

VÝVOJ DĚTÍ V NÁHRADNÍCH FORMÁCH PÉČE



PRÁVO NA DĚTSTVÍ

© Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2011
ISBN 978-80-7421-040-2



VÝVOJ DĚTÍ V NÁHRADNÍCH FORMÁCH PÉČE

Radek Ptáček¹, Kuželová Hana^{1,2}, Libuše Čeledová³

¹ Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN

² Ústav lékařské biologie a genetiky 2. LF UK

³ Ministerstvo práce a sociálních věcí

Lektorovala:

Prof. MUDr. Elena Kukurová, DrSc., Lékařská fakulta Univerzity Komenského v Bratislavě

Jazyková redakce:

Mgr. Bc. Miloš Máca

Publikace byla podpořena výzkumným projektem Ministerstva práce a sociálních věcí ZVZ 237- 2010.

OBSAH

ÚVOD	6
INFORMACE K PREZENTOVANĚMU VÝZKUMNÉMU PROJEKTU	7
DĚTI V NÁHRADNÁ PÉČI.....	9
VLIV NÁHRADNÍ PÉČE NA VÝVOJ DÍTĚTE.....	12
RANÝ VÝVOJ DÍTĚTE	12
PSYCHICKÁ DEPRIVACE.....	18
VÝVOJ ŘEČOVÝCH SCHOPNOSTÍ	19
VÝVOJ INTELEKTU A MOTORIKY	20
SOCIOEMOČNÍ VÝVOJ	24
PSYCHICKÉ PORUCHY	28
SOMATICKÝ VÝVOJ	31
DISKUSE A SOUHRN HLAVNÍCH NÁLEZŮ	36
ZÁVĚR.....	45
LITERATURA.....	48

ÚVOD

V České republice vyrůstá zhruba 1 % dětí mimo vlastní rodinu (Gabriel, Novák, 2008). Jedná se o děti, jejichž rodiče je nemohou, nechtějí nebo nezvládají vychovat sami. Častými důvody k zařazení dítěte do náhradní péče jsou nezvládnutá výchova, zanedbávání, týrání dětí, alkoholismus, trestná činnost rodičů či nízká sociální úroveň rodiny (Vocilka, 1999). Ve většině případů tyto děti své rodiče mají, jsou tedy většinou tzv. sociálními sirotky. Pouze 1-2 % dětí jsou skutečnými sirotky. Tyto děti jsou pak odsouzeny prožívat část či celé své dětství a období dospívání v náhradní péči.

Náhradní péče zahrnuje dva odlišné modely výchovy dítěte - náhradní péči rodinnou a náhradní péči ústavní. Řada vědeckých studií, publikovaných již více než 50 let, prokazuje skutečnost, že institucionální formy výchovy zásadním způsobem a ve všech ohledech negativně ovlivňují vývoj dítěte a nemohou, i přes kvalitní materiální zabezpečení a navyšování personálu, zabezpečit jeho plnohodnotný vývoj.

Vzhledem k tomu, že v České republice se do náhradních forem péče umisťuje velké množství dětí, podpořilo Ministerstvo práce a sociálních věcí v období let 2010 - 2011 výzkumný projekt s názvem „**Vývoj dětí a jejich potřeb v náhradní rodinné a výchovné péči v kontextu současného společenského vývoje**“, realizovaný Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN v Praze. Cílem výzkumu bylo zmapování vývoje dětí a jejich potřeb v náhradní rodinné a výchovné péči.

Předkládaná publikace shrnuje základní poznatky o vlivu náhradní výchovné péče na vývoj dětí, publikované jak v domácí, tak zahraniční odborné literatuře, a dále jednotlivé oblasti doplňuje konkrétními poznatky získanými v rámci uvedeného výzkumného projektu.

INFORMACE K PREZENTOVANÉMU VÝZKUMNÉMU PROJEKTU

Cílem výzkumu, který probíhal v letech 2010-2011, bylo zmapování vývoje dětí a jejich potřeb v náhradní rodinné a výchovné péči. Do výzkumného projektu bylo zahrnuto celkem 315 dětí: **děti z dětských domovů (dále označeno jako skupina D), děti z pěstounských rodin (P) a děti z vlastních biologických rodin (B) – jako kontrolní skupina.** Dále byla zařazena **skupina dětí z vlastních, neúplných rodin (N),** sloužící jako **ilustrativní informace o dětech v rodinách selhávajících.**

Rozdílly ve vývojové úrovni mezi skupinami dětí vychovávaných v původní biologické rodině, pěstounské rodině a dětském domově byly mapovány v následujících oblastech:

- Psychický vývoj
- Socioemoční a sociální vývoj
- Somatický vývoj
- Přítomnost vývojových poruch nebo symptomů duševních poruch
- Specifické oblasti jako např. symptomy možné traumatizace apod.

Sběr dat probíhal v několika fázích a úrovních. Kritérii pro zařazení do výzkumu byla:

- **Věk 8-12.** Byl zvolen proto, že z vývojového hlediska představuje období relativní stability a lze použít stejné diagnostické metody.
- **Nepřítomnost duševních nebo somatických poruch.**
- **Dokumentovaný pobyt v dětském domově nebo pěstounské rodině minimálně 1 rok** (dle dosavadní odborné literatury jde o základní dobu, která může mít již dokumentovatelný vliv na vývoj dítěte).

Z dostupných databází dětských domovů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT), organizací a institucí v organizaci náhradní rodinné péče a základních škol v České republice byly náhodným výběrem zvoleny ty, kterým byla zaslána žádost o spolupráci. Na základě přihlášení do výzkumu byl pak náhodným výběrem složen základní výběrový soubor dětí ve skupině **D (n=100)**. Na základě věku, pohlaví a přítomnosti pobytu v kojeneckém ústavu (u skupiny P a D) byl u skupin **B**

(n=100) a P (n=100) vytvořen náhodný výběr pro zajištění „párovosti“ z hlediska základních parametrů. Všechny děti byly vyšetřeny testovou baterií. Vzhledem k nekompletnosti některých dat byly vytvořeny ekvivalentní skupiny B, P, D (n=77), u kterých byla získána veškerá potřebná data a údaje. Doplnková skupina N se ustálila na počtu n=29. Percentuální zastoupení děvčat ve sledovaných skupinách bylo 52 %, chlapců 48 %. Výsledky jsou dále v textu citovány jako „studie uskutečněná v České republice v letech 2010-2011 (Ptáček et al., 2011)“.

DĚTI V NÁHRADNÍ PÉČI

Zatímco v minulosti se umisťovalo do pěstounské péče nejspíše kvůli nemoci, chudobě nebo úmrtí rodičů (Schor, 1982, 1988), dnešním důvodem je z více než 50 % zneužívání nebo zanedbávání dětí, případně nezvládnutá péče a týrání (Simms, 1989; Takayama et al., 1998; Kessler et al., 2008). Někteří autoři dokonce uvádějí až 75 % zneužívaných a 69 % zanedbaných dětí (Stein, 1997).

Vysoký podíl dětí má anamnézu fyzického týrání (60 %), sexuálního zneužívání (64 %), emočního týrání (89 %) nebo zanedbávání (60 %). Důvody umístění jsou dále neschopnost rodiče postarat se o dítě z důvodu rodinného stresu nebo jiných důvodů (51 %) a zneužívání návykových látek (40 %). Častým důvodem pro umístění dětí do ústavní péče je také nezvladatelné chování dítěte (Kessler et al., 2008).

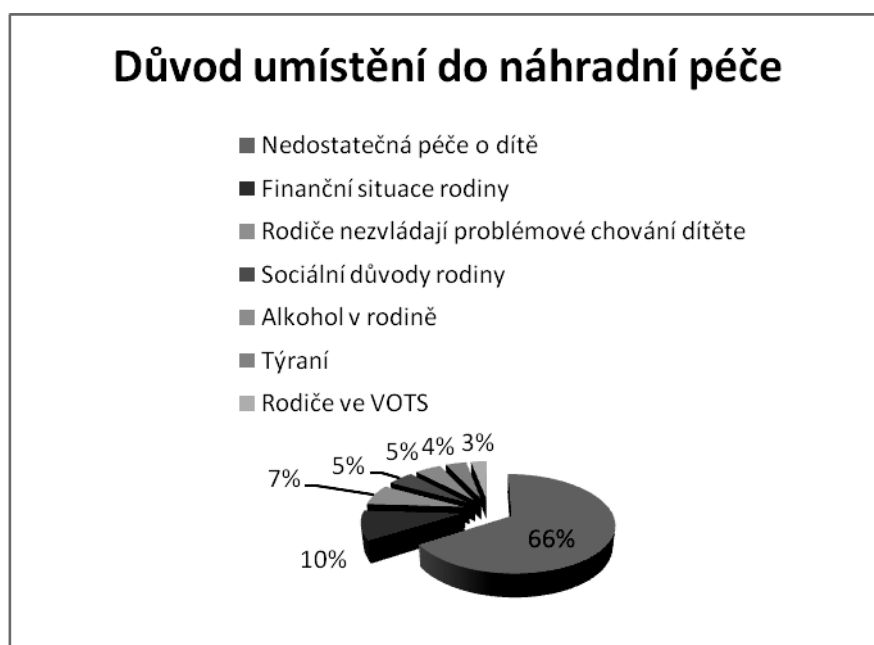
Tato změna nejčastějších důvodů pro umístění v náhradní péči může být příčinou zřetelného nárůstu četnosti a vážnosti behaviorálních, emočních a vývojových problémů v této populaci dětí a adolescentů (Cahil et al., 1999; dosReis et al., 2001; Kendall-Tackett et al., 1993). Behaviorální a emoční obtíže byly identifikovány u dětí v náhradní péči od čtyřicátých let dvacátého století (Simmel et al., 2001; Wegar, 1995) a dokumentovány od let šedesátých (Schechter, 1960; Simmel et al., 2001; Wegar, 1995). Jejich rizikovosti však byla věnována narůstající pozornost až v posledních dvou dekadách (dosReis et al., 2001; McMillen, 1999). Dnes má většina dětí v náhradní péči minulost plnou nepřízně osudu a není divu, že se tak u nich vyskytují ve vyšší míře emoční problémy a problematické chování (Chernof et al., 1994; Halfon et al., 1992; McIntyre, Thomas, 1986; Pilowsky, 1995).

Na základě výsledků studie v České republice (Ptáček et al., 2011) je důvodem k umístění dětí v dětském domově nejčastěji, a to v 66 %, nedostatečná péče o dítě a v 10 % případů finanční situace rodiny. V 7 % případů rodiče nezvládali výchovu problémového dítěte, v 5 % byly důvodem odebrání sociální důvody rodiny. Pouze ve 12 % případů byly umístěny děti z důvodů, které lze považovat za jednoznačně oprávněné,

a to je týrání, alkoholismus rodičů a rodiče ve výkonu trestu. Následující tabulka (Tabulka 1) a graf (Obrázek 1) ilustrují procentuální zastoupení důvodů k umístění dětí do náhradní péče.

Důvod	%
Nedostatečná péče o dítě	66
Finanční situace rodiny	10
Rodiče nezvládají problémové chování dítěte	7
Sociální důvody rodiny	5
Alkohol v rodině	5
Týrání	4
Rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody	3

Tabulka 1: Důvod umístění dítěte do dětského domova.



Obrázek 1: Důvod umístění do náhradní péče.

Tuto situaci lze považovat za více než alarmující a odpovídá stavu, kdy většina dětí umísťovaných do institucionálních forem péče by mohla být při vhodné podpoře a sociální práci s rodinou vychovávána v původním rodinném prostředí.

VLIV NÁHRADNÍ PÉČE NA VÝVOJ DÍTĚTE

RANÝ VÝVOJ DÍTĚTE

Období raného vývoje dítěte je nejčastěji vymezeno narozením až dosažením tří let života. V kontextu medicínských, psychologických i sociálních věd je toto rozmezí považováno za nejdůležitější a zároveň nejcitlivější období. Probíhají zde zásadní vývojové změny, a to ve všech oblastech vývoje, které také přímo určují veškeré kvality budoucího života daného jedince - od somatických charakteristik (vzrůstu, zdraví apod.), přes psychické kvality (inteligence, emoce, přizpůsobivost), až po kvalitu života v nejširším slova smyslu, a to často i ve smyslu sociálního uplatnění.

Rané období je etapou velmi rychlého vývoje ve všech oblastech, kterou nelze srovnávat s žádnou z následujících vývojových etap. Je obdobím **„význačných vývojových skoků“**.

Z ležícího a plně závislého dítěte jde na konci prvního roku života o jedince sedícího, lezoucího, posléze samostatně stojícího či pomalu chodícího, jedince, který již rozumí některým slovům dospělých a některá slova již dokáže sám užívat, jedince, který se aktivně zapojuje do života svého okolí a vytváří si první kladné i záporné sociální kontakty s dalšími lidmi.

Vývoj dítěte v tomto období probíhá v následujících rovinách:

- 1. Somatický vývoj:** V této oblasti dochází k rapidnímu růstu dítěte, dokončuje se vývoj některých orgánů. Zdárný somatický vývoj je samozřejmě podmíněn kvalitní výživou a životními podmínkami, ale také dostatečnou stimulací ve všech souvisejících oblastech. Například nedostatečná motorická stimulace může vést k obtížím v růstu, nedostatečná stimulace kognitivní může mít vliv na vývoj některých mozkových struktur. Somatický vývoj zahrnuje i vývoj imunity, jejíž stimulaci dle moderních studií může zajistit pouze a bezvýhradně intenzivní a dlouhodobý kontakt s dospělým jedincem.

Děti, které prošly ústavní péčí v raných obdobích, vykazují změny imunity ve smyslu vyšší nemocnosti, vyššího výskytu alergií apod.

2. Motorický vývoj: Je opět velice úzce spjat se všemi ostatními oblastmi vývoje. Zdárný vývoj motoriky je rozhodující nejen pro správný somatický vývoj, ale v prvních fázích života představuje i základ pro rozvoj kognitivních schopností, tedy inteligence. První rok života dítěte je označován jako období „senzomotorické inteligence“, kdy poznávání okolního světa dítě realizuje především prostřednictvím motorických činností. Ty ovšem musí být v dostatečné kvalitě, která je zcela bez výhrady podmíněna individuální a intenzivní péčí a podporou ze strany stálého dospělého jedince. Nedostatečný motorický vývoj dítěte jednoznačně vede k následnému negativnímu ovlivnění vývoje kognitivních funkcí.

3. Kognitivní vývoj: Je podmíněn zdárným vývojem ve všech oblastech zmíněných výše. Kognitivní vývoj, tedy vývoj rozumových schopností, je jednoznačným prediktorem výše a kvality intelektových funkcí dítěte v dospělosti. Přímou pak předurčuje úspěšnost v učení a vzdělání. Kognitivní vývoj dítěte vyžaduje systematickou a individuální stimulaci v oblasti všech smyslů, motoriky a sociálního kontaktu. Absence jakékoliv složky může vést k zásadním následkům v budoucím životě dítěte. Tyto vývojové potřeby může opět plnit pouze dospělý v individuálním kontaktu.

4. Socioemoční vývoj: Je nejméně viditelnou oblastí, ovšem s největším dopadem na všechny ostatní oblasti vývoje. Socioemoční zkušenost, tedy zkušenost s blízkým sociálním vztahem, který vytváří pozitivní emoce a vede ke vzájemnému uspokojení, je zcela zásadním prediktorem normálního vývoje dítěte v oblasti emotivity, sociálních vztahů, inteligence, ale také překvapivě v oblasti vývoje

somatického. 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. Matějček a kol. (1972) zde v této souvislosti mluví o tzv. emoční deprivaci.

Vývoj dítěte v tomto období lze tedy hodnotit jako zásadní, a to nejen z hlediska charakteristik života budoucího jedince, ale také z hlediska budoucích nákladů na sociální a zdravotní péči. Jako zcela rozhodný moment úspěšného vývoje dítěte je možnost zažívat intenzivní individuální péči, která je spojena s pozitivními emocemi a je vzájemně uspokojivá.

Většina vývojových teorií zdůrazňuje důležitost **rané sociálně emoční zkušenosti a možnosti zažít lidské vztahy** pro zdravý duševní i somatický vývoj. Raná sociálně emoční zkušenost, rodičovská odpovědnost, vzájemnost, stimulace, pozitivní postoj a emoční podpora jsou rozhodující pro další sociální, emoční a kognitivní vývoj, předpovídají pozdější dětské sociální a mentální dovednosti, podporují vývoj jeho důstojnosti a sebeúcty (např. Avierzer et al., 2002; Bradley et al. 2001; Landry et al., 2006). Nejistota, neuspořádanost a nedostatek těchto zkušeností jsou spojovány se změnami ve vývoji a např. také s pozdějším nárůstem problémů chování (Crittenden, 2001; Stams et al., 2002). 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 a obecně i na celoživotní úspěšnost a výskyt duševních i somatických onemocnění. Řada významných vědeckých studií poukazuje na skutečnost, že děti, které

navzdory dobrému zdravotnímu stavu strávily první měsíce a roky života v ústavní péči, významně selhávají později ve škole, zaměstnání i partnerském životě. Vykazují také větší nemocnost a řadu specifických zdravotních a psychických obtíží. ***Pro dítě je v období rané výchovy obzvláště důležitá individuální péče s možností navázání blízkého vztahu.*** Pokud je tato péče nebo interakce nedostatečná nebo chybí úplně a děti prožívají nevyhraněné a neosobní vztahy v ústavním prostředí, poruchy ve vývoji jsou již nenapravitelné.

Dochází tak často k:

poruchám SOMATICKÉHO VÝVOJE
- Opoždění tělesného vývoje - Oslabený imunitní systém - Zvýšená potřeba specializované lékařské péče - Další interní obtíže
poruchám INTELEKTU A MOTORIKY
- Opožděný rozumový vývoj - Nižší hodnoty rozumových schopností - Opožděný motorický vývoj
poruchám VÝVOJE ŘEČOVÝCH SCHOPNOSTÍ
- Opožděný rozvoj řeči - Omezené schopnosti vyjadřování - Omezená slovní zásoba
poruchám SOCIOEMOČNÍHO VÝVOJE
- Opožděný socioemoční vývoj - Obtíže s navázáním citových vazeb - Nedůvěřivost nebo naopak bezmezná důvěřivost - Nízká sebedůvěra a uvědomění si vlastní hodnoty - Špatné zvládání stresových situací
rozvoji PSYCHICKÝCH PORUCH
- Častý výskyt psychických obtíží - Časté užívání psychiatrické medikace - Vyšší potřeba speciální psychiatrické péče

Tabulka 2: Důsledky institucionální péče v raném věku.

	Fyzické/Motorické	Sociální/Emoční	Kognitivní/Studijní
Sexuální zneužívání	Pomočování (dívky) Somatické obtíže (chlapci) (B, RD)	Nevhodné sexuální chování (B, RD) Internalizace problémů-úzkost, sociální stažení (RD)	Vývojové opoždění (dívky) (B, RD)
Fyzické zneužívání	Žádný rozdíl v hrubé nebo jemné motorické koordinaci Žádné zvýšené somatické obtíže	Nejistá citová vazba (D) Agresivní, neodpovídající, nároční (chlapci) Odtahitost a opatrnost (dívky) Špatné sociální řešení problémů, méně prosociální chování (RD)	Nízká kognitivní zralost (RD)
Zanedbávání		Problémy s vrstevníky, odtahitost, méně prosociální chování, nedostatek vlivu v interakci s vrstevníky (RD) Nejistá vazba	Vývojová zpoždění (D, B, RD) Opoždění v jazykových dovednostech (RD)
Smíšené týrání	Opožděný motorický rozvoj (D) Menší fyzická způsobilost (RD)	Nejistá citová vazba, zmatenost / dezorientovanost (D) Narušené vztahy s vrstevníky, včetně zvýšené verbální a fyzické agrese, hněv a nepřátelství, méně prosociální chování, vyhýbání se interakcím, špatné sociální řešení problémů (RD)	Nízký Bayleyho skóre pro mentální a motorický rozvoj (D) Malá ochota se učit, nízká kognitivní zralost, schopnost řídit se instrukcemi, větší závislost, menší zájem o vyhledávání novinek (RD) Nižší IQ

Tabulka 3: Dopad zneužívání a zanedbávání během dětství a raného dětství (Trickett et al., 1995) vysvětlivky: D=dětství, B=batole, RD= Rané dětství.

PSYCHICKÁ DEPRIVACE

V případech, kdy děti vyrůstají ochuzené o významné podněty a vykazují specifické odchylky ve vývoji intelektu i charakteru, hovoříme o „deprivaci“ (Matějček, 1968). K deprivaci dochází za různých životních okolností. Může k ní tedy dojít v rodině, v kolektivní péči a především v trvalé ústavní péči (Matějček, 1977).

U dětí dlouhodobě umístěných v ústavní péči se může objevit psychická deprivace na základě nedostatečného uspokojení základních duševních potřeb, obzvláště pak sociálních, citových i senzorických podnětů.

„Psychickým stavem vzniklým následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostatečné míře a po dosti dlouhou dobu“ (Langmeier, Matějček, 1968).

Kritickým obdobím pro vývoj dítěte je zejména období mezi prvním až třetím rokem života (Matějček, 1999), přičemž případné opoždění se prohlubuje ve dvou letech věku (Langmeier, Matějček, 1974). V tomto období je nejdůležitější kontakt s dospělým a ten je v prostředí ústavní výchovy omezený. Děti, které jsou v tomto věku v ústavní výchově, se opoždují intelektově, mírné opoždění je v motorickém vývoji, nejvýraznější opoždění je v oblasti sociální a v rozvoji řečových schopností. Opoždění je nejvíce patrné v oblastech, k jejichž rozvoji je nejvíce potřeba kontaktu dítěte s dospělým (Langmeier, Matějček, 1974).

Pro správný vývoj dítěte je nutný přívod podnětů v přiměřené míře a variabilitě – dítě potřebuje být podněcováno a stimulováno v oblasti zrakové, sluchové a hmatové.

Existují základní psychické potřeby, které musí být v náležité míře uspokojeny, aby se dítě mohlo vyvíjet ve zdravou osobnost:

-
1. **Potřeba stimulace** – přívod podnětů v dostatečném množství, kvalitě a proměnlivosti.
 2. **Potřeba smysluplného světa** – řád a smysl v podnětech (umožňuje učení, nabývání zkušeností, přizpůsobení se, osvojování postupů a strategií).
 3. **Potřeba životní jistoty** (zbavuje úzkosti, dodává pocit bezpečí).
 4. **Potřeba pozitivní identity, vlastního „já“** – pozitivní přijetí sebe sama.
 5. **Potřeba otevřené budoucnosti, naděje a životní perspektivy** (umožňuje uspokojivé prožití běhu života).

Tyto potřeby nejsou omezeny jen na dětský věk, ale působí po dobu celého života (Matějček, 1999).

VÝVOJ ŘEČOVÝCH SCHOPNOSTÍ

Prostředí, kde je limitována individuální podpora dítěte a tedy i podpora komunikace, ztěžuje rozvoj mozkových struktur a spojení, která jsou zodpovědná za rozvoj řeči a slovní zásoby, a tím mohou negativně ovlivnit rozumové i komunikační schopnosti dítěte (Barnett et al., 1996). Jak uvádějí již Langmeier a Matějček (1974), u dětí v ústavní péči je rozvoj řeči významně opožděn.

Opožděný rozvoj řeči nepřináší jen omezení ve vyjadřování a omezení slovní zásoby. Děti, které mají potíže s porozuměním a vyjadřováním, jsou náchylnější k frustraci a riziku rozvoje vývojových poruch chování. Omezení vývoje řečových schopností dále vede i k omezením ve vývoji sociálním a socioemočním a je častým prediktorem rozvoje i některých specifických poruch učení, jako je např. dyslexie.

V této souvislosti je nutné zdůraznit, že vývoj řečových schopností probíhá v podstatě od prvního dne života dítěte. Řada studií poukazuje na nutnost častého „mluvení“ na dítě právě v prvním roce života (např. Rutter et al, 1999). Dítě naslouchá lidské řeči, která ovlivňuje nejen jeho emocionální stav a vývoj, ale zároveň stimuluje vývoj sluchových drah a zvláště pak

mozkových center, která jsou odpovědná za percepci mluveného projevu.

MOŽNÉ DŮSLEDKY INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE V RANÉM VĚKU V OBLASTI VÝVOJE ŘEČOVÝCH SCHOPNOSTÍ

- Opožděný rozvoj řeči
- Omezené schopnosti vyjadřování
- Omezená slovní zásoba
- Související opoždění v socioemočním vývoji

VÝVOJ INTELEKTU A MOTORIKY

Většina dětí vstupuje do ústavní péče v raných letech života, kdy je vývoj mozku, ale i celého organismu nejvíce aktivní. Během prvních tří až čtyř let života se vytvářejí a zesilují centra mozku, která se podílejí na kontrole osobnostních charakteristik, procesech učení a zvládání stresu a emocí. Nervová spojení a sítě neurotransmiterů, které se během těchto let vytvářejí, jsou kriticky ovlivňovány negativními podmínkami prostředí, včetně absence stimulace, nedostatečně podnětného prostředí a nedostatku sociálního kontaktu. Je známo, že nedostatečná emocionální a kognitivní stimulace v raných letech života může mít za následek trvalé a nezvratné omezení vývoje některých mozkových struktur (Perry et al., 1995; Pollak et al., 1998).

Mozek se vyvíjí v závislosti na tom, jak je používán (Perry et al., 1995). Oblasti a systémy mozku, které jsou používány, podstupují další vývoj do složitějších a komplexnějších systémů. Oblasti a systémy, které nejsou pravidelně a intenzivně využívány, mohou vykazovat v raných obdobích nejen zpomalený vývoj, ale dokonce reagovat regresí (Pollak et al., 1998; Perry, 2000).

U dětí umístovaných do ústavní péče mohou být rizika v tomto ohledu spatřována již v oblasti prenatální i raně postnatální (komplikace při

porodu, genetické a v rodinné anamnéze). Z těchto důvodů můžeme předpokládat, že jejich kognitivní vývoj může být v řadě oblastí ohrožen (O'Connor et al., 2000, Rutter et al., 1998, 1999). Proto je nutné a nezbytné pro takto ohrožené děti hledat co nejlepší řešení představující možnost nápravy kognitivního vývoje, neboť časnou zásadní změnou v klidném a zejména stabilním prostředí s individuálním kontaktem mohou být eliminovány i některé negativní změny v prenatálním a perinatálním vývoji mozku. Některé studie poukazují na to, že takovým prostředím u dětí, které nemohou být vychovávány v biologické rodině, je pouze prostředí náhradní rodiny. Prostředí ústavní výchovy nedokáže dostatečně podporovat kognitivní vývoj jedince a má tak dále negativní vliv na další vývoj obecně rozumových schopností (Le Mare et al., 2001).

Další vědecké studie přinášejí poznatky o tom, že děti umístěné do náhradní rodinné výchovy před 4. měsícem života, vykazují později alespoň průměrný výkon v oblasti rozumových schopností, zatímco děti umístěné do náhradní rodinné péče až po 2. roce života mají tento výkon v pásmu podprůměru a níže (Le Mare et al., 2001).

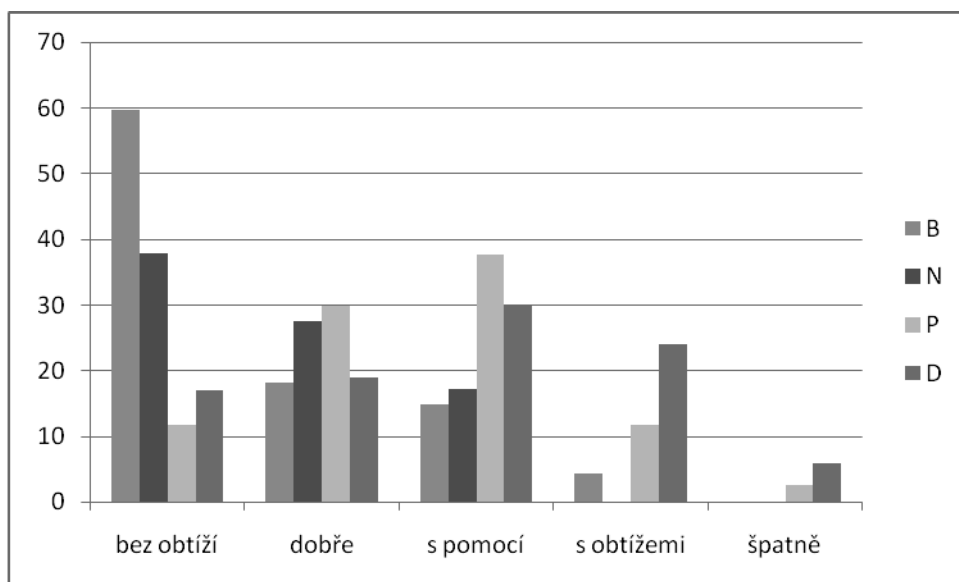
DŮSLEDKY INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE V RANÉM VĚKU V OBLASTI INTELEKTU A MOTORIKY
- Opožděný rozumový vývoj - Nižší hodnoty rozumových schopností - Opožděný motorický vývoj

Děti vychovávané v institucionální péči vykazují nižší skóry kognitivního vývoje. Četné vědecké studie prokázaly, že ústavy, na rozdíl od rodinného prostředí, poskytují jen málo příležitostí dětem osvojit si nové dovednosti a tento aspekt se později projeví v deficitu kognitivní funkčnosti jedinců. Jak uvádějí již Langmeier a Matějček (1974), u dětí v ústavní péči je významně opožděn rozvoj řeči, zatímco např. motorický vývoj je jen

mírně pod průměrem. Popisují tuto skutečnost jako možný důsledek vnitřního napětí, neklidu a úzkosti dětí v ústavní péči.

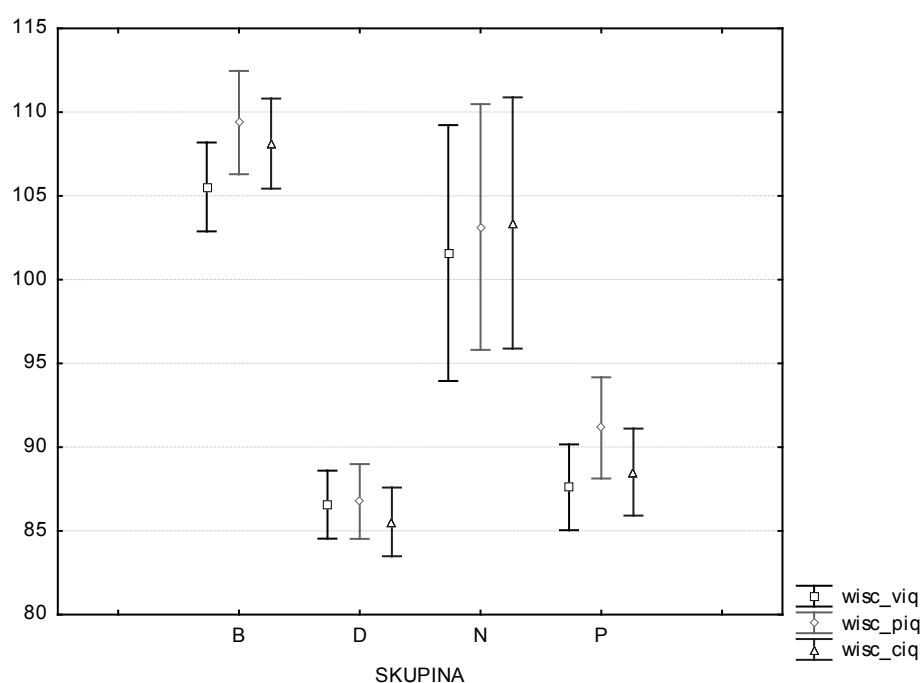
Děti v institucionálních formách péče dosahují také horších výsledků ve vizuální paměti a pozornosti, pracovní paměti a inhibiční kontrole (Merz, McCall, 2010; Pollak et al., 2009; Bruce et al., 2009). Po umístění do náhradní rodinné péče dochází ke zlepšení (Morison, Ellwood, 2000; Rutter, O'Connor, Rutter, Beckett a kol., 2000), nicméně podle studií ještě i po čtyřech letech od doby, co bylo dítě osvojeno, vykazuje nižší skóre kognitivního vývoje (Vorria et al., 2006) a z hlediska výsledků ve škole a jazykových schopností nedosahují tyto děti úrovně vrstevníků z biologických rodin (van Ijzendoorn et al., 2005).

Dle výzkumu realizovaného v České republice (Ptáček et al., 2011), největší obtíže se zvládáním školních povinností mají děti v dětských domovech (D) (6 % zvládá školní povinnosti špatně, 24 % s obtížemi, 30 % s pomocí) a pěstounských rodinách (P) (2 % špatně, 11 % s obtížemi, 37 % s pomocí). Jak ukazuje i následující obrázek, bez obtíží zvládají povinnosti ve většině biologických rodin úplných (B) (60 %) i neúplných (N) (38 %). Špatné zvládání povinností neuvádí žádný z biologických rodičů, 2 % pěstounů a 6 % vychovatelů dětí z dětských domovů.



Obrázek 2: Zvládání školních povinností (údaje v %)

K hodnocení intelektových schopností je používán psychologický test – WISC III – Wechslerova škála inteligence. Ta hodnotí inteligenci verbální, performační (úlohy neverbálního charakteru) a celkovou. Následující graf prezentuje nálezy, kdy ve všech skórech Wechslerovy škály inteligence - WISC – tedy celkovém skóru (wisc_ciq), verbálním skóru (wisc_viq), performačním skóru (wisc_piq) je statisticky významný rozdíl mezi všemi sledovanými skupinami dětí.



Obrázek 3: Celkové skóry WISC a statistická významnost mezi jednotlivými skupinami.

Graf ilustruje velké propady v průměrných hodnotách mezi skupinami B, N a D, P. **Nejvyšší intelektové skóry vykazuje skupina dětí z biologických rodin (B), nejnižší pak skupina dětí z dětských domovů (D).** Celkový intelektový výkon dětí v pěstounských rodinách je druhý nejnižší, děti z neúplných rodin vykazují nejmenší, stále však statisticky významný rozdíl oproti dětem z rodin úplných. Je zcela samozřejmé, že v žádném případě nelze v prezentované studii přičíst tyto rozdíly daným formám péče. Můžeme pouze konstatovat, že v oblasti rozumového vývoje podávají děti v dětských domovech nejslabší výkon. To může být ovlivněno celou řadou faktorů, například genetickými dispozicemi, prostředím, ze kterého

přicházejí apod. Nicméně v dané situaci není nutné jasně určovat příčiny. Zjištění je důležité proto, že poukazuje na alarmující skutečnost, kdy **děti, které by potřebovaly skutečně intenzivní individuální péči, jsou ponechávány v institucionálních formách péče, které neposkytnou dostatečnou podporu a podmínky pro rozvoj těchto dětí.**

Zajímavé zjištění přineslo i sebehodnocení dětí prostřednictvím dotazníku SPAS (Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí). Dotazník hodnotí sebepojetí školní úspěšnosti a dítě se v něm vyjadřuje samo o sobě, jak zvládá školní povinnosti apod. V uvedeném výzkumu nejlépe hodnotí vlastní školní úspěšnost děti ze skupiny biologických rodin (a to především v oblasti obecných schopností, čtení a pravopisu), nejnižší hodnocení pak mají naopak děti z dětských domovů.

SOCIOEMOČNÍ VÝVOJ

U dětí vychovávaných v náhradní péči prokazatelně dochází k narušení emočního vývoje (Wiik et al., 2010). Tyto děti jsou ve srovnání s dětmi vyrůstajícími ve vlastních rodinách méně schopny porozumět emocím (Vorria et al., 2006), ale objevují se u nich také ve významně větší míře poruchy emocí (Wiik et al., 2010).

Jako zásadní v socioemočním vývoji se ukazuje dostatečné zažití vztahů. K tomuto dítě potřebuje přinejmenším čtyři základní aspekty (Landry et al., 2006):

- 1) vnímat, že **dospělý reaguje bezprostředně a adekvátně** na chování dítěte,
- 2) **emocionální podporu** obsahující vřelost, smích, absenci zvýšeného hlasu a fyzické konfrontace,
- 3) **podporu dětských zájmů** a udržení dětí ve středu pozornosti,

-
- 4) **jazykovou složku**, která podporuje rozvojové potřeby nemluvněte, jež mohou zahrnovat imitace, reagování na řeč dítěte a postupně přenášení všeho do smysluplné konverzace.

Tato kritéria charakterizují pozitivní socioemoční interakce. Sociální vztah je jeden z klíčových faktorů (ne-li přímo nejdůležitější) pro zdravý rozvoj dítěte. Většina vývojových teorií (např. Freud, 1940, Vygotsky, 1978, Bandura, 1977, Bowlby, 1958) zdůrazňuje důležitost rané sociálně emoční zkušenosti a možnosti zažít lidské vztahy pro zdravý duševní i somatický vývoj. Rozvíjení pouta mezi dítětem a dospělým je založeno na neměnném a citlivém opatrování dítěte a vytváření fungujícího modelu pečující osoby, která zasáhne a utěší dítě ve stresových situacích (např. DeWolff, van IJzendoorn, 1997). Citlivý a odpovědný rodič (resp. dospělý), kterému dítě věří, dává dítěti pocit bezpečí a poskytuje zázemí pro další zdárný vývoj.

Aby se dítě vyvinulo v psychologicky zdravého dospělého jedince, musí mít vztah s dospělou osobou, která vzbuzuje v dítěti důvěru a pocit bezpečí. Úspěšné rodičovství je založeno na zdravém, uctívém, a dlouhotrvajícím vztahu s dítětem. Průběh rodičovství, především spíše z hlediska psychologického než z biologického, vede dítě k tomu, že daného dospělého člověka přijme za svého rodiče. Tento dojem je u dítěte nutný pro vývoj sebedůvěry a uvědomění si vlastní ceny. Dítě si vytvoří vazby a uznává rodiče jako dospělé jedince, kteří dítěti zajistí každodenní péči o potřeby, které zahrnují fyzickou péči, výživu, pohodlí, pozornost a stimulaci.

Ačkoli mnoho institucí poskytuje lepší životní prostředí než prostředí nefungujících biologických rodin, nemůže poskytnout individuální podnětnou péči, kterou může věnovat pouze dospělý jedinec v individuálním kontaktu (např. Tizard, Hodges, 1978). Žádná institucionální forma péče nedokáže nabídnout neustálý kontakt s dítětem a vzájemné citové interakce. Děti v ústavní péči nemohou zažít vzájemné intenzivní vztahy, které jsou kriticky významné zvláště pro děti mezi 1. a 18. měsícem

dětského života – v období rozvoje tzv. primárních pout (např. Tizard, Hodges, 1978; Tizard, Rees, 1974, 1975).

Čím je dítě mladší a čím je toto období nejistoty či oddělení delší, tím škodlivější důsledek na vývoj dítěte bude mít. U dítěte, které bylo umístěno do instituce během prvního nebo druhého roku života, se tak nutně rozvíjejí sociální vztahy později, než je běžné (Bowlby, 1969, 1982). Dítě je maximálně připraveno začít s vývojem sociálních vztahů nejpozději kolem konce prvního roku života, ale poté toto může být výrazně obtížnější (např. vyžaduje delší čas nebo větší rodičovskou péči nebo se obrátí do méně přizpůsobivé formy socializace).

Ztráty a nedostatek trvalého vztahu negativně ovlivňují přirozenou snahu dítěte formovat vztahy k dospělým osobám. I když chování malých dětí směrem k jejich vychovatelům v ústavní péči někdy může být velmi pozitivní, bylo zjištěno, že děti se hlouběji o nikoho z nich nezajímají a nikdy si k nim nevytvořily bližší citový vztah (Tizard, Rees, 1975). Častá změna osoby, která poskytuje dítěti individuální péči, může vést v následném životě k totální neschopnosti zažívat individuální a emočně vřelé vztahy (Bowlby, 1969/1982).

Takto v podstatě traumatizované děti si mohou vytvořit o lidech obraz nedůvěryhodných osob, a to může produkovat netečné interakční styly, které mohou mít negativní vliv a představují ohrožení v dalším sociálním vývoji (Rosenfeld et al., 1997; Costello et al., 1995). Aby dítě překonalo jakýkoliv stres nebo dokonce trauma, je naprosto klíčové, aby mělo alespoň jednoho dospělého, který mu bude poskytovat stabilní a individuální péči, a který mu bude -umožňovat prožít individuálního, emočně vřelého a vzájemně uspokojivého vztahu, a to byť jen na dobu přechodnou.

MOŽNÉ DŮSLEDKY INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE V RANÉM VĚKU V OBLASTI SOCIOEMOČNÍHO VÝVOJE

- Opožděný socioemoční vývoj
- Obtíže v sociálním kontaktu
- Obtíže s navázáním citových vazeb
- Obtíže v rozpoznávání emocí
- Nedůvěřivost nebo naopak bezmezná důvěřivost
- Nízká sebedůvěra a uvědomění si vlastní hodnoty
- Špatné zvládání stresových situací

Oblast socioemočního vývoje představuje jednu z nejvýznamnějších otázek vývoje dětí v náhradní péči. Děti z různých forem péče byly hodnoceny metodou vývojové škály inteligence „Intelligence Development Scale“ (IDS). IDS je poměrně nový testový soubor pro hodnocení intelektové a vývojové úrovně u dětí. V rámci aktuálního výzkumu v České republice (Ptáček et al., 2011) byly použity subtesty porozumění sociálním situacím, rozpoznávání emocí, regulace emocí, sociálně kompetentní jednání a expresivní řeč. Děti z dětských domovů v těchto ukazatelích sice vykazují nejnižší výkon v oblasti rozeznávání emocí a sociálně kompetentního chování, což odpovídá pravděpodobné emoční deprivaci, nicméně v oblasti porozumění sociálním situacím a regulace emocí jsou na tom ale lépe, než děti ze skupiny pěstounských rodin. Tento výsledek může být odrazem psychologické práce s dětmi v dětských domovech a lze ho hodnotit v zásadě pozitivně. V oblasti expresivní řeči nicméně skupina dětí z dětských domovů vykazuje statisticky významně nejslabší výsledky ze všech skupin.

PSYCHICKÉ PORUCHY

Děti umístěné do náhradní ústavní péče mají dále vysoké riziko rozvoje vývojových a psychických problémů a poruch. Uvádí se, že u dětí v náhradní institucionální péči je výskyt psychiatrických diagnóz šestnáctkrát častější než u normální populace, osmkrát častěji tito jedinci užívají psychotropní medikaci a využívají psychiatrických služeb. Jako skupina také vyžadují podstatně vyšší výdaje na psychiatrické služby (Raboch et al., 2001; Hort et al., 2000; Halfon et al., 1992).

Raná psychosociální deprivace je spojena mimo jiné i s horší adaptabilitou na stres (Merz, McCall, 2010a), může se projevit v nervovém vývoji a manifestovat se až následnými psychiatrickými problémy v pozdějším věku (McLaughlin et al., 2010).

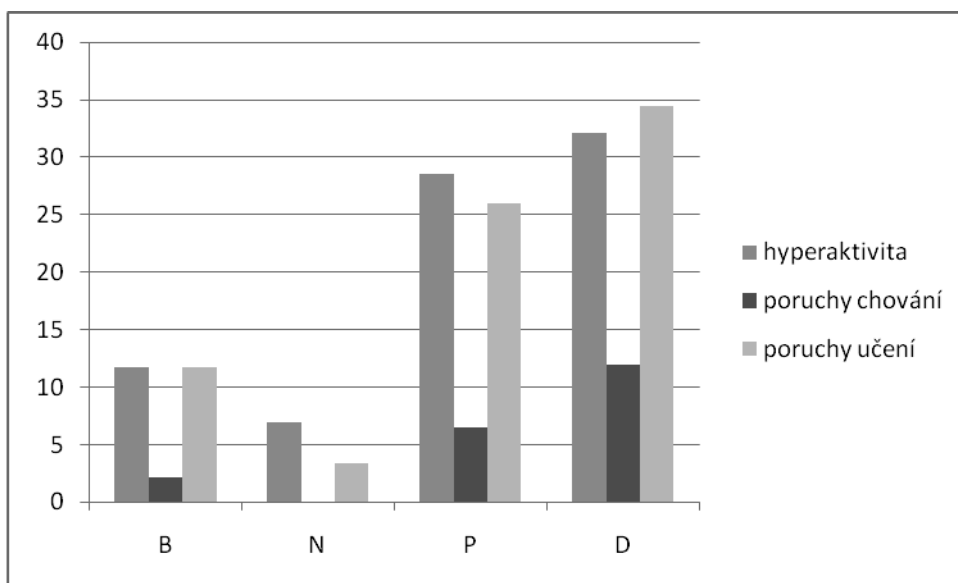
Děti v náhradní institucionální péči dále vykazují vyšší riziko rozvoje poruch chování a emocí v dětství a adolescenci. U téměř 30 % dětí v ústavní péči se vyskytují problémy v seberegulaci (Racusin et al., 2005; Wiik et al. 2010), nepozornost, nadměrná aktivita a další symptomy poruchy ADHD (hyperaktivita) (Wiik et al., 2010; Le Mare, Audet, 2002). U těchto dětí je možný také zvýšený výskyt pozdějších závislostí (Racusin et al., 2005; Takayama et al., 1994). Závažným následkem ústavní péče je „desinhibovaná přichylnost v dětství (neschopnost projevovat společensky výběrové vztahy)“ (F94,2).

Výzkumy potvrzují jednoznačné zlepšení projevů psychických poruch a vývoje při raném příchodu dítěte do stimulujícího (náhradního) rodinného prostředí (Le Mare, Audet, 2002).

MOŽNÉ DŮSLEDKY INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE V RANÉM VĚKU V OBLASTI PSYCHICKÝCH PORUCH

- Častý výskyt psychických obtíží
- Časté užívání psychiatrické medikace
- Vyšší potřeba speciální psychiatrické péče
- Častý výskyt diagnóz poruch emocí, poruch chování, ADHD, úzkostných poruch, posttraumatické stresové poruchy, závislostí
- Obtíže v seberegulaci
- Nižší frustrační tolerance

Dle aktuálního výzkumu v ČR (Ptáček et al., 2011) se poruchy chování vyskytují u 32 % dětí v pěstounské péči a u 30 % dětí v ústavech. U dětí v pěstounské péči a u dětí z dětských domovů se nejvíce vyskytují poruchy chování (6 % pěstounské, 12 % dětské domovy), poruchy učení (26 % pěstounské, 34 % dětské domovy) a hyperaktivita (28 % pěstounské, 32 % dětské domovy). Nejméně se tyto poruchy vyskytují ve skupině dětí z neúplných rodin. Následující obrázek graficky znázorňuje výskyt jednotlivých skupin obtíží ve skupinách sledovaných dětí.



Obrázek 4: výskyt poruch chování, učení a hyperaktivity

Podle škály Conners 3, která představuje světově nejrozšířenější hodnotící škálu problémového chování, zvláště s důrazem na projevy hyperaktivity, impulzivity, poruch chování a poruchy opozičního vzdoru, byla zachycena nejvýznamnější přítomnost projevů **hyperaktivity** (a to v celém jejím spektru), **poruch chování i opoziční poruchy u dětí ve skupině dětských domovů**.

Dále bylo zjištěno, že děti z dětských domovů také vykazují nejvyšší úroveň symptomů depresivity, zejména „neschopnosti prožívat radost“, a uvádějí projevy související s pravděpodobností prožití traumatu nebo nepříznivých událostí. Vychovatelé u nich uvádějí významně zvýšenou míru disociativních projevů, která klinicky souvisí s výše uvedenou zvýšenou mírou traumatizace.

SOMATICKÝ VÝVOJ

Jak již bylo uvedeno, raná péče neovlivňuje pouze oblasti psychického vývoje dítěte. Děti vystavené nepříznivému prostředí v prvních letech života – tedy i prostředí bez dostatečného kontaktu s dospělým a citového strádání (Langmeier, Matějček, 1974) – vykazují celou řadu obtíží i v oblasti somatického vývoje. Deprivace a působení negativních faktorů obecně se totiž neprojevuje zpočátku jen zpomalením mentálního vývoje, ale i dlouhodobým zpomalením vývoje tělesného. Děti, které v některé oblasti potřeb strádají, a je nutné zdůraznit, že často se nejedná o biologické potřeby, ale právě potřeby socioemoční, tak dosahují nižší tělesné hmotnosti i tělesné výšky (Cohen et al., 2008). Zejména u dětí s nízkou porodní hmotností (s porodní hmotností pod 2500g) je somatický vývoj kriticky ohrožen (Johnson et al., 2010). Tyto děti jsou zároveň náchylnější k následkům sociální deprivace, a proto je třeba věnovat jim zvláště zvýšenou péči, a to nejen zdravotní, ale zejména péči v oblasti sociálního kontaktu s dospělou osobou.

Opoždění tělesného růstu následkem deprivace nazýváme „**psychosociální malý vzrůst**“ (Blizzard, 1990; Johnson, 2000a, 2000b; Skuse et al., 1996). Děti vyrůstající v nedostatečných citových podmínkách v dětských domovech mají sklony k opoždění v tělesném vývoji, co se týče výšky, váhy, obvodu hlavy a hrudníku (Bakwin, 1949; Fried, Mayer, 1948; Smyke et al., 2004; Spitz, 1945; St. Petersburg – USA Orphanage Research Team, 2005).

Hypotézy psychosociálního malého vzrůstu (Blizzard, 1990; Johnson, 2000a, 2000b) uvádějí, že děti vystaveny sociálně emočnímu zanedbávání jsou vystaveny vzrůstovému nedostatku zvanému „psychosociální zakrnělost (dwarfism)“ (Skuse et al., 1996). Růstový deficit údajně vychází z hyperaktivity kortikotropinu (Alanese et al., 1994; Gunnar, 2001; Vazquez et al., 2000).

Dle aktuálního výzkumu v ČR (Ptáček et al., 2011) jsou významné rozdíly v porodní hmotnosti a porodní délce dětí v různých typech péče.

Následující obrázky ilustrují rozdíly v porodní délce a hmotnosti. Průměrná porodní hmotnost biologických dětí je 3,55 kg u úplných a 3,30 kg u neúplných rodin. Průměrně vážily děti z dětských domovů 2,97 kg a děti v pěstounské péči 2,92 kg. Průměrná porodní délka dětí narozených v úplných biologických rodinách byla 51 cm, v neúplných rodinách 50 cm, u dětí z dětských domovů a dětí v pěstounské péči 48 cm.

Děti v náhradní péči mají v anamnéze nižší porodní délku a porodní hmotnost oproti dětem zůstávajícím v biologických rodinách. Ačkoli mají tyto děti ve srovnání s biologickými rodinami méně často v anamnéze uveden např. předčasný porod nebo porodní komplikace (ačkoli tento fakt může být způsoben chybějícími údaji), přesto je jejich porodní hmotnost a délka prokazatelně nižší.

Nízká porodní hmotnost dítě dále znevýhodňuje, děti s nízkou porodní hmotností jsou totiž náchylnější k následkům psychické deprivace. A tu děti následně umístěné do náhradní péče zažívají. Jejich vývoj je pak dále výrazně opožděn. Jak je tedy patrné, děti umístěné do náhradní péče strádají od samého počátku svého života a vývojové opoždění má dále dlouhodobý charakter. Deficity v tělesném růstu i tělesné hmotnosti mohou být ovlivněny nedostatečnou výživou (zanedbávání biologickými rodiči), ale ve většině případů úzce korelují s psychickou deprivací a strádáním v citové oblasti.

Příčinou nízké porodní hmotnosti a porodní délky bývá předčasný porod nebo intrauterinní malnutrice (nedostatečná výživa v prenatálním období). Tyto děti mohou poté dále neprospívat, pokud se nezlepší podmínky, výživa či péče. U sledovaného souboru dětí koreluje nízká porodní hmotnost s nízkou tělesnou hmotností v pozdějším věku. Děti, které tedy měly nízkou porodní hmotnost, dosahují také nižší tělesné hmotnosti v dětství.

Mezi jednotlivými skupinami jsou také výrazné rozdíly v aktuální tělesné výšce, hmotnosti i body mass indexu (BMI). Skupina dětí z úplných biologických rodin se z hlediska tělesné hmotnosti pohybuje okolo průměru. Vzhledem k českým národním normám nevykazuje tato skupina

žádný rozdíl. Stejně tak je tomu u dětí z neúplných rodin, kde jsou hodnoty mírně vyšší, ale stále se pohybují okolo průměru. Děti z dětských domovů a děti z pěstounských rodin se z hlediska tělesné hmotnosti oproti ostatním skupinám pohybují v pásmu podprůměru. Tělesná výška se u dětí z úplných biologických rodin pohybuje v pásmu průměru, děti v pěstounské péči se oproti biologickým rodinám pohybují v podprůměru. Nejnižších hodnot tělesné výšky dosahují děti z dětských domovů.

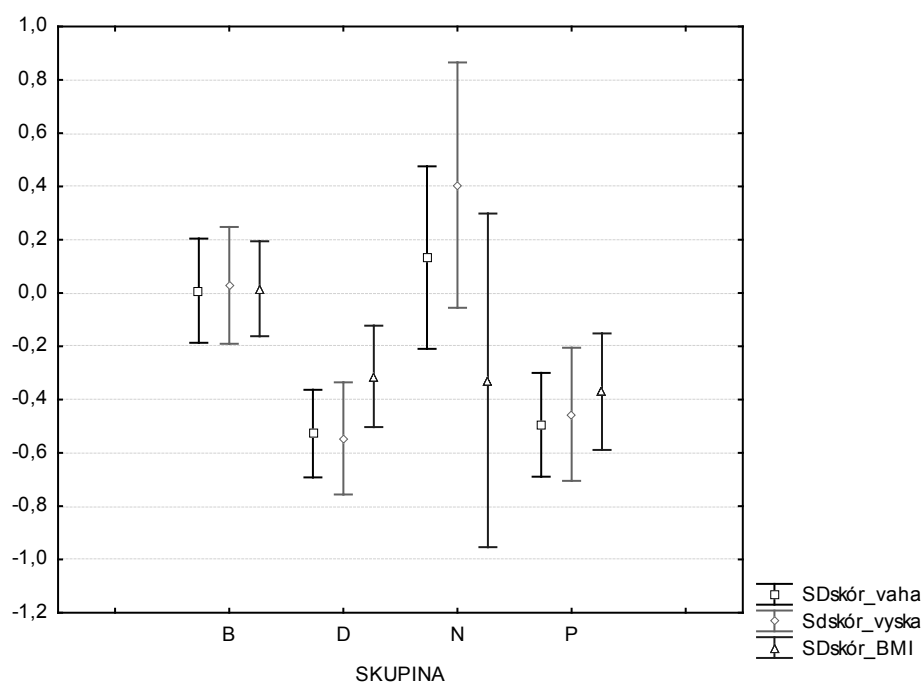
Body mass index vyjadřuje vzájemný poměr mezi výškou a hmotností. Tento index, přestože je v praxi velmi používaný, slouží pouze k orientačnímu posouzení poměru mezi tělesnou výškou a hmotností, neboť nevypovídá o rozložení tělesného svalstva a tuku a u dětí značně kolísá. Nicméně u dětí od šesti let již lze použít. BMI se u dětí z úplných biologických rodin pohybuje okolo průměru. Poměr jejich tělesné hmotnosti a výšky je v normě. BMI u dětí z dětských domovů a dětí z pěstounských rodin se pohybuje v záporných hodnotách. Obě skupiny dětí tedy vzhledem ke své tělesné výšce mají nízkou tělesnou hmotnost. U dětí z dětských domovů mají tyto hodnoty větší tendenci k dosažení průměru – u těchto dětí je totiž tělesná výška i hmotnost přibližně ve stejném pásmu, i když v podprůměrném. U dětí v pěstounské péči vykazuje BMI nižší hodnoty, neboť tyto děti mají vyšší hodnotu v tělesné výšce než v tělesné hmotnosti.

Opoždění v tělesném vývoji je způsobeno řadou faktorů, jedním ze zásadních, jak jsme již zmínili, je raná citová deprivace způsobená nedostatečnou péčí o dítě a nedostatkem vzájemných vřelých vztahů. Děti umístěné do náhradní péče mají ve většině případů nepříznivou minulost, od prenatální péče po ranou postnatální (nedostatečná péče, zanedbávání, týrání), a ačkoli jsou často z nepříznivého prostředí přemístěny do nového bezpečnějšího prostředí, představuje to pro ně další stresovou situaci. V ústavní péči pak, jak již bylo uvedeno, nemají možnost zažít blízké vztahy s vychovateli a dále citově strádají.

Studie uvádějí velmi pozvolné zlepšení v tělesném vývoji dítěte po příchodu do náhradní rodinné péče, které trvá někdy až tři roky, než

dojde k tzv. catch-up růstu a stabilizaci tělesné hmotnosti. Náhradní rodinná péče, zejména kvalitní pěstounská a adoptivní péče, mají významný vliv na růst. Catch-up růst je dobrým ukazatelem podmínek a kvality poskytované péče a zlepšení v kognitivním vývoji (Johnson et al., 2010). Je pravděpodobné, že ne tolik zlepšení výživy, ale zejména další změny, jako je například lepší výchovné a sociální prostředí, mají významný vliv na růst.

Jak je patrné z tabulky a grafu, děti v pěstounské péči dosahují vyšší tělesné výšky než děti z dětských domovů. Stále jsou však oproti biologickým rodinám v podprůměru.



Obrázek 5: SD hodnoty pro výšku, váhu a BMI ve sledovaných souborech.

Moderní studie dále poukazují na skutečnost, že ohroženou oblastí u dětí v institucionálním prostředí je také imunita (Catherine, 2005; Prescott, 2003), jejíž vývoj je bez pravidelného a intenzivního kontaktu s dospělou osobou značně utlumen, což nadále ovlivňuje celkovou zdravotní prognózu těchto dětí.

Mohou se vyskytovat i další fyzické obtíže související s nedostatečnou péčí v raném dětství - omezeným kontaktem s dospělým, oslabeným pocitem

bezpečí a tedy i vyšší sensitivitou. V důsledku toho pak později i běžné každodenní stresory, které by za normálních okolností vůbec stresové reakce nevyvolaly, mohou u těchto dětí vyvolat i zcela neadekvátní reakci. Později se tak podle některých studií u těchto dětí mohou objevovat i obtíže kardiovaskulární a neuroendokrinní (Perry et al., 1995). Např. u dětí, které byly zneužívány a zanedbávány, se uvádí vztah s tělesnými poruchami, jako je ischemická choroba srdeční, jaterní choroby, dokonce i pozdější rakovina plic (Kessler et al., 2008). U vzorku adoptovaných dětí bylo zjištěno jen 15 % úplně zdravých dětí (Johnson a kol., 1992), 85 % dětí mělo zdravotní problémy (Fisher et al., 1997). U traumatizovaného dítěte se mohou postupně projevovat obtíže jako je snížená imunita, problémy se spánkem, tachykardie (abnormálně rychlý tlukot srdce), hypertenze a mnoho neuroendokrinních změn (Perry et al., 1995).

MOŽNÉ DŮSLEDKY INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE V RANÉM VĚKU V OBLASTI SOMATICKÉHO VÝVOJE
- Opoždění tělesného vývoje - Oslabený imunitní systém - Zvýšená potřeba specializované lékařské péče - Další interní obtíže

DISKUSE A SOUHRN HLAVNÍCH NÁLEZŮ

Vývoj dítěte je úzce spjatý s prostředím, ve kterém vyrůstá. Nejdůležitější základnou v životě dětí je jejich potřeba kontinuity s osobami, se kterými jsou si primárně blízké, pocit stálosti, který je navozen, a stabilita. Prožití vzájemných vztahů je klíčové pro zdravý vývoj dítěte. Optimální vývoj u dítěte nastane, pokud je jeho spektrum potřeb uspokojováno od raného dětství a dále v průběhu delšího časového období. Proto je nutný také přívod podnětů v přiměřené míře a variabilitě – dítě potřebuje být podněcováno a stimulováno v oblasti zrakové, sluchové a hmatové. Nedostatek podnětů nebo jednostrannost vývoj narušují a zpomalují a dochází k psychické deprivaci.

Umístění dítěte do náhradní péče s sebou přináší značný zásah do života dítěte a silně ovlivňuje jeho psychický i tělesný vývoj. Důležitou roli hraje narušení vztahů s biologickými rodiči, specifické traumatické zážitky, emocionální narušení v důsledku umístění do náhradní péče a nutnost přizpůsobení se náhradnímu prostředí. Nedůležitějším faktorem v narušení vývoje je ochuzení zejména o citové podněty. První tři až čtyři roky života jsou klíčové pro rozvoj center mozku, která se podílejí na kontrole osobnostních charakteristik, procesech učení a zvládání stresu a emocí. Ústavní výchova má proto v raném věku klíčový vliv na kognitivní vývoj. Na základě výsledků řady studií bylo zjištěno, že děti v ústavní výchově dosahují nižších skóre kognitivního vývoje, mají nižší hodnoty IQ a jsou opožděny v rozvoji řeči. Po odchodu z ústavní péče do náhradní rodinné péče se děti zlepšují v rozumových charakteristikách, uvádí se však, že ke zlepšení u malých dětí dochází až přibližně po čtyřech letech v náhradní rodinné péči. Děti, které byly v ústavní péči po dlouhou dobu, mohou vykazovat výrazné zpoždění i mnoho let. Kognitivní vývoj u dětí v náhradní rodinné péči je dále ovlivněn i osobnostmi náhradních rodičů, motivací a jejich postoji. Větší pozornost a stimulace ze strany náhradních rodičů přispívá ke zlepšení vývoje dítěte.

Významně zasaženou oblastí vývoje dětí v náhradní institucionální péči je socioemoční vývoj, a to zejména z důvodu nedostatečného zažití vztahů

(narušení vazeb s biologickými rodiči a nemožnost vytvoření bližších vazeb v ústavním prostředí). Aby se dítě vyvinulo v psychologicky zdravého člověka, musí mít vztah s dospělým jedincem, a to již v druhé polovině prvního roku života, kdy se u dítěte rozvíjí vazba. Děti v ústavní péči zpravidla nemají možnost si tyto vazby vytvořit. Obtíže v tvorbě vazby mohou pokračovat i po příchodu do náhradní rodinné péče. Faktorem, který hraje roli, je délka času stráveného v ústavní péči. Děti, které jsou umístěny do náhradní péče, prošly výrazným emocionálním stresem v kritických raných stádiích vývoje mozku a vytváření osobnosti. Na základě studií se ukazuje, že děti vystavené institucionalizaci, jsou více bezmezně důvěřivé a mají více nejistých vazeb.

Okolo 30 % dětí umístěných do náhradní institucionální péče se také potýká s emočními a vývojovými poruchami a poruchami chování, tyto jedince častěji užívají psychotropní medikaci a využívají psychiatrických služeb, vykazují vyšší riziko rozvoje poruch chování a emocí v dětství a adolescenci, mají problémy v seberegulaci. V souvislosti s možným výskytem posttraumatické stresové poruchy u těchto dětí je možný také zvýšený výskyt pozdějších závislostí. Deprivace v sociální oblasti se může projevit v nervovém vývoji a manifestovat se až následnými psychiatrickými problémy v pozdějším věku. Dospělí s institucionální minulostí mívají nižší společenské kompetence, nízkou úroveň vzdělání a zaměstnání a nízký skóre sociální integrace.

Zpomalení v psychickém vývoji dětí vychovávaných v náhradní péči úzce souvisí také s vývojem tělesným. Dle studií dochází u těchto dětí ke zpomalení tělesného růstu a nižší tělesné hmotnosti - nikoli z důvodu nedostatečných nutričních podmínek, ale zejména z důvodu psychosociální deprivace. U dětí vyrůstajících v institucionálním prostředí se také častěji vyskytují fyzické obtíže, snížená imunita a nižší odolnost vůči zátěžím. Umístění dítěte do náhradní rodinné péče se jeví jako významný faktor, který pozitivně ovlivňuje také somatický vývoj dítěte. Dobrým ukazatelem pozitivního vlivu náhradní rodiny na vývoj dítěte je zvýšení růstového tempa a stabilizace tělesné hmotnosti.

Nejvýznamnější, rozhodující a nezastupitelný faktor pro nápravu opoždění ve vývoji je kvalita náhradní péče, a v tomto smyslu zejména kvalita náhradní rodinné péče. Dle Bose a kol. (2010) má náhradní rodinná výchova příznivý vliv rovněž na omezení stereotypního chování, které se často vyskytuje u osob vychovaných v ústavním prostředí.

Všechny děti, nehlédě na druh jejich umístění, potřebují individuální pozornost od dospělých (rodičů, pěstounů, vychovatelů). Děti, které zažily zneužívání či zanedbávání, mají zvýšenou potřebu stálosti, bezpečí a emocionální neměnnosti, a jsou tudíž velmi ohrožené z důvodu velkých nestálostí v jejich životech a systému pěstounské péče. Měla by být vynaložena všechna snaha pro rapidní zlepšení stálého umísťování dítěte. Je důležité, aby byl pečlivě vyhodnocen psychosociální kontext a kvalita vztahu, ze kterého je dítě odebráno, zrovna tak jako kvalita náhradní péče (institucionální i rodinné). Tyto informace by měly být použity pro rozhodnutí, jaké umístění bude v nejlepším zájmu dítěte.

Veškerá rozhodnutí ohledně umístění dětí do náhradního prostředí by měla být individualizována v rámci nejlepšího zájmu dítěte a měla by zdůraznit léčebné či nápravné aspekty. Tato rozhodnutí by měla být založena částečně na komplexním vyhodnocení a pravidelném přehodnocování situace dítěte a rodiny profesionály (pediatr, psychiatr, psycholog, sociální pracovník).

Je nezbytné brát v úvahu, že:

1. Péče o dítě je nezbytná pro raný růst mozku a pro fyzické, emocionální a vývojové potřeby dítěte.
2. Biologické rodičovství není nutně propojeno s touhou či schopností se správně starat o dítě.
3. Rodiče by měli dostat přiměřenou asistenci a podporu v udržování rodiny.

-
4. Děti vyžadují od opatroující osoby (rodičů, pěstounů, vychovatelů) stálost, neměnnost a předvídatelnost. Několikanásobné přesuny jsou pro dítě škodlivé.
 5. Vazba, vnímání času a vývojová úroveň dítěte jsou klíčovými faktory v jeho přizpůsobování se okolnímu a vnitřnímu stresu.
 6. Pediatři mohou sehrát konstruktivní roli v doporučení, hodnocení a léčbě dětí, které jsou v ohrožení zneužívání, zanedbávání či jsou vystaveny změnám prostředí.
 7. Náhradní rodiče/ vychovatelé by měli být podporováni, aby:
 - věnovali dítěti dostatek lásky a pozornosti.
 - byli zásadoví v projevech lásky, povzbuzování a disciplíny.
 - povzbuzovali dítě vývojově vhodnými postupy při konverzaci, čtení, hudbě a hraní.
 - dávali dítěti možnost zlepšit jazykové schopnosti skrze přímou řeč a osobní kontakt.
 - přizpůsobili prostředí dispozicím dítěte.
 8. Historie tvoření vazeb u dítěte by měly určovat tempo rozhodování o umístění dítěte.
 9. Umisťování dětí do náhradní péče by mělo vždy maximalizovat nápravné/léčebné aspekty pěstounské péče a mělo by být založeno na potřebách dítěte.
 10. Umisťování dětí do pěstounské péče v rámci příbuzenstva by mělo být založeno na důkladném vyhodnocení potřeb dítěte a schopnosti příbuzenské péče splnit tyto potřeby. Jako ve všech případech pěstounské péče musí být péče příbuzných vhodně podporována a sledována.
 11. Umisťování dětí do ústavní výchovy by mělo být krokem, který je volen jen ve zcela odůvodněných případech, je v zájmu dítěte, jakožto nouzové nebo náhradní řešení, a mělo by být vždy řešením na dobu přechodnou, během které se řeší otázka zvýšení výchovných kompetencí a výchovného prostředí rodiny, nebo se intenzivně řeší otázka dočasné náhradní rodiny.

Na základě studie uskutečněné v ČR v letech 2010-2011 (Ptáček et al., 2011) bylo zjištěno, že mezi dětmi ve všech sledovaných skupinách a v podstatě ve všech sledovaných parametrech jsou významné rozdíly. Z vývojového hlediska jako nejslabší lze hodnotit děti v dětských domovech – a to jak v oblasti intelektu, socioemočního a sociálního vývoje, přítomnosti vývojové patologie a přítomnosti některých specifických psychopatologických projevů, jako je zvýšená depresivita a disociativní symptomy. Dále lze hodnotit statisticky významně zvýšenou přítomnost rizikových faktorů, jako je např. možná traumatizace a pocity osamělosti.

O něco lépe vycházejí ve většině uvedených parametrů děti z pěstounských rodin. S poměrně výrazným odstupem se za nimi nacházejí děti z neúplných, tedy selhávajících rodin. Nejlepší vývojové parametry vycházejí u dětí z úplných biologických rodin. Hodnoceny byly též základní parametry tělesného růstu – výška a váha a některé další. Je nutné konstatovat, že děti z dětských domovů vykazují z hlediska porovnání s populační normou opět největší negativní rozdíl.

V této souvislosti je nutné zdůraznit, že výše uvedené nálezy pouze informují o tom, jaké děti se v příslušných formách péče nacházejí. Není možné interpretovat přímou kauzální závislost – tedy závislost vlivu náhradních forem péče na vývoj dítěte. A to i navzdory skutečnosti, že na základě dostupných dosavadních studií by toto mohlo být i částečně opodstatněné. Při hodnocení zjištěných údajů je nutné nejprve vycházet z interpretace anamnestických dat dětí. V této souvislosti lze u dětí v dětských domovech i pěstounských rodinách předpokládat podstatně výraznější rodinou i raně vývojovou zátěž, než u dětí z původních biologických rodin – a to úplných i neúplných. Ve většině případů tato zátěž představuje pro další vývoj dítěte prognosticky silně negativní prvek, který se odráží do dalšího vývoje. U dětí v náhradních formách péče se jasně ukazuje, že vzdělání, sociální statut, ale i konkrétní obtíže jejich rodičů (např. konflikt se zákonem, nebo v oblasti pracovní anamnézy - nezaměstnanost) mají pro dítě výrazněji negativně prognostický

charakter. Stejně tak zmíněná raná anamnéza obsahuje silně negativní prvky, jako jsou např. průměrně výrazně nižší porodní váha a délka, raný vývoj v kojeneckých ústavech apod.

Z tohoto hlediska lze jednoznačně konstatovat, že děti v náhradních formách péče, a to zvláště děti v náhradní výchovné péči (dětských domovech), vykazují zcela výrazně apriorní negativní vývojovou zátěž, a to ještě před vstupem do dětského domova. Nicméně i přes tuto skutečnost jsou takto ohrožené děti vystavovány další vývojově nepřiměřené zátěži, a to zvláště ve smyslu jevů, jako je střídání pobytu v různých dětských domovech, opakované návraty z pěstounské péče apod.

ZVLÁŠTĚ VÝZNAMNÁ ZJIŠTĚNÍ V OBLASTI ANAMNÉZY

- 55 % dětí v pěstounské péči bylo v dětském domově.
- Alespoň jednou vráceno z pěstounské péče bylo 18% dětí v dětských domovech a 7 % procent dětí v aktuálních pěstounských rodinách.
- 35 % dětí v dětských domovech vystřídaloby pobyt ve 2 - 4 zařízeních.
- Průměrně 32 % dětí umístěných v dětských domovech nebo pěstounské péči bylo v období raného vývoje umístěno v kojeneckém ústavu.
- Důvodem umístění dětí v dětském domově ve zkoumané skupině byla v 66 % nedostatečná péče o dítě a v celých 10 % případů finanční situace rodiny. V 7 % případů rodiče nezvládali výchovu, v 5 % byly důvodem odebrání sociální důvody rodiny.
- Pouze ve 12 % případů byly umístěny děti z důvodů, které lze považovat za jednoznačně oprávněné, a to týrání, alkoholismus rodičů a rodiče ve výkonu trestu.
- Děti umístěné v dětských domovech mají ze sledovaných skupin statisticky nejvýznamnější počet odkladů základní školní docházky.

- Rodiče dětí v náhradních formách péče mají nejnižší vzdělání a jsou významně častěji nezaměstnaní.
- Rodiče dětí v náhradních formách péče jsou statisticky významně častěji ve výkonu trestu odnětí svobody.
- U dětí v náhradních formách péče je častěji uváděn opožděný psychomotorický vývoj a menší vyspělost ve srovnání s vrstevníky.
- S dlouhodobými zdravotními obtížemi se léčí nejvíce dětí z pěstounských rodin a dětí z dětských domovů.
- Poruchy chování se vyskytují u 32 % dětí v pěstounské péči a u 30 % dětí v ústavech. Tyto děti také častěji užívají psychiatrickou medikaci.
- Problematická výživa je nejčastěji uváděna u dětí z dětských domovů.
- Největší obtíže se zvládáním školních povinností mají děti v dětských domovech a pěstounských rodinách.
- Pobyt v kojeneckém ústavu úzce souvisí s horším vývojem ve všech oblastech.

V souvislosti s teoretickými poznatky i souhrny dosavadních studií je nutné zvažovat, že určitý vliv na negativní vývojové charakteristiky dětí v náhradních formách péče (a zvláště v dětských domovech) má zejména „nepřítomnost blízké osoby“. I ta nejkvalitnější péče v dětských domovech nemůže z vývojového hlediska nahradit silný oboustranný emoční vztah s blízkou osobou, který je pro úspěšný vývoj dítěte nezbytný. I v oblasti vývojových charakteristik dětí v rámci zkoumaných skupin lze hodnotit celou řadu specifických i nespecifických rozdílů. Příčinná souvislost těchto rozdílů je silně multifaktorová – podílí se na nich skutečně velké množství skutečností a souvislostí. Jednoznačně lze zvažovat silně negativní anamnestické předpoklady, uvažovat lze také o vlivu institucionální, respektive náhradní péče. Zjištění o vývojových rozdílech ve sledovaných skupinách jsou sice na první pohled poměrně jasná a

statistiky jsou v celkových hodnotách na poměrně vysoké hladině pravděpodobnosti, nicméně při bližším pohledu zjišťujeme, že realita není „černobílá“. Nacházíme i silné stránky nejvíce ohrožených dětí, tedy dětí v ústavní péči, a zároveň nacházíme i slabá místa dětí ve výchovně optimálním prostředí biologické rodiny. Obojího rozhodně není málo. Nicméně v celkovém pohledu se musíme soustředit na hlavní nálezy, a to i proto, že dosavadní studie jasně ukazují, že nejvýznamnější prognostickou váhu mají globální charakteristiky, nikoliv ty dílčí.

ZVLÁŠTĚ VÝZNAMNÁ ZJIŠTĚNÍ V OBLASTI VÝVOJE

Kognitivní vývoj: Intelektově nejslabší vycházejí děti z dětských domovů, a to v celkovém i dílčích intelektových skórech, dalšími v pořadí jsou pěstounské děti a nejvyšší výkon vykazují děti ve skupině biologických rodin. Děti z neúplných rodin vykazují nejmenší, stále však statisticky významný rozdíl oproti dětem z rodin úplných. V oblasti expresivní řeči skupina dětí z dětských domovů vykazuje statisticky velice významně nejslabší výsledky ze všech skupin.

Socioemoční vývoj a sociální vývoj: Děti ze skupiny dětských domovů vykazují nejnižší výkon v oblasti rozeznávání emocí a sociálně kompetentního chování. V oblasti porozumění sociálním situacím a regulace emocí jsou na tom ovšem lépe, než děti ze skupiny pěstounských rodin. Děti z dětských domovů vykazují statisticky významně častěji závažné pocity osamění.

Sebehodnocení: Nejnižší sebehodnocení, tedy i např. vyšší potřebu spoléhat se na pomoc jiné osoby, vykazují děti z biologických rodin. U dětí v dětských domovech a pěstounských rodinách lepší charakteristiky v této oblasti lze hodnotit jako větší „nutnost“ spolehnout se na sebe sama a větší nutnost samostatnosti.

Traumatizace: U dětí v dětských domovech a pěstounských rodinách je výrazně zvýšená pravděpodobnost emočního, fyzického a sexuálního zneužívání/zanedbávání. Nevyšší hodnoty vykazují v oblasti emočního a

fyzického zanedbávání dětí z dětských domovů, což v podstatě odpovídá zjištěným anamnestickým údajům.

Vývojová psychopatologie: Nejčastější projevy vývojové psychopatologie, zvláště ve smyslu poruch chování, hyperaktivity, impulzivity, poruch opozičního vzoru a podobně, vykazují děti v dětských domovech a pěstounských rodinách, a v poměrně shodné míře. Tento výskyt až trojnásobně překračuje výskyt v běžné populaci.

Aktuální psychopatologické projevy: Děti v dětských domovech vykazují nejvyšší úroveň symptomů depresivity, nižší schopnost prožívat radost a výraznější pocity osamělosti. Pocity osamělosti byly zaznamenány i v oblastech odpovídajících osamocení ve vztazích s vrstevníky.

Školní úspěšnost: Nejlépe hodnotí vlastní školní úspěšnost děti ze skupiny biologických rodin, a to především v oblasti obecných schopností, čtení a pravopisu. Nejnižší hodnocení pak mají děti ze skupiny dětských domovů.

ZÁVĚR

Do náhradní výchovné nebo rodinné péče by měly být umísťovány děti, které jsou z nějakého důvodu ve svém původním výchovném prostředí závažně ohroženy. Mezi tyto důvody se celosvětově považuje týrání, zneužívání, závažné formy zanedbávání a další jevy, které ohrožují život, zdraví nebo optimální vývoj dítěte. V těchto případech je úkolem státu rychle a účinně zakročit a dítěti poskytnou náhradní prostředí, ve kterém zajistí jeho vývoj. Proto by pro stát měla být ústřední otázka, v jakém prostředí a s jakými jeho charakteristikami bude nejlépe zajištěn zdravý a optimální vývoj dítěte. Touto otázkou se zabývá řada nejvýznamnějších odborníků z řady oblastí po celém světě již téměř 70 let.

V České republice se o zásadní poznání v této oblasti zasadil Prof. Matějček. Zjistil, že se děti v náhradní ústavní péči opoždějí nejvíce v těch oblastech, které jsou vázané na citový vztah k dospělému. Za kritické období považoval věk 1-3 roky, kdy dochází u dětí v ústavní péči k výraznému opoždění v rozvoji řeči, intelektu, tělesném vývoji, nejvýznamněji však jsou děti opožděny v sociálním chování. Nicméně jako ohrožující prokázal v podstatě jakýkoliv dlouhodobější pobyt v ústavní výchově. Dále také prokázal, že prostřednictvím zlepšení podmínek ústavů lze dosáhnout pokroku ve vývoji motoriky a adaptace, ale ke zlepšení v socioemoční oblasti a rozvoje řeči je zapotřebí navázání hlubších citových vztahů.

Pro správný vývoj dítěte je tedy nutný přívod podnětů v přiměřené míře a variabilitě. Dítě potřebuje být podněcováno a stimulováno nejen v oblasti smyslové, ale také emoční a sociální. Nedostatek podnětů nebo jejich jednostrannost vývoj narušuje či zpomaluje a dochází k tzv. psychické deprivaci. Ideálním prostředím pro zdravý vývoj dítěte je takové, které dítěti poskytuje jednak dostatek podnětů a jednak rodičovské vzory stejného i opačného pohlaví. Každé životní období je jinak citlivé na vnější vlivy a podněty.

Vhodná intervence může zmírnit negativní vliv umístění dítěte do ústavní péče, a to např. změnami pracovního prostředí, redukcí počtu pečovatелů na počet dětí, podpora interakcí a vztahů mezi dětmi a opatrovníky, zvýšení kvalifikace vychovatelů a školení zejména ve vzdělávacích programech. Největší význam mají především ty prvky intervence, které poskytují příležitost pro zlepšení sociální, emocionální a vztahové zkušenosti.

Pokud se intervence soustředí na sociálně emoční vztah mezi opatrovníkem a dítětem, rozvoj dětí se zlepší v každé oblasti vývoje. V tomto ohledu lze jednoznačně pozitivně hodnotit přechod některých dětských domovů na model tzv. rodinné péče.

Ačkoli mnoho dětských domovů poskytuje lepší životní prostředí než prostředí nefungujících biologických rodin, nemohou poskytnout individuální péči, která se nachází v milující a zodpovědné rodině. Proto by měly být podporovány formy náhradní rodinné péče, které dítěti mohou nabídnout rodinné prostředí, a jak se studiemi potvrzuje, pozitivně ovlivnit celkový vývoj dítěte. Dítě může mít narušenou schopnost vytvářet vazby a po příchodu do náhradní rodinné péče může být nejisté. V tu chvíli mají svou důležitost osobnost a postoje „náhradních rodičů“. Proces rozhodování o umístění dítěte do péče by proto měl zohledňovat skutečnost, do jaké míry může probíhat vzájemné působení mezi individuálním temperamentem dětí a případnými náhradními rodiči. Každý neúspěch v umístění do náhradní rodinné péče a následný návrat zanechává na dítěti následky v podobě neschopnosti vytvářet si ve svém životě jisté vazby.

Přestože srovnání dětí v ústavní péči s dětmi vychovávanými v rodinách ukazuje, že institucionalizace je sama o sobě činným faktorem ovlivňujícím jejich výkony a vývoj, důvod proč děti končí v ústavech, nesmí být opomenut. Do ústavů se ve většině případů dostávají děti s nepříznivou minulostí, se špatnou prenatální a postnatální péčí, v řadě případů jsou tyto děti již od samotného počátku svého života odmítány. Vývoj je tedy již v počátku narušen.

Přes zmíněné negativní vlivy ústavní výchovy na vývoj dětí a výsledky studií sledujících jejich závažnost, ústavní výchova má v systému náhradní péče nezastupitelné místo a nelze se bez ní obejít. Umístění do náhradní ústavní péče však, jak studie potvrzují, není schopno narušený vývoj nikterak zvrátit. Ústavní péče by tedy neměla sloužit k dlouhodobému umístění dětí. Pro zdravý vývoj dítěte je potřebné a přirozené vyrůstat v rodinném prostředí, které mu poskytuje dostatek podnětů a pocit kontinuity. Pouze takové prostředí je schopno pozitivně ovlivnit i narušený vývoj dítěte.

LITERATURA

1. Ainsworth MDA, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
2. Avierzer O, Sagi A, Resnick G, Gini M (2002). School competence in young adolescence: Links to early attachment relationships beyond concurrent self-perceived competence and representations of relationships. *International Journal of Behavioral Development*;26(1):397–409.
3. Bandura A (1977) Social learning theory. Prentice-Hall; Englewood Cliffs, NJ.
4. Barnett D, Vondra JI, Shonk SM (1996). Self-perceptions, motivation, and school functioning of low-income maltreated and comparison children. *Child Abuse Negl.*;20:397–410.
5. Belsky J (1999). Interactional and contextual determinants of security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 249–264). New York: Guilford Press.
6. Bowlby J (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*;39:350– 373.
7. Bowlby J (1982). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books. (Original work published 1969)
8. Bradley RH, Corwyn RF, Burchinal M, McAdoo HP, Coll CG (2001). The home environments of children in the United States. Part II: Relations with behavioral development through age thirteen. *Child Development*;72:1868–1886.
9. Carlson EA, Sroufe AL (1995). Contributions of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods* (pp. 581–617). New York: Wiley.
10. Carlson V, Cicchetti D, Barnett D, Braunwald K (1989). Finding order in disorganization: Lessons from research on maltreated infants' attachments to their caregivers. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 494–528). New York: Cambridge University Press.
11. Catherine J (2005). The Immunological Components of Human Milk and Their Effect on Immune Development in Infants., *The American Society for Nutritional Sciences J. Nutr.* 135:1-4, January
12. Chisholm K (1998). A three-year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092–1106.

-
13. Chisholm K, Carter M, Ames EW, Morison SJ (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7, 283–294.
 14. Cicchetti D, Barnett D (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3, 397–411.
 15. Cohen NJ, Lojkasek M, Zadeh ZY, Pugliese M, Kiefer H (2008) Children adopted from China: a prospective study of their growth and development. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Apr;49(4):458-68.
 16. Costello EJ, Angold A (1995). A brief history of child psychiatric epidemiology in developmental epidemiology. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental Psychopathology*. Vol 1: Theory and Methods. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc:23–56
 17. Crittenden PM (2001). Organization, alternative organizations, and disorganization: Competing perspectives on the development of endangered children. *Contemporary Psychology*;46:593–596.
 18. Crittenden PM (1988). Relationships at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 137–174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
 19. DeWolff MS, van IJzendoorn MH (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development* 68, 571–591.
 20. Fisher L, Ames EW, Chisholm K, Savoie L (1997). Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 67–83.
 21. Freud S (1940). *An outline of psychoanalysis*. Norton; New York.
 22. Johnson DE (2000a). Long-term medical issues in international adoptees. *Pediatric Annals*;29:234–241.
 23. Goldfarb W (1945a). Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, 247–255.
 24. Goldfarb W (1945b). Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. *American Journal of Psychiatry*, 102, 18–33.
 25. Hellbrügge T, Šoltés I, Archalousová A, Ilenčíková D. (2010). Prvních 365 dní v životě dítěte. *Psychomotorický vývoj kojence*. Praha. Grada.
 26. Johnson DE, Guthrie D, Smyke AT, Koga SF, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA 3rd. (2010) Growth and Associations Between Auxology, Caregiving Environment, and Cognition in Socially Deprived Romanian Children Randomized to Foster vs Ongoing Institutional Care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Apr 5. (Epub ahead of print)

-
27. Kaler SR, Freeman BJ (1994). Analysis of environmental deprivation: Cognitive and social development in Romanian orphans. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 769–781.
 28. Kessler RC, Pecora PJ, Williams J, Hiripi E, O'Brien K, English D, White J, Zerbe R, Downs C, Plotnick R, Hwang I, Sampson NA (2008). Effects of Enhanced Foster Care on the Long-term Physical and Mental Health of Foster Care Alumni. *Arch Gen Psychiatry*;65(6):625-633.
 29. Landry SH, Smith KE, Swank PR (2006). Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental Psychology*;42:627–642.
 30. Langmeier J., Matějček Z. Psychická deprivace v dětství. Praha, SZN 1963, 219-222.
 31. Langmeier J, Matějček Z (1974). Psychická deprivace v dětství. Praha, Avicenum, 99-101.
 32. Le Mare L, Vaughan K, Warford L, Fernyhough L (2001). Intellectual and academic performance of Romanian orphans 10 years after being adopted to Canada. Poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis, MN.
 33. Lieberman AF, Zeanah CH (1995). Disorders of attachment in infancy. *Infant Psychiatry*, 4, 571–587.
 34. Lyons-Ruth K (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64–73.
 35. Lyons-Ruth K, Alpern L, Repacholi B (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572–585.
 36. Matějček Z (1999). Náhradní rodinná péče. Praha: Portál. 184 s. ISBN 80-7178-304-8.
 37. Matějček Z (2004). Psychická deprivace a residence, Mezinárodní symposium Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie. Mnichov.
 38. Merz EC, McCall RB (2010a). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *J Abnorm Child Psychol*. May;38(4):459-70.
 39. Merz EC, McCall RB (2010b). Parent ratings of executive functioning in children adopted from psychosocially depriving institutions. *J Child Psychol Psychiatry*. Oct 18.
 40. O'Connor TG, Rutter M, the ERA Study Team (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703–712.
 41. Perry B, Azad I (1999). Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 11, 310–316.

-
42. Perry BD, Pollard RA, Blakeley TL, Baker WL, Vigilante D (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become traits." *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.
 43. Perry BD (2000). Trauma and terror in childhood: The neuropsychiatric impact of childhood trauma. In I. Schulz, S. Carella & D.O. Brady (Eds.), *Handbook of Psychological Injuries: Evaluation, Treatment and Compensable Damages*. Washington, DC: American Bar Association Publishing.
 44. Pollak SD, Cicchetti D, Klorman R (1998). Stress, memory and emotion: Developmental considerations from the study of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 10, 811-828.
 45. Prescott S L (2003). Early origins of allergic disease: a review of processes and influences during early immune development. *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology*, 3(2): 125-132.
 46. Ptáček R. a kol. (2011). Závěrečná zpráva. „Vývoj dětí a jejich potřeb v náhradní rodinné a výchovné péči v kontextu současného společenského vývoje. Dílčími cíli projektu bude mapování osobnostních charakteristik „náhradních“ rodičů, náhradních rodin a výchovných postupů". MPSV.
 47. Rosenfeld AA, Pilowsky D, Fine P et al. (1997). Foster care: an update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:448-457
 48. Rutter M, O'Connor TG (1999). Implications of attachment theory for child care policies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 823-844). New York: Guilford Press.
 49. Tizard B, Cooperman O, Joseph A, Tizard J (1972). Environmental effects on language development: A study of young children in long-stay residential nurseries. *Child Development*, 43, 337-358.
 50. Rutter M, the English and Romanian Adoptees Study Team (1998). Developmental catch-up, and delay, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.
 51. Rutter M, O'Connor TG (1999). Implications of attachment theory for child care policies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 823-844). New York: Guilford Press.
 52. Tizard B, Hodges J (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 99-118.
 53. Tizard J, Tizard B (1971). The social development of two-year-old children in residential nurseries. In H. R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 147-163). New York: Academic Press.

-
54. Tizard B, Rees J (1975). The effect of early institutional rearing on the behavior problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 61–73.
 55. Tottenham N, Hare TA, Quinn BT, McCarry TW, Nurse M, Gilhooly T, Millner A, Galvan A, Davidson MC, Eigsti IM, Thomas KM, Freed PJ, Booma ES, Gunnar MR, Altemus M, Trickett, P. K. & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311-337.
 56. Vorria P, Rutter M, Pickles A, Wolkind S, Hobsbaum A (1998). A comparative study of Greek children in long-term residential care and in two-parent families: I. Social, emotional, and behavioral differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 225–236.
 57. Wiik KL, Loman MM, Van Ryzin MJ, Armstrong JM, Essex MJ, Pollak SD, Gunnar MR (2011). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *J Child Psychol Psychiatry*. Jan;52(1):56-63.

Poznámky

Účelová neperiodická publikace

VÝVOJ DĚTÍ V NÁHRADNÍCH FORMÁCH PÉČE

Vyšlo v roce 2011,
vydání první, 56 stran, 1 500 výtisků.
Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí,
Na Poříčním právu 1, 128 01 Praha 2
jako neprodejnou účelovou publikaci.

ISBN 978-80-7421-040-2

Neprodejné

