jídlo do ní padalo jak do tůně a pořád se nesmyslně řehtala.“ Přijaté holčičce tehdy bylo sedm let. Nejen začátek byl krušný, i pokračování má do štěstí daleko, protože zátěž z biologické rodiny je opravdu veliká.

Red.

Na cestě

...Kupodivu v našem případě celá akce ani netrvala moc dlouho. Už při posledním pohovoru s psychologkou nám nabídli téměř sedmiletou holčičku, pro kterou se urychleně hledala náhradní rodina. Bylo to dítě s velmi smutnou minulostí, dlouhodobě týrané, a nyní mu končil pobyt v léčebně, kde ho dávali dohromady po odebrání z rodiny a pobytu v nemocnici. „Je opožděná, ale dělá velké pokroky...“ Přiznám se, že takového úkolu jsem se nejdříve zalekla. Doma byl dvouletý kluk, jak to půjde dohromady? Ale řekli jsme si, že to je výzva, svedli to na osud a kývli jsme. A tak jsme si před Vánoci 1999 jeli i s natěšenými dětmi pro Petrušku. Byla mrňavá, tlustá, šihlavá, špatně chodila, špatně mluvila, nic neuměla, byla lehce mentálně retardovaná, jídlo do ní padalo jak do tůně a pořád se nesmyslně řehtala. Na co jsme se to probouhali? Ale dětem se líbila a já si dodnes pamatuju ten naplňující pocit, že teď teda budeme žít na plné pecky. Takže nás najednou bylo šest: tatínek, maminka, Vojta, Petra, Štěpánka a Kubík. Tehdy ve věku 9 – 7 – 5 – 2. Hezky nám tam zapadla. A nejen věkem. Rychle si zvykla, rychle přišlo mamí – tati i velkánské pokroky. Na nich měly lví podíl děti: Petruška velice toužila se jim vyrovnat – chtěla chodit do schodů, skákat z gauče, lézt na patrovou postel, dělat kotrmelec, malovat a stříhat. Její pohybové problémy rychle mizely, pomalu doháněla barvy

a čísla, hlavonožci se měnili v postavičky... Nejvíce ji asi „táhla“ Štěpka, v podstatě byly jakoby stejně staré.

Při žádosti o druhý odklad nám psycholog doporučil speciální školku, což byla výhra. Opravdu hodně nám tam pomohli, ale po půl roce se nám zdálo, že už by jí více prospíval pobyt mezi zdravými dětmi. Bez problémů přešla k nám do běžné školky za Štěpánkou. O umístění do normální základní školy jsme měli pochybnosti, ale uměla všechno, co při vstupu do první třídy měla umět, a doporučili nám, aby do základní školy šla. Byla tichá, snaživá, bezproblémová a paní učitelka s ní byla spokojená. Ale museli jsme doma opravdu zabrat. Hlavní kámen úrazu byla a je matematika, takže se neustále snažíme vybalancovat zlatou střední cestu mezi tím, co by měla pochopit a umět, a tím, aby nebyla zdeptaná a my vyřízení. Na pololetním vysvědčení ve čtvrté třídě byly čtyři dvojky, jak to půjde ve vyšších třídách, se uvidí. Zní to všechno asi hezky, ale kdo v tom žije, dovede si představit tu práci a ty nervy. Co nás trápilo asi nejvíce, bylo její počurávání a z počátku i spousta dalších zdravotních problémů. Běhali jsme z neurologie na nefrologii, z očního na ušní, z ortopedie už nevím kam. Dnes už se mi nechce věřit, že až na tupožrakost a ploché nohy je z našich dětí nejzdravější a chytí maximálně lehkou rýmu.



Pro mě byla nejhorší její uzavřenost, pasivita, neschopnost spontánnosti, vlastního názoru, ovlivnitelnost, věčná snaha se zavděčit nám i kamarádkám, které dobře pochopily, jak s ní manipulovat. Ani nedokážu popsat tu podivnou povahu, která mě ničila a někdy ničí i teď, i když se Petra za ty roky pochopitelně dramaticky změnila a teď s ní žádné významnější výchovné problémy nemáme. Naopak, teď je klidnější období. Petruška je velice prakticky založená, takže doma ochotně pomáhá, na návštěvách neúnavně pečuje o malé děti, dokonce i ve škole to teď klapě... Počínající puberta ji dokonce občas nutí projevit trochu své vůle – aspoň doma, což ale považuju za dobré znamení, i když u ní na to nejsem zvyklá. Ale nikdy asi nepochopím některé motivy jejího chování a ona mi v tom nepomůže.

pěstounka E.

Po deseti letech:

...Vybrali jsme „éčkový“ učební obor Pečovatelské služby, paní psycholožka nám to schválila a Petra byla ve třídě docela za hvězdu, což ji ovšem vedlo k tvrdošíjně hájenému nápadu, absolvovat maturitní nadstavbu. To příliš dobře nedopadlo, po prvním nepodařeném ročníku nakonec prohlásila, že půjde pracovat. Takže mo-

mentálně je na pracáku a střídá brigády s pevnou vírou, že se nějaký trvalý pracovní poměr vydaří. Naštěstí má opravdu snahu si něco najít. Petra je ochotná, pracovitá a docela hodná holka. Neremcá, neodmlouvá, pomáhá, ale žije si takovou svoji „vedlejší linii“ a nám se nepodařilo to změnit. Ano, bydlí s námi, výhodám se nebrání, povinnostem taky ne, ale jako s větrnými mlýny bojujeme stále dokola s její nepoctivostí a neupřímností k nám. A někdy jsou to trable typu sebepoškozování, alkohol, cigarety, někdy pěkné podpásovky – krádeže, zatajování, ale hlavně lhaní, lhaní, lhaní... Je to pořád dokola s naprostou nepoučitelností z následků (tím horších čím je dospělejší)... A můžete tisíckrát rozumět tomu, že ona za to vlastně nemůže, že je to něco hluboko zakořeněného, navíc kombinovaného s nižší inteligencí, neschopností zdravého úsudku, odhadu situace, nedostatkem sebevědomí... A tak jsme pořád na cestě, protože ať jsou naše pocity jakékoli, víme, že ji nemůžeme – zatím ne – vydat světu napospas.

pěstounka E.

Pokračování se dočtete v knížce připravované k 25. výročí SPR.

Literatura k tématu

D. A. Hughes

Budování citového pouta



Kniha ukazuje na problémy, se kterými se musí potýkat děti vyrůstající v náhradní rodinné péči, i na možnosti, jak jim účinně pomáhat. Skrze příběh malé Káti seznamuje autor čtenáře s principy Dyadické vývojové psychoterapie (DDP). Tato terapie je určena dětem, které byly opuštěny svými biologickými rodiči a musely ve svém raném dětství čelit zanedbávání, týrání nebo zneužívání. Dětem, u nichž se rozvinuly poruchy chování, které jim každodenně komplikují život v jejich nových rodinách.

Institut fyziologické socializace 2017



Bruce D. Perry, Maia Szalavitz

Chlapec, kterého chovali jako psa

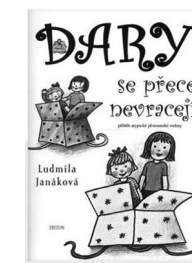
Dětský psychiatr Bruce Perry měl v terapii děti, které zažily nepředstavitelné hrůzy: přežily genocidu, byly svědky

násilných činů, dospělí je zavírali do skříní či klecí, byly obětmi násilí v rodině. Perry vypráví jejich příběhy a mluví o trauma-

tech, která utrpěly, i o tom, jak se z nich dokázaly zotavit. V knize najdeme příběh dětí ze sekty Davidiánů nebo příběh satanské paniky, která zachvátila Spojené státy v 80. letech minulého století a která se řadí k moderním pověstem, do stejné skupiny fenoménů, kam patří například falešné vzpomínky na sexuální zneužívání.

Bruce D. Perry je americký psychiatr, specializuje se na dětské duševní zdraví a neurovědu. Maia Szalavitz je americká reportérka, autorka specializující se na oblast vědy, politiky a léčby závislostí.

Portál 2016



Ludmila Janáková
Dary se přece nevracejí

Kniha o radostech a úskalích pěstounské péče z pohledu ženy, která se netradičním způsobem stala pěstounkou a opatrovnící

čtyř děvčat. Dvě starší jsou příkladem toho, jak patologické chování rodičů do značné míry děti nevratně poznamená.

Triton 2007

Hledáme Vás, mámo, táto

Po změně zákona získáváme údaje o dětech, které hledají pěstouny, od jednotlivých krajských úřadů. Zájemci, zařazení do evidence žadatelů stát se osvojiteli či pěstouny, mohou nadále kontaktovat PhDr. Alenu Michalovou, michalova@pestouni.cz, tel.: 731 507 401.

Těšíme se na spolupráci a nepřestáváme věřit, že společně najdeme každému dítěti milující a pečující rodinu.



Pavlík, nar. 7/2019, se narodil o pár týdnů dříve do těžké rodinné situace. Rodiče se v tu dobu rozcházeli, maminka měla starosti se staršími dětmi a na péči o Pavlíka již nestačila. Pavlík našel náruč u pěstounů na přechodnou dobu, ale nyní již potřebuje stabilní zázemí. U rodičů se situace spíše zhoršuje, chlapce nenavštěvují, neptají se na něj, návrat do rodiny nelze předpokládat. Sociální pracovníce spíše zvažují ustanovit pro Pavlíka v budoucnu poručníka. Pediatr si Pavlíka chválí, chlapec je šikovný a chybějící týdny nejsou na jeho vývoji patrné. Pavlík je droboučký, má tmavé vlásky i oči a neodolatelný úsměv, má rád dovádění v bazénu a rád se chová. Rádi bychom mu našli dlouhodobé zázemí v náhradní rodině.



Pěstounskou rodinu hledáme také pro **Martínka, nar. 8/2019**. Martínek je zdravý, drobný, pohledný chlapec, má lehce snědou pleť, tmavě modré oči a světlé hnědé vlásy. Je usměvavý, na procházkách v kočárku spokojeně spinká, má rád koupání a je i velký jedlík. Nejspokojenější je v náručí, moc rád se mazlí. Rodiče mají hodně starostí sami se sebou, s chlapcem se nestýkají, stejně jako se svými staršími dětmi, které jsou v dětském domově. Kontakty s rodinou tedy nepředpokládáme.



Dívka Martinka, nar. 7/2019, přišla na svět jako nedonošené miminko a začátek měla nelehký. Od prvopočátku je v péči pěstounky na přechodnou dobu a ve svém vývoji udělala četné pokroky. Martinka má snědou pleť, hnědé vlásy, tmavé oči a dlouhé řasy, je to okatá, usměvavá a „upovídaná“ princezna. Pediatr i psycholog konstatují rovnoměrný vývoj. Maminka má svoji holčičku ráda, ale má hodně starostí a pečovat o ni osobně nemůže. Kontakty s rodinou nepředpokládáme, do úvahy připadá i poručenká péče.



Kryštof, nar. 7/2017, je pohledný chlapec světlé pleti, hnědých očí a světlé hnědých vlásků. V kontaktu je zpočátku trochu stydlivý a nejistý, ale jakmile se rozkouká, je ho všude plno. Je moc šikovný, má rád hračky, nejradši stavebnice a auta, rád se tulí, mazlí a povídá si. Maminka onemocněla a není v jejích silách se o chlapce starat, tatínek má spoustu starostí, které mu rovněž péči neumožňují, návrat do rodiny se spíše nepředpokládá.



Sourozenci Tomáš, nar. 6/2013, a Antonie, nar. 10/2016, pobývají od podzimu 2017 v dětském centru, jejich rodiče byli soudem zbaveni rodičovské odpovědnosti, včetně práva udělit souhlas s osvojením nezletilých. Děti mohou jít do pěstounské rodiny nebo být osvojeny, a to společně, nebo i každé zvlášť. S dětmi je v kontaktu pouze jejich pradědeček. Tonička je milá, prosociálně orientovaná holčička. Její psychomotorický vývoj je nerovnoměrný, ale postupně se vyvíjí, stagnuje pouze oblast řečových dovedností. Rozumové schopnosti Tomáše se aktuálně pohybují v pásmu středně těžké mentální retardace, jeho vývoj ale také postupuje. Tomáš je impulsivní, často se u něj střídají nálady.



Obě děti se narodily z nedostatečně sledovaných těhotenství, trpí zdravotními problémy, které vyžadují péči odborníků.

Dušan, nar. 9/2010, je chlapec s diagnostikovanou středně těžkou mentální retardací, s výraznými poruchami chování, opoziční poruchou a ADHD. Jeho stav klade zvýšené nároky na péči. Rodiče o syna neprojevují zájem. Chlapce je možno umístit jen do rodiny velmi poučených, zkušených a tolerantních pěstounů.



Barbora, nar. 11/2009, má nařízenou ústavní výchovu do DOZP z důvodu nedostatečné péče rodičů. Nacházela se ve výrazně zanedbaném stavu vč. podvýživy. Zájem rodiny o kontakty s dívenkou kolísá. Barborka je rozumově opožděná, psychomotoricky neklidná, s kolísavou pozorností. Je sledována několika specialisty, je po operaci ledvin. V oblasti vzdělávání se jedná o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami s potřebou podpůrných opatření třetího stupně. Hledáme zkušené pěstouny, kteří by byli schopni zajistit péči o dívku včetně vzdělávání a udržení kontaktu s rodinou.



Bratři Jan, nar. 9/2003, a Josef, nar. 2/2005, pobývají od roku 2009 v ZDVOP. Jsou to zdraví kluci, kteří k sobě mají velmi silnou, vřelou citovou vazbu. Pepík navštěvuje běžnou základní školu, Jeník speciální. Oba mají sportovní nadání. Jeník je uzavřený, neprojevuje emoce navenek, trpí deprivací, prožíval pocity viny za situaci v rodině, kterou nemohl nijak ovlivnit. Pozornost zkouší získávat manipulacemi a provokací, ale v zařízení dané normy respektuje. Pepík je optimistický, společenský a přizpůsobivý. Postrádá užší kontakt s matkou, ale už s ní nespojuje budoucnost. Rodiče chlapců mají dlouhodobě bytové a finanční problémy, nedokázali zajistit péči o děti. Za dětmi

přijedou sporadicky, neprojevují o ně velký zájem, zdá se, že jim současný stav vyhovuje.



Sourozenci Bětko, nar. 5/2005, a Vlastík, nar. 11/2007, jsou společně umístěni v dětském domově. Jsou zdraví, Vlastík je sledován lékařem pro noční pomočování, stav je ale nyní zlepšen. Matka dětí je menšinového etnika, navštívila je v zařízení pouze jednou, nyní s domovem přestala zcela komunikovat. Otec je t.č. ve VTOS a dětem pravidelně píše dopisy. V současné době děti dohánějí zanedbání v sociální oblasti i ve školních znalostech, v domově jsou hodnoceny jako hodné, snaživé, bez výchovných potíží.



Gabriela, nar. 2/2013, je děvčátko se zdravotním postižením, z důvodu byla odebrána z důvodu nedostatečné péče matky, má nařízenou ústavní výchovu do DOZP. Matka nemá vhodné bytové podmínky ani nedokáže zajistit dítěti nutnou zdravotní péči a režimová opatření. Gábinku v zařízení navštěvuje zhruba jednou měsíčně, otec aktivní zájem o ni neprojevuje. Gábinka trpí maternální fenylketonurií a vlivem nedodržení opatření již v těhotenství matky je psychomotoricky retardovaná. Z důvodu dalších diagnóz vyžaduje zvýšenou péči, v současné době je ale její stav stabilizovaný. Zdravotní prognóza je nicméně nejistá. Gábinka je líbivé děvčátko, výchovně dobře zvladatelné.



Aleš, nar. 8/2005, má nařízenou ústavní výchovu do DD, a to z důvodu ztráty bydlení matky, výchovných problémů chlapce včetně zanedbání školní docházky. Matka má v péči dceru v batolecím věku. V azylových domech jí byl opakovaně ukončen pobyt pro porušování řádu. Otec je neznámého pobytu. Matka dlouhodobě slibuje úpravu podmínek, aby mohla syna převzít do péče, je s ním v kontaktu.



Pavlinka, nar. 9/2003, je dívka s těžkým zdravotním postižením. Je hluboce mentálně retardovaná a má poškozenou motoriku. Je trvale ležící, krmena sondou, má pleny, nemluví. Trpí také srdeční vadou a má posthemoragický hydrocefalus. Vzdělávána je na úrovni bazální stimulace. Kontakt s rodinou není žádný. Zdravotní stav dítěte je velice rizikový, vyžaduje zvlášť náročnou péči, kterou mohou zvládnout jen velmi schopní, zkušené pěstouni.



Sabina, nar. 11/2008, je dívka s těžkým zdravotním postižením, odkázaná na trvalou celodenní péči. Jde o holčičku s těžkou mentální retardací a kvadruparézou. Verbálně nekomunikuje, je upoutána na lůžko, neschopna samostatné změny polohy, inkontinentní, krmena sondou. Její zdravotní stav vyžaduje každodenní rehabilitaci a pravidelné kontroly odborných ambulancí. Je vzdělávána „jiným způsobem vzdělávání“, vycházejícím z bazální stimulace. Hledáme pro ni zkušené pěstouny, schopné zvládnout takto velmi náročnou péči.



Helena, nar. 12/2002, má od 7/2017 nařízenou ústavní výchovu do DDŠ a původně náhradní rodinnou péči odmítala. Nyní ale své stanovisko změnila, chtěla by být přijata pěstouny a žít v rodině, aby měla zájem a mohla studovat. Matka péči o dceru ani jejího mladšího bratra nezvládala, v případě chlapce docházelo i k týrání. Helenka byla matce odebrána opakovaně, nerespektovala dospělé autority, matka ji nedokázala nijak výchovně usměrnit. Dívka nemá s matkou navázán citový vztah a nemá ujasněno, zda si přeje s ní žít či nikoli.



Luboš, nar. 4/2003, je chlapec většinového etnika se středně těžkou mentální retardací. Není dobře schopen verbální komunikace, sebeobsahu zvládá s dopomocí, vyžaduje trvalý dohled.

Je motoricky neobratný, trpí nočním pomočováním a epilepsií (aktuálně kompenzovanou). Své pocity a přání dokáže vyjádřit gesty, rád zpívá (slabiky, zvuky), rád jí. Matka si Luboše bere zhruba dvakrát měsíčně na víkend. Hledáme zkušené a trpělivé pěstouny, kteří by se o chlapce dokázali dobře postarat a zachovat jeho kontakt s biologickou rodinou.



Sourozenecká trojice Libor, nar. 6/2003, Benjamin, nar. 11/2006, a Žofie, nar. 12/2011, pobývá od 10/2015 společně v dětském domově. Rodiče jsou menšinového etnika, původní zájem o děti postupně mizí, pravidelně se s nimi kontaktují pouze telefonicky. Péči o děti rodiče zanedbávali, neposílali je do školy, nezajišťovali zdravotní péči atd. Děti jsou zdravé, Benjamin je rozumově podprůměrný. V současné době děti dohánějí sociální a výchovné zanedbání.



Julie, nar. 7/2003, je od narození v ústavní péči. Je plně imobilní, odkázaná na celodenní péči druhé osoby. Nevidí ani neslyší, a dotek reaguje lehkým úsměvem, zvuky nevydává. Je plénována a krmena sondou, polohována zdravotnickým personálem. Matka žije v zahraničí, za Julinkou přijíždí společně s dětmi cca 2x za rok. Cca jednou za dva měsíce za holčičkou dochází mateřská babička. Pro Julinku hledáme pěstouny, kteří by byli schopni a ochotni zajistit jí celodenní péči i speciální vzdělávání.



Tobiáš, nar. 9/2002, byl ve svých třinácti měsících nezrušitelně osvojen společně se starší sestrou. Po několika letech byl předán osvojiteli do psychiatrické nemocnice pro nezvladatelnost a kontakt s ním náhradní rodiče nadále udržovali minimální. Podali návrh na nařízení ústavní výchovy s tím, že syna již nechť převzít zpět do péče, a podepsali prohlášení, že si nepřejí být kontaktováni ze strany OSPOD.

Syna nijak nekontaktují, hradí pouze výživné. Chlapec byl umístěn do DD a poté do VÚ, kde je dodnes. Stále vzpomíná na rodinu, chtěl by se vrátit domů. Byla mu diagnostikována porucha chování a mentální retardace. Vychovateli je hodnocen jako náladový, drzý, nejde daleko pro fyzickou agresi, na druhou stranu má dny, kdy je klidný a hodný. Má rád zvířata. Navštěvuje ZŠ speciální s velmi slabým prospěchem. Přál by si žít v rodině. Hledáme pěstouny schopné mu zajistit náročnou výchovu a vzdělávání.



Chlapec většinového etnika **Zdeněk, nar. 7/2005**, byl v roce 2011 umístěn společně se svou sestrou **Martinou, nar. 10/2006**, do ZDVOP, a to na žádost matky. Matka tehdy nastupovala do VTOS. Po propuštění projevuje o Zdeněka občasný zájem, o Martinku vůbec. V současné době jsou děti v domově umístěny odděleně od sebe, nemají spolu hezký vztah. Zdeněk je uzavřenější povahy, trpí citovou deprivací. Z důvodu vazby na matku hledáme pro něj pěstouny, kteří by podporovali vzájemné kontakty. Pro Martinu je možné zprostředkovat umístění v pěstounské rodině odděleně, se zajištěním udržování kontaktů s bratrem. Martinka je holčička většinového etnika, společenská, s deficitem v řeči. V průběhu roku 2015 ji začala navštěvovat paní, která si ji brala na hostitelské pobyty. Takřka rok a půl Martinku udržovala v domnění, že si podá návrh na svěření do PP. Poté situaci vlastní rodiny vyhodnotila jinak a kontakty zcela ukončila. Martinka jejím nezájmem trpí, navázala se na ni, považuje ji za blízkou osobu.



Horymír, nar. 11/2002, je chlapec většinového etnika, je v ústavní péči od roku 2011, kam byl zařazen spolu s bratrem Hynkem. Matka chlapce navštívila v zařízení pouze jednou, nemá zájem. Hynkovi byla ústavní výchova zrušena a byl svěřen do péče otce. Hynkův otec byl



jediný, kdo chlapce v zařízení navštěvoval, na prázdninové pobyty si bral oba kluky. Horymír nemá otce uvedeného v RL. Horymír podle pracovníků zařízení vykazuje v chování známky autismu, má rád stereotypy. Hodně čte, učí se z paměti slovníky, má rád školu, rád si na ni hraje. Navštěvuje běžnou ZŠ.



Robert, nar. 9/2007, je dítě se zdravotním postižením, umístěný v DOZP. Trpí těžkou mentální retardací a poruchami chování. Je plně závislý na péči druhé osoby. Vydává pouze zvuky. Jeho mentální postižení je ještě ztíženo převodní oboustrannou poruchou sluchu a epilepsií. Kontakt chlapce s matkou probíhá sporadicky (1x za rok), babička si Robíka občas bere na pobyt, ale chlapec není schopen rozlišit ji jako blízkou osobu od cizích. Vyžaduje zvlášť náročnou péči, kterou by byli schopni zajistit mimořádně zdatní pěstouni.



Tři sourozenci Marek, nar. 12/2008, Matouš, nar. 4/2011, a Soňa, nar. 4/2010, měli již v minulosti nařízenou ústavní výchovu, ale rodiče si vytvořili podmínky a soud dětí svěřil zpět do jejich péče. Rodina však nebyla schopna tuto péči zajistit dlouhodobě, děti byly výrazně zanedbané, rodina se často stěhovala. Muselo proto dojít znovu k nařízení ústavní výchovy. Děti jsou fyzicky zdravé, temperamentnější. Rodiče jsou menšinového etnika, o děti nyní projevují zájem telefonicky. Z důvodu vazby na biologickou rodinu hledáme pro děti pěstouny, kteří by byli schopni a ochotni podporovat kontakt s rodiči.



Tři sourozenci Bronislav, nar. 12/2008, Daniel, nar. 4/2010, a Irena, nar. 8/2011, jsou umístěni z důvodu nedostatečné péče rodiny v dětském domově. Původně byli přijati s nejmladším sourozencem, tomu se však podařilo zprostředkovat pěstounskou péči. U Irenky je konstatována

hraniční psychomotorická retardace a opožděný vývoj řeči. Daniel trpí strabismem a tu-pozrakostí, nosí brýle. Nejstarší Bronislav je zdravý, má sklony k dominanci a objevuje se i agrese k mladším dětem. Matka děti navštěvuje sporadicky s babičkou.



O Danielku, nar. 3/2019, pečuje od narození pěstounka na přechodnou dobu. Matka užívá návykové látky, otec v rodném listu holčičky není uveden, nikdo z širší rodiny o ni neprojevil zájem. Danielčin pozdější vývoj nelze spolehlivě předpovědět, byl u ní diagnostikován syndrom, který může mít za následek rozumové opoždění. Aktuálně její psychomotorický vývoj odpovídá věku. Matka byla zbavena rodičovské odpovědnosti, Danielka může být svěřena i do poručenské péče.



Eduard, nar. 8/2018, a Emánek, nar. 9/2019, jsou aktuálně umístěni v DC. Oba rodiče jsou uživateli návykových látek, zájem o děti zpočátku projevili členové širší rodiny, postupně ale zájem odpadl. Vývojově děti odpovídají věku, prospěla by jim péče pěstounů, s pří-padným kontaktem s rodiči.



Leona, nar. 11/2017, je holčička slovenské národnosti, menšinového etnika. Do DC byla přijata s matkou a dvěma sourozenci, otce nemá v RL uvedeného. Leonka je narozena předčasně, péče o ni byla náročná, matka ji nezvládala, proto dítě zanechala v zařízení. Aktuálně se holčička vyvíjí v mezích širší věkové normy, zdravotní stav je co do orgánového nálezu v normě, svaly jsou posilovány rehabilitací. Pro Leonku hledáme umístění v pěstounské rodině.



Izabela, nar. 10/2014, má jednoho z rodičů menšinového etnika. Byla svěřena do péče matky, ale vzhledem k tomu, že matka užívala návykové látky, převzal péči otec, který žil s přítelkyní. Tam se holčičce nedařilo dobře, bylo vysloveno i podezření na týrání a Izabela byla svěřena do pěstounské péče na přechodnou dobu. Jedná s o dívku komunikativní a kreativní, je vždy pozitivně naladěná. Nebývá nemocná, spíše se u ní projevuje nervozita. Potřebovala by péči pěstounů, kteří by jí poskytovali bezpodmínečnou lásku a přijetí, s nastavením rozumných hranic. Event. kontakt s rodiči je možný.



Sourozenci Ema, nar. 11/2017, Maxmilián, nar. 12/2014, a Marián, nar. 8/2016, jsou děti menšinového etnika, umístěné v dětském domově pro zanedbávání péče ze strany rodičů a současnou špatnou sociální situaci rodiny. Matka děti několikrát měsíčně navštěvuje, probíhá i kontakt s tetou, otec je ve výkonu trestu. Emička se vyvíjí v mezích širší normy, je zvýšeně aktivní, má velkou potřebu pohybu, soustředí se jen krátkodobě. Její předností je radost ze sociálního kontaktu. U obou chlapců došlo ke značnému pozitivnímu vývoji z podprůměru na úroveň lepšího průměru, největší pokroky udělali v řeči. Po zdravotní stránce jsou děti v pořádku, je mezi nimi vytvořena silná citová vazba. Je doporučováno jejich svření do dlouhodobé pěstounské péče společně, je třeba přitom počítat s kontakty v biologickou rodinou.

Vybíráme z archivu – rok 2003

Týrání rodiče

Zní Vám ten nadpis nesmyslně nebo nevěrohodně? Nedejte se mýlit, vedle týraných dětí mohou existovat a existují i týrání rodiče.

Nemám na mysli „týrání“ potřebami dítěte – tedy například tím, že se rodiče nevyspí, protože dítě má noční děsy a každou noc k němu musí někdo vstávat nebo tím, že má problémy ve škole a učení se s ním nás stojí pěkné nervy (nebo, jak máme někdy tendenci říkat – „stojí nás to roky života“) než si alespoň něco osvojí. Nemám na mysli ani problémy v chování, které jsou dány jednak geneticky a jednak tím, co dítě prožilo. Mám na mysli opravdové – i když třeba nevědomé nebo plně neuvědomované – týrání rodičů.

Jednou z forem týrání, kterou některé děti intuitivně používají, je citové vydírání. Děti v tomto směru používané varianty jsou rozmanité, ale dají se shrnout do jedné věty „ty mi to nechceš dát (nebo dovolit), protože mě nemáš rád(a), protože stejně nejsem Vaše“. Od pubertálních dětí toto můžeme slyšet i v rodinách s biologickými potomky ve formě „já určitě nejsem vaše a nemáte mě rádi, protože to byste se ke mně takhle nemohli chovat“. Jsem přesvědčena, že je zde na místě dítě (je jedno jak získané) ujistit o tom, že je máme velmi rádi a právě proto, že nám na něm velmi záleží, se k němu takto chováme.

Další formou týrání rodičů jsou rituály, které dítě vyžaduje od rodičů a teprve po jejich splnění je – někdy – ochotno poslechnout rodiče. Již u malých dětí se setkáváme s požadavky na celou řadu únavných (pro rodiče) rituálů v souvislosti s jídlem, oblékáním nebo usínáním. Opět

nemám na mysli faktické problémy dětí, ale jejich výmysly na týrání rodičů. A tak rodiče – z obavy, aby dítě v bytě, kde jsou všechny k tomu určené prostory naplněny jídlem, nezemřelo hladu a snědlo potřebné vitamíny – místo klidného oběda, běhají kolem stolu a hrají dítěti divadlo, čtou mu po celou dobu oběda, a podobně a sami pak někde zhltnou vystydý oběd. Podobné to může být s oblékáním, kdy se dítě dožaduje pomoci, kterou nepotřebuje a ještě se snaží zablokovat příslušný oděv a tak se rodiče s dítětem dřou až do úpadu, aby na ně navlékli šaty.

Jsem zastánce rituálního ukládání dítěte do postýlky, nemělo by chybět pomazlení, pochválení společně prožitého dne, ujištění, že bude někdo z rodičů poblízku (alespoň u malých dětí). Neměla by chybět denně pohádka nebo písnička. Jsem i proto držet úzkostlivé děti za ruku než se uklidní a usnou. Nejsem ale zastánce nepřiměřeně zbytných večerních rituálů, které opět slouží k týrání rodičů. Známe děti, které odmítají, aby jim četl pohádku – podle možnosti a času – kdokoli jiný než matka. A pokud svého nedosáhnou, dokáží ječet i velmi dlouho. Většinou je tato doba úměrná tomu, jak si dítě zvyklo prosazovat svoji, jak bylo se svým křikem úspěšné.

Známe rodiny, kde děti denně diktují rodičům, kde budou rodiče spát, kolik musí přečíst stránek či pohádek. Známe i rodiče, kteří mají obavu, že při čtení pohádek usnou a jaké sankce z toho dítě vyvodí. Ne, opravdu nepřeháním. Jak se vyhnout situaci, aby se z našeho dítěte nestal tyran a my rodiče tyranizovaní? Jednou a možná jedinou naší zbraní je vlídnost, ale důslednost. Od prvního dne, kdy přijdeme s dítětem domů, je nutné vytvářet rituály, které budeme

striktně dodržovat a které budou dobré, příjemné a vhodné jak pro naše děti, tak také pro nás.

Občas, když o tomto hovořím s rodiči, slyším, my to víme, ale když naše dítě nejvíc vyvádí před lidmi a když mu nevyhovíme, sousedé nám to vytýkají. Říkájí, že jsme na dítě zlí a zvlášť, když vědí – a to vědí – že je z dětského domova, říkají nám: „Víte vůbec co to dítě vytrpělo a vy teď takto“. Někdy mají dokonce rodiče s dětmi v náhradní rodinné péči strach, aby si sousedi na ně nestěžovali na OPD.

V takovém případě Vám nezbyvá nic jiného, než vyměřit přesné mantinely i vůči sousedům. Vy sami si musíte odpovédět na otázku, zda děláte pro dítě to, co považujete za správné, zda Vaše postupy jsou přiměřené a proč. Pak můžete klidně sousedům sdělit, že na rozdíl od nich jen Vy opravdu víte, jaké dítě máte doma a co to dítě potřebuje. Eventuelně jim taktně naznačte, že by bylo vhodné, aby si zametali před vlastním prahem.

Zvláštní kapitolou jsou týraní rodiče, kteří vychovávají dítě tak problémové, že nemůže v rodině žít. Z pocitů, že jsou to oni, kdo situaci nezvládá, se nechají tyranizovat a často nechají tyranizovat i ostatní děti, ve snaze pomoci dítěti, které není schopné jejich nabídku přijmout a chovat se tak, aby neubližovalo ostatním členům rodiny.

Vím, že je velice těžké vzdát se přijatého dítěte a přiznat si, že toto dítě není schopno začlenění do naší rodiny a možná do žádné rodiny. Je to ale občas nezbytně nutné proto, abychom neničili zbytek rodiny, sebe a třeba i proto, aby takové „kukaččí mládě“ nezabíralo v rodině místo, které by jiné dítě potřebovalo, ve kterém by prospívalo, a které by

bylo schopné stát se součástí rodiny. Tato situace vyžaduje především uvědomit si, že naše snaha a láska nemůže změnit celý svět. Uvědomit si, že nějde o naše selhání a není nutné mít pocity viny vůči tomuto dítěti, ani pocity selhání vůči sobě.

A tak už jen závěrem: každý z nás, kdo někdy vychovával nebo vychová dítě, udělá neúmyslně chyby – na vzdělání rodičů nezáleží, všichni jsme chybuující. Největší chybou ale je, když z obavy, abychom nechybovali, neselhali, dovolíme dítěti, aby nás tyranizovalo. Je to velká chyba nejen vzhledem k našim omezeným a věkem ubývajícím silám, ale především vzhledem ke všem zúčastněným dětem a vzhledem k malému tyranovi obzvlášť.

Podívejme se na tuto situaci do pohádky. Netvrdím, že by Popelka měla být tak tvrdě vedena k práci a nepřiměřeně trestána, ale tvrdím, že taková Popelka vedená k samostatnosti a zodpovědnosti má v dospělosti větší šance na dobré začlenění do společnosti a na prožití spokojeného života, než její rozmazlená a matku tyranizující nevlastní sestra či sestry, ať už se v různých variantách pohádek vyskytují v jakémkoli počtu a pod jakýmikoliv jmény.

PhDr. Zdislava Tuláčková

Psycholožka zaměřená na rodinnou problematiku, pracovala v Poradně pro rodinu, manželství a dítě, přednášela na FF a PedF MU. Byla dlouholetou spolupracovnicí SPR, kde pomáhala připravovat programy pobyty pěstounských rodin a vedla semináře pro pěstouny. V SPR se také podílela na psychologické péči o přijaté děti.

Týrané děti

Slovo týraní bychom mohli definovat jako neadekvátní, zlé zacházení s dětmi. Nebo jako hrubé chování, které trvá většinou delší dobu. Jedná se tedy o ohrožování dětí prostředím. Pod pojmem týrané dítě si většinou představíme hubené tělíčko na pavoučích nožkách, plné ran a hladové. Jenomže děti lze týrat rozmanitým způsobem. Týraní dětí může být tělesné (do této kategorie patří i nepřiměřené tresty), ale může být také citové.

Jsem stoupencem názoru, že děti se nemají bít vůbec. Je to velmi pokořující způsob trestu. Vím ale také, že snad každému z nás rodičů někdy „ulítne ruka“. Pokud nám v situaci, kdy nás naše dítě vytočilo nad normál takto uletí ruka směrem k zadečku dítěte, nepovažuji to za týraní. Dítě jistě pozná, že už nás rozběsnilo na maximum a nás zabolí ruka a tím se nám uleví.

Týráním ale podle mě je i jeden lepanec na zadek, pokud jej rodič provádí bez emočního doprovodu, s chladnou hlavou nebo v rodině dokonce existuje předně odstupňovaný počet ran za určité prohřešky. Znalá jsem rodinu, kde na ledniče byl otcem přesně vypracovaný, a bohužel v rodině dodržovaný počet ran za příslušné prohřešky. Dovedete si představit, že kdykoli jdete do ledničky nebo kolem ledničky, čtete si, za co vás rodiče potrestají a jak. Za nepřiměřené trestání považují bití čímkoli – páskem, vařečkou, atd. K fyzickému týraní patří také trestání tím, že odmítnu dát dítěti dostatek potravy nebo dám potravu nevhodnou.

Jaké může být emoční týraní? Například nepřiměřená a stálá kritika dítěte. Rodiče dítě nikdy nepochválí, ale neustále na něm hledají chyby. Dítě neustále slyší jak je špatné, zlé, hloupé, k ničemu. Ještě vylepšená forma týraní

spočívá v tom, že rodiče dítě srovnávají s jiným dítětem, v jejich podání dokonalým dítětem. Určitým typem týraní je i sociální izolace, dítě je prakticky stále samo, bez bezpečné ochrany dospělého.

Jednou z velmi krutých forem týraní je citové vydírání, např.: „jestli nesníš tu polévku, tak mě nemáš rád.“ Nebo silnější forma: „jestli si ještě jednou zapomeneš ve škole rukavice, tak tě nikdo nebude mít rád.“ A ještě lepší: matka nebo otec říkají: „jestli ještě jednou rozbiješ hračku,“ (nebudeš mít lepší známky) tak tě nebudu už nikdy mít rád/a.“ Další možností je na dítě nepřiměřeně dlouho nemluvit a tvářit se, že ho nevidíme, neslyšíme, nezajímá nás, je pro nás vzduch – tím velmi ohrožujeme pocit bezpečí dítěte.

Můžeme dokonce spojit fyzické týraní s psychickým. Například když nutíme dítě, aby si zbraň, kterou bude bito, samo doneslo, aby po vykonané exekuci jasně sdělilo, za co bylo potrestáno a nebo dokonce, aby za exekuci poděkovalo.

Týraní – ať už psychické nebo fyzické (ale především psychické) – není pouze záležitostí rodiny. Vedle týraní v rodině existuje ještě institucionální týraní. Instituce, které v této souvislosti nejčastěji chybují jsou škola, dětské domovy, zdravotnické instituce a soudy.

Nedovedete si to představit? Ale ano, všichni známe situace, kdy ve škole vyučující už tónem dává najevo, že předpokládá neúspěch určitého žáka při zkoušení (no tak se nám pojd' předvést, nebo to jsme se zase něco dozvěděli, že, apod.).

Určitou formou týraní mohou být i poznámky a především to, vyžaduje-li učitel potrestání za poznámku a vyptává-li se dítěte jak bylo potrestáno. Já jsem přesvědčena, že poznámka je (nevhodný) trest a jakékoli další trestání doma za poznámku je další trest za jednu a tutéž věc a k tomu ještě za něco, u čeho jsme my rodiče vůbec nebyli a tedy nemůžeme řešit. Víte jak musí

být dítěti, které dostalo poznámku, a ví, že až otec přijde domů, bude tvrdě potrestáno. Jak mu asi ubíhají hodiny toho nekonečného odpoledne, než se doma strhne bouře za něco, co proběhlo kdysi ráno. A týrání nekončí, dítě ví, že ještě další den bude muset před celou třídou vyprávět, jak bylo potrestáno rodiči za školní problém.

Stejně tak se dítě může setkat s necitlivým přístupem ve zdravotnictví, které lze hodnotit jako týrání – např. lékař odmítne přítomnost rodiče při vyšetření dítěte a dítě se v cizím a chladném prostředí ordinace náhle cítí opuštěno. Nebo rodiče nemají možnost hospitalizace s dítětem. Vždyť onen tak často diskutovaný hospitalismus, tedy regrese dítěte po hospitalizaci, je prakticky reakce na nepřiměřené odloučení od rodiny, tedy týrání dítěte.

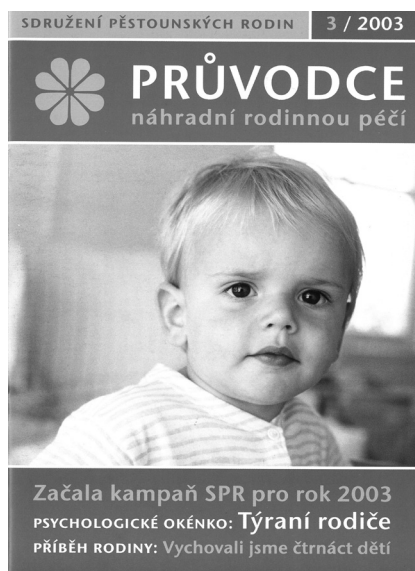
A soudnictví – nevhodné otázky, nevhodné vyšetřování dítěte, například při rozvodu rodičů, už jen dosti často používaná otázka: „chceš být s maminkou nebo s tatínkem?“ Na toto není odpověď, jediné snad: „chci být s rodiči“.

Určitě bychom našli i další instituce, kde nelze vyloučit prostor pro týrání dítěte – i když může být nevědomé, ale hledejme raději způsoby, jak mu předejít. Jak? Citlivým přístupem k dítěti, posuzováním jeho možností a mezí. Včasnou úvahou, zda naše požadavky jsou přiměřené a zda naše tresty jsou opravdu jen tresty za neposlušnost, nebo jde o naši agresivitu, nespokojenost se sebou či s dítětem, nebo naši neschopnost stanovit si přiměřené meze.

A především tím, že cit, jakým je rodičovská láska, by měl být stále daný a v žádném případě by se neměl používat jako zbraň, která dítě donutí k plnění povinností.

Přeji nám všem, ale především našim dětem, abychom se nikdy s týráním jakoukoli formou nesetkali. A pokud se s ním setkáme, abychom ho dokázali rychle poznat a odmítnout.

PhDr. Zdislava Tuláčková



Články *Týrané děti* a *Týrání rodiče* byly otištěny v *Průvodci NRP* v roce 2003. Z archivu vybíráme jako připomínku 25. výročí Sdružení, které už od roku 1995 pomáhá, podporuje a doprovází pěstouny a jejich děti. Časopis *Průvodce NRP* vydáváme od roku 1997.

Co zjistila inspekce poskytování sociálně-právní ochrany v Kroměříži?

Inspekce je v životě většiny lidí spojená s třídou dětí, přísnými inspektorkami v poslední lavici, rozechvělými učiteli. Zažívali jsme zásah vyšší moci. Jak už to má člověk v sobě, i my jsme prožívali napětí od první zprávy o vyhlášení inspekce sociálně-právní ochrany, přes únorové zazvonění inspekčního týmu u dveří na Soudní 9 v Kroměříži až po 11. březen 2020, kdy jsem převzal závěrečný protokol.

Celý tento proces je jistě spojený s kontrolou, ale navíc je pro nás obohacující o pohled zvenjšku. Zkušené inspektorky procházely všechny cesty, kterými se snažíme pomoci ohroženým dětem skrze pěstounské rodiny. Nejen pečlivě, skutečně pečlivě, pročetly všechny naše dokumenty, ale to, co je psáno, si potvrzovaly v setkáních s jednotlivými pracovníci a také s pěstounkami. Po třech dnech usilovné práce jsme se rozloučili.

Moc rád bych poděkoval Sylvě Dvořáčkové a Aleně Vítkové s Romanou Gerátovou, Lucií Frydřichovou a Barborou Kuželovou za přípravu a především za každodenní věrnou a pečlivou práci s dětmi a jejich rodinami. Za jejich ryzí nasazení být tu pro děti. Chtěl bych poděkovat také paním inspektorkám, které nám ochotně pomáhaly otevřít nové pohledy na práci s rodinou a hledat řešení otázek, které se v rodinách s přijatými dětmi kladou.

Měsíc po té jsem převzal protokol, který potvrdil zisk plného počtu bodů za naši dobrou práci v Kroměříži. S hrdotí a ochotou ji nabízíme dalším rodinám.

Pavel Šmýd,
předseda Sdružení pěstounských rodin z.s.



Přednáška doc. Sobotkové na téma: PŘECHODNÁ PĚSTOUNSKÁ PÉČE POHLEDEM PSYCHOLOGA A DÍTĚ V NRP A KONTAKT S BIOLOGICKOU RODINOU

Doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc. je jednou z předních odbornic v oblasti NRP v České republice. Pěstounské péči se intenzivně věnuje od doby svých studií. Ve své práci se drží odkazu profesora Matějčka, se kterým po dlouhá léta spolupracovala. Od roku 1994 se věnovala konkrétní práci s pěstounskými rodinami: Připravovala vzdělávací pobyty pro pěstouny i programy pro přijaté děti a dospívající, věnovala se psychologickému poradenství, tvorbě metodických materiálů a publikační a vědecké činnosti. V současné době působí na Palackého univerzitě v Olomouci. Vyučuje zde i předmět Psychologie v NRP. Je členkou sekce pro náhradní rodinnou péči při Českomoravské psychologické společnosti. Pěstounská péče zůstává jejím srdečním tématem.

V přednášce pořádané pro Sdružení pěstounských rodin představila Irena Sobotková své poslední uskutečněné výzkumy. Zaměřují se zejména na oblast kontaktů s biologickou rodinou, fungování přechodné pěstounské péče, možnosti sanace biologické rodiny a s ní spojené návraty dětí do původní rodiny. Od roku 2000 byly v České republice ve velké míře přejímány modely ze zahraničí, zejména z Velké Británie. Nebyly však dostatečně reflektovány slabiny zahraničních modelů. V té stejné době byla v Británii zveřejněna řada studií, která poukazuje na chyby, ke kterým v britském modelu pěstounské péče dochází. V odborné literatuře je konstatováno, že návraty dětí do biologické rodiny jsou velmi často spojené s negativními dopady. Také je zde řečeno, že kontakt s bio-

logickou rodinou je pro děti neproblematicky jen v 6 % případů. K podobným závěrům dochází odborné studie z Německa. Mluví o tom, že kontakty s biologickou rodinou v sobě nesou velká úskalí a rizika a jsou zátěží pro celou pěstounskou rodinu. Kritizováno je též pojetí pěstounské péče jako služby, jak byla pěstounská péče chápána zejména v 70. letech 20. století.

V České republice zbytečně dochází k opakování těchto chyb:

- Děti střídají prostředí.
- Pohled na kontakty s biologickou rodinou je nekritický.
- Jsou přeceňovány pokrevní vazby bez ohledu na funkčnost rodiny.

Z výzkumů, které byly realizovány v letech 2000 až 2017 vyplývá, že příčinou umístění dětí mimo rodinu je ve velké části případů nezáměr rodičů o děti, dále se zde často vyskytují závislosti (jedna třetina případů), domácí násilí, týrání a zanedbávání dětí. Děti nejsou odebírány z rodin z banálních důvodů. Nezáměr rodičů a zanedbávání u malých dětí nelze zlehčovat. Malé děti jsou zcela odkázány na pomoc svých rodičů. Významný je též průzkum Sekce pro náhradní rodinnou péči při Českomoravské psychologické společnosti realizovaný ve spolupráci s krajskými úřady, který byl zaměřen na analýzu fungování přechodné pěstounské péče. Do výzkumu se zapojilo pět krajských úřadů. Průzkum došel k těmto závěrům:

Při umístění dítěte do PPPD se většinou nepodaří překlenout krizi rodiny. Z přechodné pěstounské péče se vrací do biologické rodiny pouze 17,8 % dětí. Návrat do biologické rodiny však ještě neznamená, že se podmínky v rodině upravily. Děti jsou vráceny do biologické rodiny na „zkoušku“. Bývají odebírány opakovaně, často s novými traumatickými zkušenostmi nebo s újmou na zdraví. Děti starší šesti let se z přechodné pěstounské péče vrací do ústavních zařízení. Nenaide se pro ně pěstounská rodina. Sekce pro náhradní rodinnou péči proto navrhuje limitovat lhůtu pro sanaci biologické rodiny maximálně šesti měsíci. Hlavním důvodem je, že se dává opakovaně šance rodičům, dítě však současně ztrácí naději na rodinu. Dalším důvodem je úzkost sedmého měsíce u dětí. Dítě naváže specifickou citovou vazbu na dospělého, pak je nutné tuto vazbu opět zprůtrhat.

V další části přednášky se docentka Sobotková zaměřila na téma identity přijatých dětí a kontaktů s biologickou rodinou. Identita dítěte je častým argumentem pro realizaci kontaktu s biologickou rodinou. Taková argumentace je však scestná. Jsou zde zaměřovány dvě odlišné věci: Potřeba dítěte znát svůj původ, své kořeny a potřeba kontaktu s biologickou rodinou. Zdravou identitu si dítě buduje na základě faktu, že je přijata nová rodina, která je má ráda, kam dítě patří. Pozitivní identita se vytváří na základě funkčních vztahů v nové rodině (přináležení, identifikace). Profesor Matějček varoval před přeceňováním pokrevních vazeb. „Neexistuje hlas krve...“, dítě za své rodiče přijímá ty, kdo se k němu mateřsky a otcovsky chovají a mají je rádi“ (Z. Matějček) Kontakt s biologickou rodinou je trend nastavený zákonem. Chybí zde však ohled na individuální příběh dítěte a na jeho potřeby. Kontakt nikdy není dobrý sám o sobě.

Je potřeba klást si otázky: Co má kontakt dítěti dát? Nyní i do budoucna? V čem je kontakt pro dítě přínosem? Je dítě po kontaktu s rodičem klidnější a spokojenější? Současně je možné využívat různé druhy kontaktu (dopisy, telefon, internet). Kontakty nesmí bránit procesu sžívání dítěte s novou rodinou. Dítě musí své situaci rozumět. Musí vědět, kde je doma.

Závěrečné teze:

- Hlavním úkolem je v zájmu dítěte co nejdříve objasnit perspektivu dítěte ve vztahu k vlastní rodině, zjistit, zda je či není možný návrat domů. Pokud není časově limitovaná pomoc rodině efektivní (podmínky v rodině se nezlepší), není návrat dítěte možný. V tom případě je potřeba zajistit dlouhodobou rodinu.
- Děti potřebují někam patřit, vytvořit si bezpečnou citovou vazbu a vědět, kde jsou doma.
- Pěstouni jsou psychologičtí rodiče přijatých dětí, ne poskytovatelé služby. Jinak ztrácí dlouhodobá pěstounská péče svůj terapeutický charakter.
- Je třeba pečlivě zvažovat vhodnost kontaktu dítěte v dlouhodobé pěstounské péči s biologickými rodiči. Při tom musí být vždy jasný smysl a přínos kontaktu pro dítě a je nutné brát ohled především na: předchozí fungování rodiny, kvalitu vztahu dítě – rodiče, vzpomínky a zážitky dítěte, jeho názor a přání, pravděpodobnost návratu dítěte do biologické rodiny.
- Jsou-li zájmy rodiče a dítěte v rozporu (nesouladu), má přednost zájem dítěte.
- Je nutné maximálně podpořit dlouhodobou pěstounskou péči.

Mag. Alena Vítková

Příběh domu na půli cesty se uzavírá

Nepíše se mi tento poslední příspěvek do Průvodce lehce. Podivné a nestandardní jsou všechny okolnosti a souvislosti, které ke konci pobytové služby Dům na půli cesty ve Velkém Dvoře u Pohořelic vedou. Když jsme v roce 2012 slavili deset let, panovala podstatně jiná doba a celková společenská atmosféra. Evropské fondy, které mj. podporovaly rozvoj sociálních služeb v Česku, se velmi výrazně projevovaly v nabídce i finanční podpoře sociálních služeb. Ostatně, svědčí o tom i bulletin, který jsem k desátému výročí našeho Domu tenkrát sestavil. Sociální práce s vymezenou věkovou skupinou mladých dospělých do 26 let věku nebyla nikdy jednoduchá. Nejednotný výklad základní definice, komu má být služba poskytována, vedl v průběhu roku 2018 a hlavně v roce 2019 k postupnému omezování okruhu podpořených osob, a tím i plíživé likvidaci tohoto typu služby. Stručně a jasně řečeno: skončila společenská poptávka a podpora této služby. Neujasněné formy spolufinancování ze strany kraje a obcí, v nichž měli uživatelé služeb trvalé bydliště, nekompromisní postup úřadu práce vůči těm, kteří pobírali dávky v hmotné nouzi a příspěvek na bydlení, šly ruku v ruce s neschopností přijatých uživatelů naplňovat jednu ze základních podmínek poskytování služby, totiž úhradu za tyto služby. V podstatě nás dovedly až na pokraj propasti.

Za této situace jsme se rozhodli agonii dále neprodlužovat a požádali jsme počátkem roku 2020 o ukončení registrace naší služby. Jihomoravský kraj naší žádosti bez připomínek obratem vyhověl. Bylo to už ve chvíli, kdy se svět dovídal, že v Číně vypukla nebezpečná epidemie koronaviru. Nyní se nacházíme v prazvláštní situaci. K zastavení šíření této epidemie vyhlásila česká vláda stav nouze, povinnost nosit ochranu úst a nosu, co nejméně cestovat a stýkat se s jinými lidmi. I výkon naší služby je tímto opatřením totálně ochromen.

V podstatě čekáme až 15. dubna 2020 náš Dům uzavřeme a rozloučíme se s posledními pěti klienty. Kam půjdou? To dneska neví nikdo, protože nikdo v celé republice nepočítal, že mezi námi žijí také lidé bez domova. Držet je u nás, je nesmysl, další prostory pro lidi bez domova začal Jihomoravský kraj a jednotlivá města a obce hledat uprostřed třetího březnového týdne. Možná jim bude vyčleněn nějaký brněnský hotel, mluví se o volných prostorách bývalých židenických kasáren.... Každopádně je třeba je umístit do objektů, které budou hlídány, a v případě potřeby lze takový objekt uzavřít před okolním světem. To bohužel náš Dům na půli cesty umístěný v nádherném prostředí rekonstruovaného bývalého loveckého zámku Leopoldsdruhe ve Velkém Dvoře nikdy nesplňoval. Byl to také jeden z nejvýraznějších hendikepů naší služby.

Přesto všechno jsem přesvědčen, že naše služba měla ve své době smysl a opodstatnění a dokonce jsem takový optimista, že věřím, že podobná forma sociální služby bude mít po odeznění koronavirové epidemie opět šanci. Budou se však muset její poskytování a místa, kde bude poskytována, trochu jinak definovat. Nic totiž nebude jako dříve. Nás může těšit, že jsme se snažili pro určitou skupinu mladých dospělých, kteří vyrůstali bez domova nebo bez funkčního rodinného zázemí, vytvořit aspoň v malé etapě jejich života kvalitní zázemí a poskytnout jim pocit jistoty a normální komunikace bez předsudků, jichž se jim v běžném životě nedostává nebo dostává jako šafránu. Že si toho určitá část nevážíla, že až později jim došlo nebo dochází, že v životě nic není zadarmo, to už je zase jiná kapitola.

Pokusil jsem se spočítat, kolika mladým lidem jsme během necelých osmnáct let poskytli zázemí, podporu a pomoc. K 21. březnu 2020 to bylo 242 unikátních klientů. K tomu je třeba přičíst skutečnost, že řada klientů využila naší

služby opakovaně, čímž se počet podpořených osob blíží třem stovkám. Vyprávět by mohl třeba mladý muž S., který první smlouvu podepsal v den svých osmnáctin, kdy ho k nám dovezli zástupci výchovného ústavu, v němž do té doby pobýval. V průběhu let se k nám ještě třikrát vrátil a můžu říct, že jsem pozoroval přeci jenom jakés takés zlepšení jeho přístupu k životu a k plnění povinností. Když u nás pobýval vloni naposledy, odcházel s minimálním dluhem za poskytované služby, což se bohužel o jiných našich uživatelích říci nedá. Dostávali se k nám s osobními dluhy, o různé formy sociálních podpor velmi brzy vlastní vinou přicházeli a v zaměstnáních se pořádně ani neohřáli. Ve chvíli, kdy byl pracovní trh nasycen, hledali tito lidé trvalé zaměstnání jenom obtížně, zůstávaly jim pouze krátkodobé brigády...

Při takovém bilancování se zaslouží taky poděkovat těm, kteří nás dokázali nezištně podporovat, pomáhali nám a měli pochopení pro naši práci a naše poslání. Nejde poděkovat všem jednotlivcům, ale za všechny bych jmenoval třeba rodinu pana Jiřího Ferbyho,

pana Šátka, od něhož jsme svého času brali seno, manžele Šimonovské či pana Lavičku ze Šumic. Největší dík patří pěti podporovatelům a řadě nadací a nadačních fondů. Jsou to především tito: Rotary club Valtice – Břeclav, Soroptimist International Club Brno I. (SI Club Brno I.) neboli sororky, Metrostav a.s., BMK servis s.r.o. a Potravinová banka pro Brno a Jihomoravský kraj, z.s. Hlavně v dobách budování služby a rekonstrukce zámku našemu Domu pomohly desítky jednotlivců a firem. Všem patří náš velikánský dík. A podobně patří dík všem, kteří službu doslova „vydupalí ze země“ a všem, kdo zde v průběhu necelých osmnácti let na různých pozicích pracovali.

Vážení přátelé, kolegové a kolegyně, velký dík za vaše nasazení a vaši práci. Další etapa v činnosti Sdružení pěstounských rodin z.s. právě končí, jiná možná začíná a my o tom ještě nevíme. Já osobně se budu mezi vás rád vracet. Nezapomínám, že jsem s vámi strávil téměř deset let svého života. Tak díky a nashledanou.

Ladislav Nevřkla



Děkujeme všem obětavým lidem a firmám, které podporují naši činnost finančně, věcnými dary a nebo dobrovolnickou prací. Těší nás, že společně s Vámi můžeme přispět k tomu, aby děti vyrůstaly v milující rodině.

Našími partnery v roce 2019 jsou:

SAMOSPRÁVA

Jihomoravský kraj • Magistrát města Brna, Odbor zdraví • Magistrát města Brna, Odbor školství mládeže a tělovýchovy • Město Pohořelice • Městská část Brno-Řečkovice

NADACE, NADAČNÍ FONDY

Evropský sociální fond, Operační program Zaměstnanost • Nadace Komerční banky, a.s. – Jistota

FIRMY, INSTITUTE A SPOLEČENSTVÍ

AGROAD s.r.o. • Audit Brno, s.r.o. • BMK servis s.r.o. • Centropen, a.s. • Comax Bowling s.r.o. • Česká kongregace sester dominikánek • Česká provincie sekulárního institutu Schönstattské sestry Mariiny • Čokoládovny Fikar • DELIKOMAT s.r.o. • Dětský lékař Modřice s.r.o. • Diecézní charita Brno • EUROGALAXIE s.r.o. • ELEKTROWIN a.s. • GRIFART, spol.s.r.o. • GSP RAFINERIE s.r.o. • Chata Štvanice • Komunita sester Těšitelek Božského srdce Ježíšova • Kongregace Milosrdných sester III. řádu sv. Františka pod ochranou Svaté rodiny • Metrostav a.s. • Penam, a.s. • Planet Bowling Olympia Brno • Potravinová banka pro Brno a jižní Moravu • Retry s.r.o. • Rotary klub Valtice – Břeclav • Římskokatolická farnost Brumovice • Římskokatolická farnost Břežník • Římskokatolická farnost Jinošov • Římskokatolická farnost Lomnice u Tišnova • Římskokatolická farnost Sloup v Moravském krasu • Římskokatolická farnost Uherčice • Římskokatolická farnost Velké Bílovice • Sestry dominikánky • Soroptimist Int. Club Brno I. • Wellness Kuřim s.r.o.

INDIVIDUÁLNÍ DÁRCI

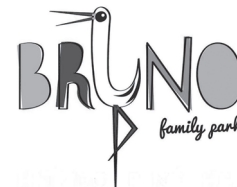
Eva Bártová • Marie Bednářová • Ludmila Běhanová • Jana Bílková • Zdeňka Bouzková • Bohumil Bradáč • Bohdanka Braunerová • Bc. Zuzana Bročková • František Brůna • Marie Citterbardová • Michal Cvingraf • Jan Čajka • Ing. Miroslav Černý • Magdalena Čoupková • Zdenka Čurdová • Roman Diviš • Přemysl Dížka • MUDr.

Vladimír Dadák • Petr Doležal • Jiří Drozd • Olga Dvoroková • Ing. Blanka Drápalová • Jindřiška Dvořáková • RNDr. Milana Faltusová • Jiří Ferby • Růžena Frantová • MUDr. Hana Gavendová • Arnošt Goldflam • Josef Grolich • Ladislav Grunda • Martina Handlová • Josef Havelka • Josef Havlát • Petr Havlát • Jana Hejlová • Vlasta Heroldová • Jaroslav Hladík • Marie Hofírková • Ing. Petr Hochman • Vladimíra Holasová • Vladimír Homola • Tamara Horáková • Jaroslava Hudcová • Marie Chrástková • Margita Illovská • Ing. Stanislav Janků • Ervín Jansa • Jiří Jeniš • Marie Ježová • Ing. David Jílek • Jaroslav Jundra • František Kania • PhDr. Ivan Kania • Pavel Kaupa • RNDr. Jiří Koch • Ing. Tomáš Koláček • Pavel Konzal • Kopřivovi • Karla Kovaříková • František Kozubík • Dobroslava Kricklová • Petr Kucharčík • Pavel Lacina • Ing. Petr Levák • Ing. Jiří Líba • RNDr. Milan Líbezný • Zuzana Linhartová • Jiří Liška • Marie Maděřičová • Marečkovi • Vladimíra Marvánová • Alois Medla • Viktor Mechl • Mgr. Jiří Mikulášek • Ludmila Moravcová • Jiří Moucha • Kateřina Mrázková • Monika Náležinská • Jan Nekuda • Helena Nerudová • Jan Nosek • Václav Novák • Marcela Novotná • MUDr. Jindřich Olšovský • Jana Osmíková • Mgr. Šárka Pantůčková • Jiří Pavlica • Petr Pawlica • Jenovefa Petřů • Tomáš Polách • Severin Pošta • Josef Požár • Ing. Jiří Prudký • Hana Ráčková • Mgr. Pavel Rajmic • Martin Rája • Joachim Rothkögel • Magda Rothkögelová • Ing. Luboš Rumian • Monika a Břetislav Rychlíkovi • Ing. Josef Ryšavka • Elena Sebíňová • Mgr. Stanislav Skříčka • Miroslav Slach • Karel Slanina • Dita Smýkalová • PhDr. Irena Sobotková • Mojmír Solář • Jiří Sovadina • Jiří Suchánek • Ing. Václav Svoboda • Libor Ševčík • Ing. Ivo Šilhánek • Hedvika Šimíčková • Ing. Pavel Šimonek • Jana Šimonovská • MUDr. Ondřej Škoda • Jaroslav Šturma • MUDr. Milan Šulc • Ladislav Šustr • Ing. Josef Švec • Libuše Tarabová • Stanislav Valenta • Magda Vaňková • Magda Váňová • Mgr. Karin Vavrošová • Petr Vázler • Radek Vichr • Renata Vintrová • Ing. Hana Vlachová • Jitka Vybíralová • Jitka Vyhlídalová • Jaroslav Vysloužil • Milada Wurmová • Josef Zahradník • Irena Zahradníková • Ing. Jan Zachoval • Iva Zemanová

Děkujeme!



maxprogres...



jihomoravský kraj



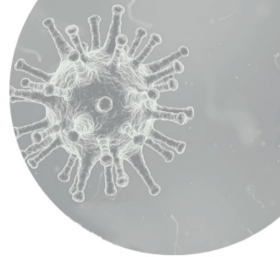
supported by

• Visegrad Fund



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Projekt Vybrané služby sociální prevence na území Jihomoravského kraje, registrační číslo CZ.03.2.60/0.0/0.0/15_005/00 07741 je financován z Evropského sociálního fondu, Státního rozpočtu ČR a rozpočtu Jihomoravského kraje prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost.



Naše **rodiny ujišťujeme**, že po dobu trvání krizových opatření v souvislosti s koronavirem stále mají možnost **obracet se na své klíčové pracovníky**, popř. vedoucí poraden a psycholožky, kontaktovat je telefonicky či emailem za účelem poskytnutí poradenství, týkajícího se výkonu pěstounské péče.

Vzdělávací programy jsou dočasně pozastaveny.

Krizovou telefonickou intervenci nabízí PhDr. Alena Michalová, psycholožka Sdružení, volejte: 731 507 401. Sdružení zřídilo **poradenský email karantena@pestouni.cz**, kde poskytujeme poradenství právní, psychologické, sociální apod.

Na **str. 4** tohoto vydání Průvodce NRP uvádíme **přehled užitečných webových stránek, kde najdete pomůcky pro domácí výuku, ale také hry, výtvarné techniky a knížky ke stažení**

**Přejeme vám dobré zdraví
a co nejhezčí Velikonoce**

pracovníci SPR

