

Prejavy CAN syndrómu (týraného, bitého a zanedbávaného dieťaťa) u detí v ambulancii pediatra

Doc. MUDr. Igor Škodáček, CSc.

Klinika detskej psychiatrie LF UK a DFNSP, Bratislava

CAN syndróm predstavuje čoraz vážnejší komplex rôznych foriem týrania, bitia, zanedbávania a zneužívania detí od raného detstva po dospelosť. Má závažné dôsledky v duševnom a telesnom vývoji dieťaťa. Každá forma CAN syndrómu má charakteristické znaky, ktoré umožnia pediatrovi uvažovať o danej forme syndrómu. Pri diagnostike, terapii a prevencii CAN syndrómu u detí sa vyžaduje úzka interdisciplinárna spolupráca vrátane úradu komisára pre deti – detského ombudsmana.

Kľúčové slová: formy CAN syndrómu, diagnostika, terapia a prevencia.

The characteristics of CAN syndrome at children in the pediatrician's outpatient facility

The Child Abuse and Neglect (CAN) syndrome represents more and more serious complex of the various forms of cruelty, beating, neglect and abuse of children in the span of their early childhood up to the adulthood. It has serious consequences on the child's psychic and somatic development. Each form of the CAN syndrome has characteristic features which enable to consider pediatrician on given form of the syndrome. The diagnosis, therapy and prevention of CAN syndrome at children requires close interdisciplinary cooperation including of the function of so called children's commissioner – child ombudsman.

Key words: forms of CAN syndrome, diagnose, therapy and prevention.

Úvod

V klinickej praxi sa pediater stretáva i s prejavmi násilia uskutočňovaného na deťoch. Ide o každú formu ubližovania, prejavu nadvlády, zneužívania moci, vyhrážania, fyzického, sexuálneho a psychického nátlaku na dieťa. V posledných rokoch dochádza ku skutočnému zvyšovaniu incidencie týrania detí, čo je podmienené všeobecne sa zvyšujúcou agresivitou a kriminalitou v spoločnosti. V Čechách a na Slovensku sa vyskytuje 1 – 2 % týraných alebo zneužívaných detí, ktorým sa poškodzuje duševný a telesný vývoj (1). Ďalší vývoj dieťaťa je po traume opäť zákonitý, i keď s ovplyvnením identity, ktorá je odlišná od bežných vrstovníkov. Ak traumou jedinec nevie spracovať, vyrovná sa s ňou, vytvára sa posttraumatická stresová porucha – PTSD (posttraumatic stress disorder). PTSD je psychiatrickou diagnózou s výrazným anxióznym prežívaním. Za príčiny vzniku PTSD sa považujú vojnové skúsenosti, dopravné nehody, zážitky rukojemníkov, znásilnenia, úmrtia či ťažké zranenia niekoho blízkeho. Pri traumatizujúcom dlhodobom zneužívaní dieťaťa môžu byť klinické príznaky odlišné – so známkami popierania, disociácie, pohotovosťou na poruchy správania – čo ovplyvní vývoj osobnosti s narušením jeho socializácie. Podstatnou je úzkosť podieľajúca sa na maladaptácii osobnosti. Závažnosť a častosť príznakov býva najvyššia v prvých mesiacoch a následných 3 – 4 rokoch po traumatizujúcej

udalosti. Potom dochádza k ich zmierneniu, ale nevymiznú. U detí je klinický obraz traumatických stresových porúch modifikovaný vývojovými aspektami – kognitívnymi, emočnými, sociálnymi, a to najmä ak ide o zneužívanie, bitie a zanedbávanie, čiže CAN (Child Abuse and Neglect) syndróm.

Definície a epidemiológia CAN syndrómu

V roku 1962 americký pediater Kempe upozornil na problematiku bitých detí, neskôr označenú ako CAN syndróm. Tento pojem zahŕňa nielen aktívne formy ubližovania, ale aj rôzne pasívne formy. Podľa definície Dunovského (1) sa za týranie, zneužívanie a zanedbávanie dieťaťa považuje akékoľvek nenáhodné, vedomé (prípadne i nevedomé) konanie rodiča alebo inej osoby voči dieťaťu, ktoré je v danej spoločnosti neprijateľné alebo odmietané a ktoré poškodzuje telesný, duševný i spoločenský stav a vývoj dieťaťa, prípadne spôsobí i jeho smrť. Veľa detí s CAN syndrómom nie je ošetrovaných psychiatrami, ale obvodnými detskými či inými odbornými lekármi, ktorí uvádzajú rôznorodé údaje o ich počte. Za posledné obdobie vyšla iba jedna informačná práca o násilí na deťoch (2). V pilotnej štúdii Kliniky detskej psychiatrie LF UK a DFNSP z rokov 2001 – 2003 (3) bol zistený pomer chlapcov ku dievčatám so syndrómom CAN približne 2 : 1, čo zodpovedá riziku výskytu CAN syndrómu podľa pohlavia

Pediatr. prax, 2015, 16(1): 23–26

aj v literatúre. Týrateľmi boli prevažne otcovia či druhovia matiek, a rovnako pri sexuálnom zneužívaní. Pri sexuálnom zneužívaní bola prevažná úplnej rodiny v pomere 5 : 4. Podobný pomer bol aj pri týraní, zneužívaní fyzickom či psychickom, keď bol pomer 3 : 1 až 5 : 1 v zmysle úplná rodina k neúplnej. Zanedbávanie sa odohrávalo v úplných rodinách v pomere 2 : 1. Iba 11,1 % rodín bolo funkčných. Na 1 fyzicky týrané dieťa pripadajú 3 zanedbávané a ešte viac psychicky týrané. Odhaduje sa, že dve tretiny postihnutých tvoria deti mladšie ako tri roky. Na odborné pedopsychiatrické vyšetrenie príde na Slovensku asi 30-tina skutočne sa vyskytujúcich prípadov. Na Slovensku s 1 400 000 deťmi pri výskute CAN syndrómu u 1 až 5 % detí to predstavuje 14 až 70 tisíc nedospelých so zažitím takýchto stresových situácií (3).

Formy CAN syndrómu u detí a adolescentov

V prehľade sú uvedené formy CAN syndrómu v podobe skráteného odporúčania, na základe čoho je možné ich identifikovať už v ambulancii (1, 4):

- **telesné týranie aktívnej formy:** zatvorené/otvorené poranenia, mnohopočetné zranenia, tržné rany, podliatiny, bitie, zlomeniny, krvácanie, dusenie, otrávenie, popálenie, smrť. Pediater si všimá poranenia alebo popáleniny nevysvetliteľného pôvodu, ich opakovaný vý-

skyt, nepravdepodobné zdôvodnenia týchto poranení dieťaťom alebo rodičom. Majú modriny po celom tele, ale treba ich odlišiť od bežných modrín na laktách a kolenách. Deti sú väčšinou bité práve po iných častiach tela, majú arteficiálne alopecie a podobne. Dieťa sa preto nechce prezliekať na telocvik, prípadne chodiť v krátkych nohavičkách. Deti majú sklony k sebatrýzneniu a sebapoškodzovaniu, uhýbajú pri pohladení (čakajú facku), k dospelým pristupujú z boku. Prejavujú opakovaný strach ísť domov, chronicky utekajú od rodiny.

■ **telesné týranie pasívnej formy:** nedostatočná výživa až vyhladovanie, nedostatok v bývaní, ošatení, v zdravotnej a výchovnej starostlivosti. Takto týrané deti majú hltavé a rýchle jedenie, pomalý rast, neprospevanie. V popredí je zjavná letargia, apatia, vysoká unaviteľnosť, nedostatok záujmu, vyčerpanosť, slabá telesná hygiena – zápach, špinavé telo, oblečenie, časté ekzémy. Ich zdravotné potreby sa zanedbávajú, nemajú napríklad okuliare, nemajú ošetrované zuby, poranenia, sťažujú sa na bolesti.

■ **psychické týranie aktívnej formy:** nadávky, ponižovanie, vyhrážanie, strašenie, stres, šikanovanie, verbálna agresia. Deti prejavujú obavy z možného potrestania, sú nedôverčivé k dospelým ľuďom, ktorí sa deťom snažia pomôcť, alebo naopak, až príliš závislé od nich. Nachádzajú si opakované dôvody, prečo zotrúvať inde ako vo vlastnej rodine. Obviňujú sa za všetko možné, sú presvedčené, že ich nikto nemá rád.

■ **psychické týranie pasívnej formy:** nedostatok podnetov, zanedbanie duševné aj citové – deprivácia. V popredí je u detí nechápavosť, pasivita, ťažkopádnosť. Majú slabú slovnú zásobu, sú nesústredené, nevedia sa učiť, nemajú potrebné návyky. V správaní sú nevládnuteľné, prejavuje sa u nich delikvencia, kradnutie, žobranie, nechodia do školy, túlajú sa, abúzuju alkohol, drogy. Mnohé majú malú sebaúctu, vyskytuje sa u nich sebaublížovanie až suicidálne pokusy. Správanie býva nadmerne pasívne alebo naopak, extrémne agresívne. Môžu sa u nich vyskytovať rôzne neurotické prejavy a vo vývoji známky fyzického, mentálneho alebo emocionálneho regresu.

Ďalšie formy sa týkajú sexuálnej oblasti, kde sú v podstate dve skupiny zneužívania:

■ **sexuálne zneužívanie aktívnej formy:** sexuálne hry, petting, manipulácia v oblasti erotogénnych zón, znásilnenie, orálny sex, incest.

■ **sexuálne zneužívanie pasívnej formy:** exhibícia, video alebo foto či audiopornografia.

U sexuálne zneužívaných detí sa najčastejšie vyskytujú nasledovné znaky podľa vekových období:

U detí do 5 rokov sú v okolí genitálií exkoriácie, ragády, rubory, bolesti alebo zápaly v oblasti krčnej, análnej alebo genitálnej. Deti nemajú pocit istoty, v prítomnosti konkrétnej osoby (zneužívateľa) prejavujú mimoriadne silný strach. Sexuálne správanie je neúmerne veku – sexuálne podnety ich niekedy pohoršujú, alebo niekedy práve naopak, nevyvolávajú žiadnu prirodzenú zvedavosť. Obranným mechanizmom detí je regres vo vývoji, majú neprítomný pohľad, nešťastný výraz, smutnú náladu, rozpačitosť, agresivitu či utiahnutosť. Majú problémy s jedením, chronické zobúdzanie sa so zlými snami, pomočovanie (keď sa už predtým nepomočovalo). Pri hre s bábikami alebo inými deťmi príliš zasnávané napodobňujú sexuálne správanie či kreslenie pohlavných orgánov. Používajú neslušné slová a frázy, ktoré sa dieťa pravdepodobne naučilo od zneužívateľa. Dieťa o sebe hovorí, že je zlé, stráca záujem o zábavné aktivity, o rozprávky, hry s inými deťmi.

Deti v období od 5 do 12 rokov naznačujú, že poznajú alebo majú určité tajomstvá, ktoré však nemôžu nikomu prezradiť. Majú desivé sny, časté sú problémy s jedením – nechutenstvo alebo prejedanie. Začínajú sa občas pomočovať, trpia infekciami močových ciest, krvácaním alebo zvýšenou citlivosťou v genitálnej alebo análnej oblasti. Sexuálna aktivita je neprimeraná ich veku, kreslia sexuálne inšpirované obrázky – môžu znázorňovať aj akt zneužitia, pokúšajú sa sexuálne zneužiť ďalšie deti. Bez vysvetliteľného dôvodu okamžite neznašajú nejakú dospelú osobu, majú u seba nevysvetliteľné sumy peňazí alebo darčeky. V tom období začínajú klamať, kraďnúť, prestávajú sa radowať z predtým obľúbených činností, majú o sebe zlú mienku, hovoria o sebe, že nestoja za nič, majú sklony k sebapoškodzovaniu, depresie až pokusy o samovraždu. Vymýšľajú si výhovorky, aby nemuseli ísť domov.

U detí starších ako 13 rokov sa mimo už spomenutých znakov rozvíja protrahovaná depresívna reakcia alebo poruchy správania aj s prípadným užívaním drog, nadmerného množstva alkoholu. Chronicky trpia nočnou morou, boja sa tmy, majú prudké výbuchy hnevu, pocity viny. Izolujú sa od ostatných detí, majú obavy z konkrétnych ľudí. Niekedy výrazne preberajú rodičovskú úlohu – starajú sa v domácnosti o všetkých, len nie o seba a podobne.

Všetky formy CAN syndrómu sa môžu pri genetických predpokladoch v ďalšom vývoji prejavovať v podobe porúch správania a emócií so začiatkom v detstve a adolescencii.

Vnútrotné súvislosti foriem CAN syndrómu

Pri CAN obecné ide o akcie proti dieťaťu – commission, ale aj neakcie, čiže omission. Tak sa rozlíšilo CAN na aktívnu a pasívnu formu (1). Medzi aktívnymi a pasívnymi prejavmi telesného zneužívania stojí vykorisťovanie, detská práca. S telesným týraním, ale aj samostatne, sa vyskytuje duševné a citové týranie, a to znova vo forme aktívnej a pasívnej. Pri pasívnej forme je nedostatočná stimulácia, zanedbávanie citových potrieb, ako je nedostatok lásky a vôbec základných duševných potrieb. Ide o psychickú depriváciu. Deprivácia sa zaraďuje v širšom ponímaní do CAN syndrómu. Depriváciu – čiže ochudobnenie, môžeme definovať ako výsledok životnej situácie, keď dieťaťu nie sú uspokojované jeho základné potreby v dostatočnej miere počas určitého, dostatočne dlhého obdobia. To ohrozuje jeho duševné zdravie a celý ďalší duševný vývoj. Zanedbávanie základných potrieb sa odohráva v **dysfunkčnej a hlavne v afunkčnej rodine**. Ako depriváčne etiologické faktory v rodine sú najdôležitejšie prvky plynúce z konstelácie rodiny. Na prvom mieste to môže byť strata matky a osirenie dieťaťa. Samozrejme, rovnako závažným depriváčnym činiteľom je neprítomnosť otca, keď chýba autorita v rodine a z toho vyplývajúca neistota dieťaťa, ktorá je kompenzovaná príklonom ku delikventnému správaniu v partii. Ďalším okruhom deprivácie, ktorá sa žiaľ ukazuje v mnohých regiónoch Slovenska, je nízka **socioekonomická úroveň rodiny**. Často sa spája s rodinami s veľkým počtom detí, hmotným nedostatkom i mravnou biedou. Príťažujúcimi okolnosťami sú vtedy alkoholizmus, drogová závislosť, promiskuita, nestálosť prostredia. To sa týka nielen takto obligatórne posudzovaných rómskych rodín, ale najmä rodín zbohatlíkov, kde je priam hmatateľný chlad nukleárnej rodiny. Medzi potenciálne ohrozené deti treba zaradiť deti z rodín migrantov, ktorí žijú v zberných táboroch. Sú vykorinení z vlastných istôt a deti nemusia byť stredom ich záujmu. Ďalšou kategóriou podmienok vytvárania možnej deprivácie detí sú **osobnosti a psychické poruchy primárnych vychovávateľov detí**. Môžu to byť rodičia, ktorí sú citovo nezrelí a povahovo nevyspelí na rodičovskú úlohu. Ďalej môže ísť o rodičov s psychickými poruchami, niektorými poruchami osobnosti, so závislosťami od alkoholu

či iných drog. Môžu to byť aj jedinci s hlbšími alebo ľahšími formami mentálnej retardácie, či vážnymi zmyslovými poruchami, alebo poruchami pohybového aparátu. Nie v poslednom rade treba spomenúť jedincov so zvláštnymi životnými zásadami, postojmi a praktikami v rámci náboženskej sekty. V zariadeniach kolektívnej výchovy ústavných zariadení má psychická deprivácia detí spolu s komorbiditou hlavne mentálnej retardácie nepriaznivé dosahy na životný vývoj. U **nechcených detí** vychádza, že sú ako celok vystavené psychickej subdeprivácii. Je výraznejšia u žien pre nedostatok materského modelu v osobe matky, ktorá toto dieťa nechcela. Samostatnú skupinu tvoria **prípady sexuálneho zneužívania dieťaťa**, ktoré sa takisto rozdeľujú na aktívne (tzv. dotykové) a pasívne (tzv. bezdotykové). Sexuálne zneužitie bolo zistené u žien v detstve od 10 % po 60 %, kým u mužov od 5 % po 30 %. Sexuálne zneužíva najčastejšie člen rodiny, tuteur. U zneužívaných detí sa smerom k dospelosti môže ukázať asociálne správanie, promiskuita, porucha orgastického prežívania a depresia. V súčasnosti sa objavili zložitejšie formy organizovaného zneužívania dieťaťa alebo prípady rituálneho zneužívania dieťaťa. Organizované zneužívania detí sa rozšírili od konca 80-tych rokov najmä v spojitosti so sexuálnym zneužívaním v národných a medzinárodných sieťach, detskej prostitúcii, detskej pornografii, čo býva spojené so sexuálnou turistikou z rozvojových zemí do rozvinutých a z dedín do miest. Vznikol nový obchod na báze mafiánskych praktík, kde deti slúžia ako tovar aj pre iné dôvody, ako je ilegálne osvojenie, detská práca aj otroctvo, segregácia až vraždy detí pre získanie orgánov. Rozbehnuté je týranie detí rituálneho charakteru, ktoré sa spája so zvláštnymi vierami, mágiou, satanizmom, kde obeťami sú deti. Vyskytuje sa aj inštitucionalizované zneužívanie detí v ústavoch či skupinový rodinný sex. Do skupiny zneužívania dieťaťa patrí aj **Munchausenov syndróm by proxy** (v zastúpení), keď osoba, najčastejšie matka, predstiera alebo vytvára u dieťaťa umelo ťažkosti (napríklad krvácanie, teploty, záchvaty až po dusenie), kvôli ktorým vyhľadá s dieťaťom zdravotnícku starostlivosť. Matky sa vtedy vyžívajú v komunikácii so zdravotníckym personálom ohľadne ťažkostí dieťaťa, ktoré niekedy vyvolali nebezpečným spôsobom, napríklad predávkovaním liekmi. Matky pritom vystupujú ako veľmi starostlivé a opatrujúce osoby. Zvláštnou formou je tzv. **sekundárna viktimizácia**, keď sa druhotne poškodzuje dieťa následným nadbytočným či vynúteným vyšetrením pre CAN syndróm, alebo aj nevhodnými terapeutickými či reha-

bilitačnými opatreniami (napríklad umiestnenie detí v detských domovoch a dlhodobý pobyt v nich). Veľmi komplikovaným typom CAN syndrómu je tzv. **systémové týranie detí**, ktoré je výsledkom neprimeraných zásahov inštitúcií, orgánov štátnej správy i jednotlivých odborníkov (lekárov, policajtov, sudcov) vytvárajúcich systém starostlivosti o dieťa. Ide napríklad o nekoordinované opakované vyšetrowanie dieťaťa a členov rodiny, rozbitie rodín pri presadzovaní spravodlivosti a podobne. Značne rozšírenou formou CAN je aktívne duševné a citové týranie vo forme šikanovania. Šikanovanie sa môže objaviť na mnohých miestach vrátane školy, domova, v práci alebo na športovom ihrisku. Počas svojho školského života je aspoň raz šikanovaných 50 % detí a približne 10 % detí je šikanovaných pravidelne. Na zosmiešnenie používajú deti v súčasnosti nové technológie ako internet a mobily. Šikanovaniu čelia aj najmenšie deti.

Dôsledky CAN syndrómu

Pri CAN ide vždy o komplexné pôsobenie negatívnych vplyvov z peristázy vyvíjajúceho sa dieťaťa, ktoré pri svojich imaturovaných systémoch tela a mozgu rôzne reaguje na úrovni biologickej, psychickej, sociálnej a duchovnej, teda morálnej, etickej, právnej a obecné ideovej. Preto je pri podozrení na CAN syndróm tak dôležitý medziodborový prístup a spolupráca. V konečnom dôsledku je liečba prejavov CAN syndrómu jedinca skôr alebo neskôr vždy v rukách medicíny a paralelne aplikovaná sociálna úprava prostredia je v kompetencii iných rezortov. Minimalizovať dlhotrvajúce dôsledky zneužívania či zanedbávania sa dá najmä včasným rozpoznaním týrania a rýchlym začiatkom terapie. Konzekvencie traumy v detstve a adolescencii sa prejavujú vo vyššom riziku vývoja psychopatológie smerom k hraničnej osobnosti, agresívnym poruchám správania, sklonu k zneužívaniu psychoaktívnych látok a addikcii, vyššiemu výskytu gravidity tínedžeriek, záškoláctvu a narušovaniu pravidiel a práva. Pri vrodenných dispozíciách sa rozvinú obrazy psychotických porúch. Vďaka zlepšenej zdravotnej starostlivosti prežívajú deti s genetikými alebo úrazovými deficitmi, ktoré tak bývajú často subjektom CAN. Rovnako to platí pre deti, ktoré sa odlišujú od bežných noriem telesnej krásy a zdatnosti, platných v danej spoločnosti (deti astenické alebo s neobvyklou farbou vlasov, nezvyklými rysmi tváre a podobne). Pre mimoriadne nadané deti je typické určité osamotenie, čím sa stávajú objektom šikanovania. Veľa zo spomenutého zažívajú i deti s ADHD (hyperkinetické deti s poruchou pozornosti).

Diagnostika, terapia a prevencia CAN syndrómu u detí

Diagnostický proces CAN syndrómu u detí trvá dlho a pozostáva z radu zistení a poznatkov, ktoré potvrdzujú alebo nepotvrdzujú ani nevyvracajú, či je podozrenie na CAN pravdepodobné, alebo ho treba vylúčiť. Je to dôležité hlavne pri tzv. falošných oznámeniach, keď je jeden z rodičov označený za páchatela sexuálneho zneužívania. Súdy si vždy vyžadujú psychiatrické a psychologické vyšetrenie dospelého týrajúceho, ako aj týraného dieťaťa. Z právneho hľadiska je vždy nutné oznámiť podozrenie z týrania orgánom činným v trestnom konaní. Trestný čin týrania zbavuje lekára povinnej mlčanlivosti. Ak lekár zistí, že dieťa je týrané, zneužívané a zanedbávané, má uskutočniť tieto kroky:

- zistenia o týraní, zneužívaní alebo zanedbávaní dieťaťa zdokumentovať a oznámiť polícii, pracovníkom odboru sociálnych vecí a rodiny pri príslušnom okresnom úrade alebo sociálnej sestre pôsobiacej v zdravotnom zariadení;
- v prípade potreby sa obrátiť na detské krízové centrum.

V prípade podozrenia pri stretnutí lekára s rodičom často rodič opisuje problémy dieťa, ktoré sú v rozpore s aktuálnym klinickým nálezom (4). Pediater si všíma aj to, ako sa rodič správa k dieťaťu, či je ho možné posúdiť ako atypické. V takýchto prípadoch je treba myslieť na syndróm CAN. Ak sa zistí takýto prípad, je dôležité umiestniť dieťa v nemocnici, aby bolo chránené pred ďalším týraním. Vtedy zasahuje aj sociálny pracovník, psychológ, pedagóg, vychovávateľ, ktorý sa podieľa na doplnení anamnézy a určení diagnózy. Dieťa, ktoré je hospitalizované v nemocnici, si vyžaduje starostlivosť viacerých lekárov, odborníkov, vrátane detského psychiatra. Pri pobyte dieťaťa v nemocnici je dôležitý aj prístup zdravotného personálu, najmä sestier. Najťažšou úlohou je zvoliť správny postoj k rodičom. Lekár by nemal k nim prejavovať zlosť, pretože by si sťažil ďalšiu spoluprácu. Dôležitá je tu spolupráca s matkou, ktorá je hospitalizovaná s dieťaťom, alebo sa jej umožnia časté návštevy v nemocnici.

Pri prepúšťaní je potrebné poznať sociálne prostredie rodiny, do ktorej sa dieťa opätovne vracia. Spolu so sociálnymi pracovníkmi, prípadne charitatívnymi organizáciami, je treba zabezpečiť dozor nad rodinou. V rodine, ktorá nie je liečená, vyrastajú delikventi a potenciálni ohrozovatelia svojich detí.

Terapeuticky sa v rézii pedopsychiatra používa psychoterapia, najmä skupinová, či

kognitívne behaviorálna terapia. Niektorí terapeuti využívajú aj individuálne dynamickú psychoterapiu, ako aj hypnózu. Ide o náročné metódy pre chorých aj terapeutov. Hlavne u detí treba prejať empatiu, skupinovú a rodinnú terapiu, poradenstvo a farmakoterapiu. V akútnych fázach po traume sa podávajú anxiolytiká, predovšetkým benzodiazepínového radu. Pri poruchách spánku sa používajú hypnotiká. V súčasnosti sa za najefektívnejšie považujú antidepresíva SSRI. V dlhšom časovom rozpätí sa odporúča používať aj historicky známe fyzioterapeutické metodiky relaxácie či masáže. Synergickým efektom farmakoterapie a psychoterapie sa uvádza výrazné zlepšenie až u 70 % pacientov. U detí platí, že čím rýchlejšia odborná pomoc, tým lepší je liečebný výsledok a možné zredukovanie narušenia ich vývoja. Ďalšia pomoc pri riešení problémov má byť zo strany neziskových, nevládných či cirkevných organizácií, ako aj od regionálnych štruktúr. Na Slovensku existuje určitý systém starostlivosti o týrané deti, na ktorom sa podieľajú ako štátne,

tak neštátne inštitúcie. Deti sú v akútnych prípadoch umiestnené v „Centre pre týrané deti“. Toto zariadenie je určené deťom, ktoré potrebujú zvláštnu a okamžitú pomoc. Najúčinnnejším prostriedkom znižovania počtu detí ohrozených syndrómom týraného dieťaťa predstavuje prevencia. Nutné je informovať širokú verejnosť o CAN a zvyšovať všeobecné povedomie o povinnosti hlásiť každé podozrenie na týranie a zanedbávanie dieťaťa v najbližšom okolí (napríklad bezplatná Detská linka záchrany, alebo Detská linka dôvery, či Linka – Pomoc ohrozeným deťom). V roku 2008 bolo záslužným činom vytvorenie Projektu detských ombudsmánov pod gesciou Kancelárie verejného ochrancu práv SR. Detskí ombudsmáni zvolení spomedzi detí evidovali a hlásili prípady CAN syndrómu vedeniu školy i lekárom. V roku 2015 sa v SR zákonom ustanoví komisár pre deti, ktorý bude na úrovni verejného ochrancu práv. Z uvedeného plynie, že pre dostatočný záchyt pacientov je dôležité, aby pediatri v praxi poznali prejavy CAN syndrómu u detí.

Literatúra

1. Dunovský J, Dytrych Z, Matějček Z, et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dieťa*. Praha, Česká republika: Grada Publishing; 1995: 248.
2. Fico M. *Prevalencia násilia páchaného na deťoch v Slovenskej republike*. Správa z VÚ č. 2273. Bratislava: 2013: 178.
3. Škodáček I. Častot' syndrómu zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa na Slovensku. *Psychiatria*. 2003;2:114–119.
4. Cunningham N. *The Pediatrician's Role in the Identification and Management of Child maltreatment*. S. 1–3. In: *Conference on Child Mental health and Child Abuse*. Budapest. Nov.26–Dec.2. The Children Mental Health and Child Abuse.1995.

Doc. MUDr. Igor Škodáček, CSc.

Klinika detskej psychiatrie
LF UK a DFNSP
Limbová 1, 833 40 Bratislava
igskodacek@hotmail.com

