

Veronika Buriánová

# **Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu rané institucionální výchovy na vývoj dítěte**

© STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, spolek

Praha

2017

Tato analýza byla vydána v rámci projektu „Centrum podpory náhradní rodinné péče II“ díky finanční podpoře Nadace Sirius. Více informací o projektu a dalších publikacích naleznete na [www.nahradnirodina.cz](http://www.nahradnirodina.cz) a [www.centrumpodpory.cz](http://www.centrumpodpory.cz).

Děkujeme Nadaci Sirius za finanční a dlouhodobou podporu aktivit směřujících ke zlepšení péče o ohrožené děti v České republice.

## **Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu rané institucionální výchovy na vývoj dítěte**

© PhDr. Veronika Buriánová

© STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, spolek, Praha, 2017

Vydalo STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, spolek  
Jelení 91, 118 00 Praha 1  
[info@nahradnirodina.cz](mailto:info@nahradnirodina.cz)  
[www.nahradnirodina.cz](http://www.nahradnirodina.cz)

Odborná garantka: PhDr. Věduna Bubleová  
Jazyková korektura: Zuzana Straková

## Obsah

Úvod.....	4
<b>1. Institucionální výchova v raném dětství a její vliv na další vývoj: české a zahraniční výzkumy .....</b>	<b>5</b>
1.1 Výzkumy v českém prostředí.....	5
1.2 Vybrané zahraniční výzkumy.....	10
1.3 Shrnutí.....	19
<b>2. Teorie attachmentu.....</b>	<b>21</b>
2.1 Zpráva Maternal Care and Mental Health .....	21
2.2 Prvotní formulace teorie attachmentu – John Bowlby.....	22
2.3 Výzkum attachmentu – Mary Ainsworthová .....	22
2.4 Hlavní teze teorie attachmentu .....	23
2.5 Shrnutí.....	28
<b>3. Poznatky neurověd.....</b>	<b>29</b>
3.1 Základní principy neurovývoje .....	29
3.2 Vztah základních principů neurovývoje a psychopatologie .....	32
3.3 Konkrétní odlišnosti ve vývoji mozku u traumatizovaných dětí .....	33
3.4 Attachment.....	35
3.5 Využití poznatků neurověd v terapii .....	36
3.6. Shrnutí.....	39
<b>4. Závěr.....</b>	<b>41</b>
<b>Použité zdroje .....</b>	<b>44</b>

## Úvod

Debata o profesionální pěstounské péči pro nejmenší děti je stále velmi živá. Zastánci profesionální pěstounské péče zdůrazňují význam kvalitních raných vztahů pro další vývoj osobnosti a zdravý vývoj mozku, zastánci institucionální formy zdůrazňují primární nutnost zdravotní péče o tyto děti.

Co potřebují ohrožené děti v raném věku pro svůj zdravý vývoj? I když se tato práce zdá jako relativně rozsáhlá, nabízí pouze stručnou sondu do poznatků ze tří oblastí: výzkumů o vlivu rané institucionalizace na další vývoj, teorie attachmentu a poznatků neurověd. Vzhledem k omezenému počtu zdrojů a citovaných autorů nemůže článek aspirovat na větší cíl, než je poskytnutí základního přehledu konkrétních, vědecky podložených poznatků o zásadním vlivu zkušeností získaných v raném dětství na různé oblasti vývoje. I tento stručný přehled však stačí k odpovědi na základní otázku: potřebují ohrožené děti kvalitní vztahy, nebo kvalitní zdravotnickou péči?

# 1. Institucionální výchova v raném dětství a její vliv na další vývoj: české a zahraniční výzkumy

Historie odborného zájmu o děti vyrůstající v nepříznivých životních podmínkách sahá do třicátých a čtyřicátých let 20. století, kdy jejich duševní vývoj zkoumala tzv. vídeňská škola Ch. Bühlerové. Psychologové vycházející z této školy se začali zabývat analýzou činitelů podmiňujících tzv. psychologický hospitalismus (dřívější termín pro následky psychického strádání) a prokázali nepříznivé následky ústavní péče v raném dětství. Ke stejným závěrům dospělo v následujících letech mnoho autorů (Langmeier, Matějček, 2011, pečlivý přehled výzkumů realizovaných do šedesátých let vč. kritického zhodnocení, s. 73–90, aktuálnější přehled např. Zeanah et al., 2003; Smyke et al., 2007).

Tato kapitola nabízí výběr z českých a zahraničních výzkumů jak historických (z důvodu demonstrace faktu, že o nepříznivých následcích ústavní výchovy v raném dětství na další vývoj víme vsutku dlouho), tak relativně současných. Výzkum vlivu deprivacních zkušeností v raném dětství je spojen s mnoha metodologickými obtížemi, proto jsou u každého výzkumu popsány jeho limity.

## 1.1 Výzkumy v českém prostředí

V českém prostředí byl bohužel realizován pouze jediný výzkum zahrnující děti umístěné do institucionální výchovy v kojeneckém věku, i když v historii se prospíváním ústavních dětí zabývalo mnoho odborníků.

### Historie

Přehled studií zabývajících se dětmi vyrůstajícími v kojeneckých ústavech v padesátých letech podávají Langmeier a Matějček (2011, s. 94–103). Ve studii publikované v roce 1956 porovnávaly Meszárošová a Jurčová vývoj 186 dětí z denních jeslí, 87 dětí z týdenních a 43 dětí z trvalých ústavů ve věku 6–24 měsíců. U ústavních dětí zjistily významné opoždění vývoje, nejvíce v řeči a motorice, a také nejvyšší výskyt pohybových automatismů a dumlání. Příčinu autorky viděly v nedostatečném kontaktu dětí s dospělými. Ke stejným závěrům dospěli Damborská (publikováno v roce 1957) či Koch (publikováno v roce 1961). Damborská také srovnáním reakcí dětí z ústavů a z rodin na nezvykle změněnou situaci (a s neznámými hračkami) prokázala významně horší adaptabilitu ústavních dětí. Podle Damborské mají děti v rodinách zkušenost s větší variabilitou prostředí, ale především stálého průvodce změnami – matku (Langmeier, Matějček, 2011).

### *Typy deprivované osobnosti ústavního dítěte – časné následky psychické deprivace*

Historie odborné práce s ohroženými dětmi v českých podmínkách je nedílně spjata s prof. Matějčkem a Langmeierem. Podrobným sledováním a vyšetřováním dětí různého věku v různých typech ústavních zařízení<sup>1</sup> v šedesátých letech dospěli Matějček et al. (1995) a Langmeier

---

<sup>1</sup> Batolecí DD – 160 dětí ve věku 1–3 roky, předškolní DD – 151 dětí, zvláštní školy internátní, ZŠ s DD – 268 chlapců ve věku 11–14 let.

a Matějček (2011) k pěti typům osobnosti deprivovaného dítěte, které později označili za časné následky psychické deprivace:

- **Typ „normoaktivní“ či relativně dobře uzpůsobený** – děti, které dosáhly určité rovnováhy i v podmínkách podnětového ochuzení. Vyrovnanost v chráněném prostředí ústavu se však může pod tlakem nezvyklých nároků mimo ústav snadno zhroutit.
- **Typ hypoaktivní či útlumový** – děti s celkově sníženou aktivitou, emočně apatické, zaměřené na svět věcí a neosobních událostí.
- **Typ sociálně hyperaktivní** – děti s potřebou obrovského přísunu sociálních podnětů, s mimořádným, avšak povrchním zájmem o všechno dění v okolí, zájmem o každého příchozího (hned se jdou mazlit, ale hlubší vztahy nenavazují). Obtížně si osvojují nové návyky a dovednosti.
- **Typ sociálně provokativní** – děti, které sociální kontakt navazují násilným, provokujícím způsobem, často agresivním.
- **Typ charakterizovaný náhradním uspokojováním potřeb** – děti, které nedostatek podnětů z oblasti citové a sociální vede ke zvýšené snaze k získání podnětů z jiných oblastí, na nižší úrovni – přejídání, autoerotické aktivity, šikana, týrání zvířat apod.

### **Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace**

Výzkum Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace realizovaný Matějčkem, Bubleovou a Kovaříkem (1995, 1996) je jediný československý výzkum zahrnující děti se zkušeností s institucionální výchovou v raném dětství (kojeneckém věku).

Výzkumný tým od roku 1966 sledoval postupně pět skupin dětí lišících se v riziku ohrožení psychickou deprivací a v intenzitě následných terapeutických opatření (Matějček et al., 1995):

- 1) Skupina 60 dětí, které nepřetržitě vyrůstaly v dětských domovech až do konce povinné školní docházky a kterým bylo na konci projektu 40 let (skupina DD). Dlouhodobé deprivací zkušenosti, žádná cílená pomocná opatření, jen „život“ a vnitřní síly jedince.
- 2) Skupina 116 osob, které byly v dětství vychovávány v SOS dětských vesničkách a které byly na konci projektu v mladším věku dospělém (skupina SOS). Různě dlouhé deprivací zkušenosti v dětství, dále rodinná výchova ve specifických podmínkách dětské vesničky, určitá ochranná opatření při osamostatnění.
- 3) Skupina 93 osob vychovávaných individuálně v pěstounských rodinách, které byly na konci projektu v mladším věku dospělém (skupina PP). Deprivací zkušenosti v dětství (v menší míře než u dětí SOS), dále výchova ve standardním modelu rodiny, běžná rodinná ochranná opatření při osamostatnění.
- 4) Skupina 220 dětí narozených z prokazatelně nechtěného těhotenství, na konci projektu ve věku 30 let (skupina ND). Předpokládané subdeprivací vlivy ve vlastní rodině, v níž trvale žijí.
- 5) Skupina 220 dětí narozených z přijímaného těhotenství (K). Bez předpokládaných deprivací a subdeprivací vlivů. Děti trvale žijící ve vlastní rodině.

### **Skupina DD**

Skupina dětí z dětských domovů byla sestavena v roce 1965 a tvořilo ji 60 dětí (30 chlapců a 30 dívek), které nejpozději od svých tří let až do ukončení povinné školní docházky vyrůstaly v kojeneckých ústavech, dětských domovech či zvláštních školách internátních, v současné době již neexistujících (Matějček et al., 1995). Celkem 62 % dětí bylo do ústavu přijato ihned po narození nebo do 1. roku, 22 % mezi 1. a 2. rokem a 17 % mezi 2. a 4. rokem; 50 % dětí prošlo 4 ústavy, 33 % jich vystřídalo více než 5. Průměrná délka pobytu v jednom ústavu byla 4,5 roku. Téměř všechny děti opustily dětský domov v 15 letech, pouze 3 zůstaly do 18 let (Bubleová, 1992).

Ve starším školním věku proběhla při 2- až 3týdenním diagnostickém pobytu na dětské klinice somatická, psychologická a sociální vyšetření rozsáhlým souborem metod. Děti byly dále průběžně sledovány v několika etapách: v roce 1966, 1973, 1974, 1982, 1992. Původní neurologické vyšetření ukázalo nález v mezích normy pouze u 50 % dětí, autoři proto předpokládají u této skupiny zvýšenou zranitelnost nervového systému vůči deprivacím vlivům (Matějček et al., 1995).

### **Skupina DD ve 40 letech**

V letech 1992–1994 výzkum pokračoval s 56 lidmi (28 žen a 28 mužů) průměrného věku 37,4 roku (v rozpětí od 34 do 41 let). Data byla získávána pomocí dotazníků<sup>2</sup> a u 14 osob také pohovorem. Na základě výsledků výzkumu rozdělili autoři sledovaný soubor do 4 podskupin (Matějček et al., 1995):

#### *1) Děti z dětských domovů žijící nyní v dospělosti v ÚSP (5 osob)*

Tato podskupina se z celého souboru vydělila jako podskupina s těžším mentálním postižením (které bylo zjištěno již na počátku školní docházky a potvrzeno během pobytu na dětské klinice v roce 1966). Ač všechny děti absolvovaly nejméně 4–5 tříd zvláštní školy a měly by tedy dosáhnout určité společenské samostatnosti, byly na ústavu zcela závislé. Posudek z ÚSP nebyl příznivý v oblastech pracovní angažovanosti a společenské aktivity ani v jednom případě, upozorňoval na jejich sobectví, neschopnost spolupráce, konfliktnost, náladovost, samotářství.

Nepříznivý vývoj je podle autorů důsledek kombinace primárního mentálního postižení a sekundárního přidružení psychické deprivace. Výchozí stav byl příznivější než kolem čtyřicátého roku věku, docházelo tedy k postupné intelektové i sociální deterioraci.

#### *2) Osoby nespolupracující (6 osob)*

Tato podskupina nereagovala na žádosti o vyplnění dotazníků, data byla tedy získána od sociálních odborů. Šlo většinou o sociálně izolované jedince, kteří měli závažné problémy se zařazením do společnosti, v partnerských i manželských vztazích většinou selhávali. Často se stěhovali, měli konflikty se zákonem. Neochotu spolupracovat autoři vysvětlují neschopností sociální komunikace z důvodu vážně narušeného vývoje jejich identity.

---

<sup>2</sup> Dotazník pro muže a ženy (Matějček), Standardizovaný dotazník rodičovského přijímání a odmítání dítěte PARQ, dotazník zaměřený na prožitky z ústavního prostředí a život po osamostatnění, Skóre psychosociální adaptace (SPSA).

### 3) Osoby částečně spolupracující (8 osob)

Tyto osoby vyplnily kontaktní dotazník, ale další spolupráci odmítly. V této podskupině byl nápadný nízký stupeň dosaženého vzdělání (většinou zvláštní školy), časté střídání zaměstnání a bydliště a neschopnost vychovávat své děti. Osoby z této podskupiny měly potíže se zákonem (výtržnictví, drobné krádeže), projevovaly hlubokou nechuť ke kontaktu s vnějším sociálním světem (sociální pracovnice, dotazníky).

### 4) Osoby plně spolupracující (37 osob)

Charakteristikou této podskupiny byla dostatečná míra sociální přizpůsobivosti, otevřenosti i kompetence a vyšší vzdělání (které je ale hluboko pod obecnou normou – 51 % vyučení, 2 ženy maturita, 24 % nedokončené základní vzdělání, 14 % zvláštní škola); 73 % osob bylo zaměstnaných, 16 % nezaměstnaných, 12 osob bylo trestaných; 26 osob žilo v manželství nebo trvalém partnerském svazku, děti vnímaly jako „smysl života“. Těchto 26 osob představuje 46 % z celkového souboru 56 a podle autorů je lze s jistou rezervou považovat za ty, které deprivacní situací prošly víceméně nedotčeny.

Manželství a rodina jsou podle autorů v mladším věku dospělém zřejmě konsolidačními činiteli, protože 11 osob, které v manželství nebo trvalém partnerském svazku nežily, vykazovalo méně příznivé charakteristiky (častější protialkoholní léčení, bydlení v podnájmu nebo na ubytovnách). I tuto skupinu považují autoři za pokračovatele typu „dobře přizpůsobeného“, kteří ale v prostředí mimo ústav selhávají (neschopnost citové odezvy, obtížné navazování a udržování vztahů). Do této kategorie patří spíše muži než ženy.

### **Porovnání s ostatními sledovanými skupinami**

Skupina DD se v porovnání s ostatními skupinami ukázala v mnoha ohledech jako nejvíce poškozena (Matějček et al., 1996):

- *Rodinný stav* – nejnápadněji se chovají muži z DD a ND. Muži z DD ve vysokém procentu zůstávají svobodni ještě ve čtvrté dekádě života, nejčastěji se rozvedli a rozvedení zůstávají (u mužů z ND naopak). Ženy z DD zůstávají svobodné výjimečně.
- *Děti* – ženy z DD mají nejvíce dětí.
- *Vzdělání* – osoby z DD mají oproti ostatním skupinám nejnižší vzdělání.
- *Tělesné a duševní zdraví* – osoby z DD se nejméně často cítí v dobré zdravotní kondici.
- *Mladistvé lásky* – neschopnost se uspokojivě zamilovat či neúnosné problémy v této oblasti jsou považovány za typické pozdní následky psychické deprivace či subdeprivace v dětství. Zamilování ve věku do 20 let uvádějí muži z DD v porovnání s ostatními skupinami nejméně (ženy z DD nejvíce), povrchní nebo žádné zamilování naopak nejvíce (stejně tak ženy z DD).
- *Životní spokojenost* – muži z DD uvádějí nejnižší spokojenost se životem, ženy z DD se od ostatních skupin významně neodlišují.
- *Kontakt s psychiatrií* – u chlapců z DD a náhradní rodinné péče je nejvyšší procento kontaktů s psychiatrií.



- *Tresty v dětství* – zvláště neúměrné tělesné tresty, které si dospělé osoby ještě pamatují, jsou považovány za přítěžující okolnost ve vývoji osobnosti. Dětem z DD zůstává vzpomínka na přísné tresty významně častěji.
- *Interrupce* – její výskyt lze pokládat za jeden z ukazatelů zkušenosti a odpovědnosti v sexuálních vztazích, a tedy i za ukazatele zralosti osobnosti. Ženy z DD podstoupily interrupci zřejmě nejčastěji, a to i opakovaně a relativně nejčasněji (ve věku mladistvém).
- *Skóre psychosociální adaptace (SPSA)* – oproti ostatním skupinám mají osoby z DD podstatně nižší SPSA.
- *Trestná činnost* – plná třetina osob z DD (20 osob, tj. 36 %) se v pozdějším věku dopustila trestných činů, což je nejvyšší procento ze všech sledovaných skupin. Častější jsou také nepodmíněné tresty (60 % z celkového počtu trestů). Kriminální kariéru však začínají relativně později než jedinci z ostatních souborů (Matějček et al., 1995).

### **Závěry**

Děti dlouhodobě vychovávané v ústavních zařízeních vykazují v pozdějším věku poměrně nejvíce potíží, pokud jde o vývoj osobnosti a společenské uplatnění. Tento závěr platí, i když vezmeme v úvahu nižší intelektovou kapacitu těchto dětí (Matějček et al., 1996). Skupiny PP a SOS byly po určité době strávené v „deprivačním prostředí“ vystaveny vlivu pěstounského rodinného prostředí, což je možné do jisté míry pokládat za opatření „pomocné“ či dokonce terapeutické (Kovařík a kol., 2004). Výrazně nepříznivé výsledky přináší kombinace psychické deprivace v ústavním prostředí s jinými „přítěžujícími“ činiteli, tj. především s mentální retardací (Matějček et al., 1995).

Matějček et al. (1995) však dodávají, že i při celkově nepříznivých charakteristikách souboru DD je možné zachytit jedince (převážně ženy), kteří mají dobré společenské uplatnění. Tvoří podskupinu, která by mohla být dále zkoumána s ohledem na resilienci.

Zřetelná je mužsko-ženská diferenciaci, a to v neprospěch mužů. Ve sledovaném souboru byli muži vzhledem k věku nápadně často svobodní, nejčastěji rozvedeni po neúspěšném manželství. Uváděli potíže v mileneckých vztazích již od věku mladistvého, ve shrnujícím skóre psychosociální adaptace dosáhli výrazně nižších výsledků než ženy. Autoři se proto domnívají, že nepřítomnost intimity rodinného života a „mateřské“ péče specificky postihuje více chlapce než dívky a že díky převaze žen v personálu dětských domovů nacházely dívky v dětských domovech více přijatelných ženských vzorů (Matějček et al., 1995). Matějček (1996) dodává, že muži z DD mohli ve vychovatelkách sotva najít ženu, která by je měla ráda vskutku „mateřsky“ a bezvýhradně. Muži z DD jsou tedy zřejmě častěji neschopni citové odezvy, proto zůstávají více svobodní, více se rozvádějí apod.

Ženy z DD zřejmě zpočátku v milostných vztazích tápou a chopí se každé příležitosti (viz nejvyšší procento potratů), ale nejsou ochuzeny o ženské chování. Projevují určitou poddajnost, přitahují proto muže, kteří nacházejí uspokojení v dominantním postavení vůči ženě, dětem a rodině (Matějček, 1996).

Matějček (1996) dále uvažuje nad vysokou kriminalitou mužů z DD a SOS. Usuzuje na spojitost s nedostatkem otcovské autority a vzorů mužského chování (sebeovládání, statečnost apod.).

## **Výtky k výzkumu**

Charakter výzkumu se bohužel vlivem nepříznivých okolností měnil – státní orgány odmítaly připustit nedostatky v tehdejšímu systému péče o ohrožené děti, personální složení výzkumného týmu se měnilo, stejně tak trvalý pobyt sledovaných osob. Nebyla zaručena standardnost sběru dat, jejich zpracování a interpretace (Bubleová, 1992).

Krom výše popsaných poměrně závažných metodologických výtek samozřejmě nesmíme opomenout otázku validity výsledků s ohledem na 50 let, které uplynuly od sestavení souboru DD. Systém ústavní výchovy v 60. a 70. letech je s dnešním systémem nesrovnatelný. Matějček et al. (1995) uvádějí, že tehdejší systém byl diferencován podle věku, děti tudíž musely v průběhu dětství několikrát měnit celé prostředí (viz mj. počet změn ústavů ve výzkumném souboru). Výchovné skupiny byly děleny rovněž podle věku a vychovatelé se střídali podle pracovních hodin. Charakteristické byly velké ložnice, jídelny, herny a pevně organizovaný denní program. Po ukončení povinné školní docházky odcházelo dítě do internátu a odtud „do života“.

## **1.2 Vybrané zahraniční výzkumy**

Oproti českému prostředí bylo v zahraničí v historii realizováno mnoho studií. Pro ukázkou jsem vybrala studii Williama Goldfarba, jejíž metodologická stránka je v porovnání se studiemi jiných autorů nejméně kritizována. William Goldfarb též patřil k odborníkům, kteří významným způsobem přispěli ke zlepšení péče o opuštěné děti.

### **Historie – William Goldfarb**

Ve Spojených státech amerických se od čtyřicátých let 20. století výzkumem následků institucionální péče v raném dětství na budoucí vývoj zabýval newyorský psychiatr William Goldfarb. Ve velmi pečlivě koncipované a realizované studii porovnával dvě skupiny dětí. Skupinu 15 dětí umístěných v kojeneckém věku do instituce (průměrný věk 4,5 měsíce), kde setrvaly cca 3 roky (průměrně 32 měsíců). Poté (tj. průměrně ve 37 měsících) byly přemístěny do pěstounského domova (skupina IP). Kontrolní skupinu tvořily děti vyrůstající v pěstounských domovech (od průměrného věku 4 měsíce), které nezažily jinou výchovu než v rodině (skupina PP). Kontrolní skupinu autor sestavil tak, aby se nijak nelišila v relevantních charakteristikách – počet změn prostředí (přemístění), délka posledního umístění, sociální, ekonomický a kulturní status pěstounských domovů, uspokojivost vztahu pěstoun–dítě, míra přijetí dítěte pěstounskou rodinou, vzdělání biologických matek – o otcích nebylo mnoho známo (Goldfarb, 1945).

Všechny děti prošly sérií testů: inteligence, jazykové schopnosti – zvuková stránka řeči, srozumitelnost řeči a úroveň jazykové organizace, motorická koordinace – chůze po schodech nahoru i dolů, skok z osmi- a dvanáctipalcové výšky, skákání, přeskokování, sociální zralost a osobnostní rysy. Sledovány a hodnoceny byly též reakce na testovou situaci. U IP dětí byla data sbírána jak v době, kdy pobývaly v instituci, tak po sedmi měsících v pěstounských domovech (interval mezi testováním byl 9 měsíců). PP děti byly poprvé testovány v průměrném věku 35 měsíců a retestovány v průměrném věku 43 měsíců (Goldfarb, 1945).

Výsledky ukázaly následující (Goldfarb, 1945):

- Intelektový výkon v první sérii testů byl u IP dětí v porovnání s kontrolní skupinou horší, navíc celkově pod obecným průměrem (výkon dětí z kontrolní skupiny byl v tomto ohledu v rámci normy). Po 7 měsících v pěstounských domovech byly výsledky totožné.
- IP děti měly horší výsledky v testech jazykových schopností, a to i po 7 měsících v pěstounských domovech.
- IP děti reagovaly více nestandardně (odtažitě) na examinátora i testový materiál, po 7 měsících již mezi skupinami nebyl zaznamenán rozdíl.
- Rorschachův test ukázal celkovou nezralost ve všech aspektech psychického vývoje IP dětí, stejné výsledky ukázal po 7 měsících.
- V oblastech sociální zralosti a motorické koordinace nebyl rozdíl mezi skupinami prokázán, po 7 měsících byl výkon v oblasti motorické koordinace u obou skupin srovnatelný. V oblasti sociální zralosti však došlo ke znepokojivému posunu. V rámci své věkové skupiny IP děti klesly až pod obecný průměr, zatímco PP děti se naopak zlepšily.

Výsledky popsané výše dává autor do souvislosti se svou dřívější velmi podobně koncipovanou studií<sup>3</sup> zaměřenou na adolescenty, která ukázala podobné výsledky v neprospěch IP adolescentů. Pokles v oblasti sociální zralosti u IP dětí přičítá traumatu ze ztráty známého prostředí. Regresi v sociální oblasti jako důsledek změny prostředí zaznamenal také u kontrolní skupiny, trvala však pouze krátkou dobu. Opoždění v oblasti sociální zralosti bylo navíc prokázáno také u skupiny adolescentů. Průměrná úroveň sociální zralosti zjištěná v první sérii testování byla tedy zřejmě zapříčiněna externí kontrolou v rámci institucionální rutiny. Ztráta externí kontroly a z ní vyplývající nutnost opřít se o vlastní vnitřní vůli odhalila snížené schopnosti v sociální oblasti. To je také důvodem, proč IP děti vyžadují náklonnost a stávají se na ní závislími. Potřebují vřelost, která jim v důsledku rané deprivace chyběla. Zároveň ale nejsou připraveny s ní adekvátně naložit (Goldfarb, 1945).

Deficit v jazykové oblasti je podle autora specifickým faktorem způsobujícím opoždění vývoje u IP dětí. Příčinu vidí v jejich celkovém apatickém a pasivním nastavení (jedny z charakteristik zjištěných v rámci studií), které jim znemožňují přijímat podněty z okolí. Tyto děti jsou sice schopny rozvíjet svou schopnost přijatelné sociální odezvy, avšak pouze v povrchnějších vztazích. Apatie je viditelná v charakteru vztahů, reakci na překážky nebo selhání, ve všech aspektech osobnosti je patrné opoždění (Goldfarb, 1945).

Autor si je vědom nutnosti pokračování předložené studie. Doposud známé výsledky však podle něj jasně směřují k podpoře hypotézy, že psychická deprivace v raném dětství způsobuje opoždění mentálního vývoje, které přetrvává i přes následný vliv nového, podnětějšího prostředí – včetně supervizní podpory pěstounů, případových studií či psychiatrické léčby (Goldfarb, 1945).

---

<sup>3</sup> GOLDFARB, W. The effects of early institutional care on adolescent personality. *The Journal of Experimental Education*, 1943, 12(2): 106–129.

### **Výtky k Goldfarbovým studiím**

L. Casler v článku kriticky hodnotícím výzkumy zaměřené na psychickou deprivaci (publikováno v roce 1961) Goldfarbovým studiím vytýkal malý výzkumný vzorek a nejasná kritéria jeho výběru. Proti metodické stránce neměl žádné výhrady (Langmeier, Matějček, 2011).

### **Následky institucionální péče v raném dětství: Rumunsko**

Na začátku 90. let odvysílal americký zpravodajský kanál ABC News první z mnoha zpráv o podmínkách života dětí v institucionální péči v Rumunsku. Reportáže obsahovaly šokující záběry dětí deprivovaných nedostatkem kontaktu, což vedlo k intenzivnímu zájmu o mezinárodní adopce v USA a západní Evropě. V letech 1994–2001 (data pro 1990–1993 nejsou spolehlivá) bylo adoptováno 26 293 dětí, z toho 15 112 (57,5 %) mezinárodně (Zeanah et al., 2003).

### **Projekt BEIP**

V rámci snahy o deinstitucionalizaci v Rumunsku vznikl v roce 2000 ve spolupráci s americkými odborníky *The Bucharest Early Intervention Project*<sup>4</sup> (BEIP) s cílem podpořit umístování dětí ze všech šesti ústavů v Bukurešti do pěstounské péče. Součástí projektu je longitudinální výzkum sledující vývoj dětí v ústavní péči v porovnání s vývojem dětí umístěných do pěstounské péče. V roce 2000 proběhlo komplexní vyšetření 136 dětí (ve věku 5–31 měsíců) a zhodnocení prostředí, ve kterém vyrůstaly (metodologie viz Zeanah et al., 2003). Následovalo náhodné rozdělení dětí na dvě skupiny, z nichž jedna byla umístěna do kvalitní pěstounské péče a druhá zůstala v ústavu (etické aspekty viz Zeanah et al., 2003). Děti z obou skupin jsou průběžně sledovány dodnes a porovnávány s dětmi, které v ústavu nikdy nebyly. Výsledky získané ve věku 12 let ukazují, že raná institucionalizace vede k hlubokému deficitu v mnoha oblastech: kognitivní (např. IQ), socioemoční (např. attachment), mozková aktivita a struktura, vysoký výskyt psychiatrických poruch. Pěstounská péče významným způsobem pozitivně ovlivnila vývoj dětí a zdá se, že pro některé specifické oblasti vývoje (EEG, attachment, jazyk a kognice) existuje tzv. citlivé období – čím dříve byly děti do pěstounské péče umístěny, tím zdravější byl jejich vývoj (ve zmíněných oblastech). Jako klíčové se zdá umístění do dvou let věku. Naopak na oblast exekutivních funkcí (mj. paměť) nemělo umístění do pěstounské péče významnější vliv (webové stránky projektu, duben 2017).

Je samozřejmě otázka, nakolik můžeme tehdejší podmínky v bukureštských ústavech porovnávat s podmínkami u nás. Smyke et al. (2007) např. uvádějí následující charakteristiky bukureštských ústavů: směnný provoz, střídání pečovatелů, nízký počet pečovatелů na vysoký počet dětí, nedostatek kognitivní, sociální a jazykové stimulace. Domnívám se však, že výsledky výzkumů v Bukurešti, tím spíše vzhledem k jejich longitudinální povaze (v tomto ohledu je projekt vskutku velmi cenným zdrojem), propracované metodologii, pečlivému zpracování a opatrnosti v interpretacích výsledků, nás mohou v mnohém poučit a inspirovat. Pro bližší popsání jsem vybrala dva dílčí výzkumy v rámci zmiňované longitudinální studie, zaměřené na attachment

---

<sup>4</sup> Více viz <http://www.bucharestearlyinterventionproject.org/About-Us.html>

(o attachmentu viz kapitola 2) a otázku vztahu kvality péče a následků rané institucionalizace – tato témata nejvíce souvisejí s otázkou nejvhodnější formy péče o ohrožené kojence a batolata.

### **Attachment**

Jak ukázalo mnoho studií v uplynulých 50 letech, u dětí vyrůstajících v instituci se zvyšuje riziko sociálních problémů a problémů v chování, včetně poruch attachmentu (RAD, *Reacting Attachment Disorder*). Studie Zeanah et al. (2005) se zabývala mj. porovnáním RAD u dětí umístěných v raném věku do ústavu (skupina IG, *Institution Group*, 95 dětí, které strávily v instituci 90 % života, ve věku 12–31 měsíců<sup>5</sup>) a dětí vyrůstajících v rodině (NIG, *Never Institutionalized Group*, 50 dětí z pediatrické kliniky v Bukurešti, v totožném věkovém rozpětí).

Co se attachmentu týká, dospěla studie k následujícím výsledkům (Zeanah et al., 2005):

- Attachment: *Strange Situation Procedure* (Mary Ainsworthová, více viz kapitola 2.3), NIG děti v interakci s matkami, IG s oblíbenou pečující osobou (pokud žádná taková nebyla, tak s osobou mající službu). Pouze u 22 % IG dětí bylo v interakci s pečující osobou patrné attachmentové chování (oproti 78 % dětí NIG), 12,6 % IG dětí nebylo možné klasifikovat vzhledem k nízké četnosti projevů attachmentového chování. Bezpečná vazba byla klasifikována u 19 % IG dětí (a 74 % NIG dětí), dezorganizovaná u 65,3 % dětí (22 % NIG dětí). Jasný vzorec attachmentu, hodnocený stupněm 5 na škále 1–5, byl přítomen pouze u 3,2 % IG dětí (a 100 % NIG dětí), u ostatních se jednalo o vzorec odlišný (stupeň 2), anomální (4), pasivně vyjadřovaný (3), příp. žádný (0).
- Poruchy attachmentu: polostrukturovaný rozhovor *The Disturbances of Attachment Interview* (DAI, Smyke, Zeanah, členové týmu BEIP), který kódovali<sup>6</sup> dva vyškolení rumunští asistenti. IG děti byly významně více emociálně uzavřené a více bez sociálních zábran. Překvapivě se neukázal žádný vztah mezi délkou institucionalizace a zmíněnými známkami RAD.

Attachment autoři dále zkoumali ve vztahu k dalším ukazatelům (Zeanah et al., 2005):

- Charakteristiky pečujícího prostředí: videozáznam, 1,5 hodiny interakce dítěte s rodičem/pečovatelem analyzovaný modifikovanou metodikou *The Observational Record of the Caregiving Environment* (ORCE).
- Kognitivní schopnosti dětí: Škála Bayleyové, jejíž výsledkem je index MDI (*Mental Development Index*), výpočet DQ (*Developmental Quotient*).
- Problémové chování a kompetence: 195položkový dotazník ITSEA (*The Infant Toddler Social Emotional Assessment*), přeložený do rumunštiny.

V rámci IG se jako jediný faktor signifikantně ovlivňující attachment ukázala kvalita péče. Zjištěné poruchy attachmentu u dětí vyrůstajících v institucích korespondují s výsledky studií dalších

---

<sup>5</sup> V mladším věku není možné klasifikovat attachmentové chování, proto výzkum nezahrnoval všech 136 dětí.

<sup>6</sup> Kódování je jedním z možných postupů ve zpracovávání kvalitativně zaměřených dat. Dílčí významové celky jsou opatřeny kódem, který má vyšší úroveň obecnosti, aby bylo možné formulovat obecnější závěry.

autorů. Jedním z nejdůležitějších zjištění této studie je fakt, že pokud je u dětí viditelný attachmentový vzorec, jedná se o vzorec anomální či nekompletní (platí pro IG). Problematika attachmentu samozřejmě vyžaduje další (longitudinální) výzkum, nicméně zatím se IG děti (v této studii) zdají jako neschopné vytvořit si selektivní vazbu ke svým pečovatelům. Kvalita péče významně ovlivňuje jasnost attachmentového vzorce a organizovanost attachmentu (organizovaným attachmentem jsou myšleny všechny vazby, vyjma dezorganizované) v institucionálním prostředí. Možná tedy individuální rozdíly v kvalitě péče mají mnohem větší význam v silně deprivacním prostředí (Zeanah et al., 2005).

### Limity studie

Autoři zmiňují limity své studie (Zeanah et al., 2005):

- Podmínky v rumunských institucích nemusí být srovnatelné s podmínkami v jiných zemích.
- Odpovědi na důležité otázky kolem attachmentu vyžadují longitudinální studii, nikoli zde použitou metodu *cross-section* (tj. průřez napříč věkem). Např. zatím nevíme, zda nějaké konkrétní vlastnosti dětí vyvolávají zájem a pozornost dospělých pečovatелů, nebo zda odolné děti mají větší štěstí na podporující a citlivé pečovatele.
- Osoby, které kódovaly DAI a ORCE, znaly status dětí (na rozdíl od těch, které kódovaly *Strange Situation*), byť neznaly design ani hypotézy výzkumu. To mohlo zkreslit některé rozdíly mezi skupinami.

Opětovné testování dětí proběhlo ve věku 42 měsíců (11–36 měsíců po náhodném rozdělení 136 dětí do dvou skupin – viz úvod kapitoly), kdy byly porovnávány tři skupiny dětí: děti, které zůstaly v institucionální péči (skupina CAUG, 68 dětí), děti umístěné do pěstounské péče (skupina FCG, 68 dětí) a děti z pediatrické kliniky, tj. vyrůstající v rodině (skupina NIG, 72 dětí). Kvalita attachmentu dětí byla zjišťována opět metodou *Strange Situation Procedure* (kódovanou rodilými Rumuny bez znalosti statusu dětí), kognitivní vývoj Škálou Bayleové a výpočtem DQ, kvalita prostředí metodikou ORCE (Smyke et al., 2010).

Jako jistě připoutáno bylo vyhodnoceno 17,5 % CAUG dětí v porovnání s 49,5 % FCG dětí, jako nejspíše připoutáno 40 % CAUG dětí a 13,1 % FCG dětí. Rozdíl mezi CAUG a FCG byl signifikantní, mezi FCG a NIG nebyl zjištěn žádný významný rozdíl. Skupina FCG byla dále rozdělena podle věku umístění do pěstounské péče, aby bylo možné zkoumat vliv umístění na typ vazby (jistá vs. nejistá). Ukázalo se, že pravděpodobnost vytvoření jisté vazby se pojí s umístěním do pěstounské péče do 24 měsíců (Smyke et al., 2010).

V porovnání s předchozími studii (Zeanah et al., 2005) se u skupiny dětí umístěných do pěstounské péče ukázaly – co se attachmentu týká – signifikantně příznivější charakteristiky v porovnání s dětmi, které zůstaly v institucionální péči (vyšší výskyt jistého připoutání, nižší výskyt dezorganizovaného typu vazby). Umístění do pěstounské péče lze tedy podle autorů pokládat za intervenci vedoucí k „uzdravení“ od negativních následků rané institucionalizace v oblasti attachmentu. Vyšší pravděpodobnost vytvoření jisté vazby v případě umístění do pěstounské péče do dvou let může vypovídat o schopnosti dětí zachovat si silnou plasticitu pro adaptaci (v oblasti attachmentu) přinejmenším do věku tří let, na druhou stranu ale také o snižování této plasticity se zvyšujícím se věkem (Smyková et al., 2010).

### Limity studie

Autoři zmiňují limity své studie (Smyke et al., 2010):

- Nejsou k dispozici data pro mladší věk než 6 měsíců – v Rumunsku zůstávají opuštěné děti do 6 měsíců v porodnicích. Není proto možné hodnotit vliv raného umístění do pěstounské péče.
- Po náhodném rozdělení dětí na dvě skupiny docházelo dále ke změnám prostředí (např. z ústavu do biologické rodiny, státem zařízené pěstounské péče, adopce).

### **Kvalita péče**

Studie publikované od druhé poloviny devadesátých let (jejich přehled viz Zeanah et al., 2003) popsaly poškození dětí vyrůstajících v rumunských institucích – výrazné kognitivní opoždění, závažné problémy v oblasti sociálního chování a abnormality v regulaci kortizolu (hormon uvolňovaný ve stresu). I po osvojení přetrvávaly jejich kognitivní, socioemoční a zdravotní problémy. Rutter et al. (in Smyke et al., 2007) naproti tomu poukázali na překvapivě širokou variabilitu, co se závažnosti poškození týká, Fisher et al. (in Smyke et al., 2007) zjistili výrazné zlepšení u mnoha dětí adoptovaných mimo Rumunsko. Smyke et al. (2007) postrádali studii souvislosti mezi závažností následků, mírou zlepšení (z hlediska vývojových opoždění) a rozdíly v charakteristikách adoptivního prostředí. Kladli si také úzce související otázku o vlivu kvality péče v instituci – právě tento vliv se rozhodli zkoumat.

Výzkumný vzorek tvořily všechny děti ve věku 31 měsíců a mladší žijící v institucích v Bukurešti v dubnu 2001 (s výjimkou dětí s možností na bezprostřední adopci a dětí se závažným handicapem – FASD, tedy poruchami způsobenými fetálním alkoholovým syndromem, DMO). Celkem se jednalo o 125 dětí (skupina IG, *Institution Group*), z nichž 56 žilo v instituci od narození. Kontrolní skupinu tvořilo 66 dětí z pediatrického centra v Bukurešti, které nikdy nebyly v instituci – NIG, *Never Institutionalized Group* (Smyke et al., 2007).

Autoři hodnotili fyzický vývoj a růst, kognitivní úroveň (Škála Bayleyové – index MDI, *The Mental Development Index*, výpočet DQ, *Developmental Quotient*), problémové projevy chování a úroveň sociálních kompetencí a vyjadřování emocí. Prostor, ve kterém děti vyrůstaly, bylo hodnoceno analýzou videozáznamu dítěte v interakci s preferovanou pečující osobou<sup>7</sup>. Data byla sesbírána během tří návštěv v laboratoři BEIP a jedné 1,5hodinové návštěvy v instituci (IG) či rodině (NIG). Všechna měření administrovali rumunští asistenti vyškolení týmem z USA. Studie ukázala následující rozdíly mezi skupinami (Smyke et al., 2007):

- Nižší porodní váha IG dětí.
- Skóre kvality péče bylo vyšší u NIG dětí. Počet okamžiků, během kterých byla pečující osoba dítěti k dispozici, a okamžiků interakce byl u IG dětí výrazně nižší. IG děti byly spíše pozorující než participující (v porovnání s NIG).
- Index mentálního vývoje (MDI) IG dětí byl výrazně nižší, s postupujícím věkem klesal. MDI u NIG dětí byl konzistentně v rámci normy pro daný věk.

---

<sup>7</sup> Pečující osoby nebyly nijak instruovány. Videozáznam byl kódován podle jasně definovaného postupu, sledovány byly kvantitativní (55 položek) i kvalitativní ukazatele.

- IG děti projevovaly méně často pozitivní emoce a více často negativní emoce.
- IG děti vykazovaly více maladaptivních a atypických projevů chování, měly horší výsledky na škálách kompetencí a sociální vztahovosti.

Následovala statistická analýza, pomocí které autoři vyhodnotili tři vývojové charakteristiky ze šesti jako vztahující se ke kvalitě péče: sociální kompetence, negativní projevy chování a DQ; DQ byl vyšší, čím vyšší byla kvalita péče a procento života stráveného v instituci nižší. Co se týče faktoru délky života v instituci, DQ byla jediná charakteristika, které se k němu vztahovala. Fakt života v instituci je tedy zřejmě mnohem méně významný než úroveň péče, které se dítěti dostává (Smyke et al., 2007).

### Limity studie

Autoři zmiňují limity své studie (Smyke et al., 2007):

- Vzhledem k povaze dat (metoda *cross-section*, tj. průřez napříč věkem) nelze určit, zda horší dispozice dětí vedly k nižší kvalitě péče, nebo vedla nižší kvalita péče k vývojovému opoždění. Lepší porozumění by přinesla longitudinální studie. Studie navíc sledovala pouze některé vývojové charakteristiky a je možné, že jiné mají větší důležitost.
- Je otázka, nakolik je možné porovnávat vliv podmínek v rumunských institucích s vlivem podmínek v institucích v Asii, jiných evropských státech, Africe či Americe, vzhledem k vysoké variabilitě těchto podmínek.

### **Následky institucionální péče v raném dětství: děti osvojené do USA v rámci mezinárodní adopce**

Počet mezinárodně adoptovaných dětí v USA od roku 1990 prudce roste, např. v roce 2003 bylo takto osvojeno 23 000 dětí. Podmínky, ze kterých děti pocházejí, mají široký rozptyl – od převažující pěstounské péče po péči ústavní. Odhaduje se, že až 85 % dětí prošlo nějakou formou ústavní péče (Gunnar, van Dulmen, 2007; Loman et al., 2009).

Pro bližší popsání jsem vybrala dvě studie lišící se ve zjištěné míře závažností následků institucionální výchovy, které zároveň demonstrují metodologické obtíže spojené s takto zaměřenými výzkumy.

### **Problémové chování**

Gunnar a van Dulmen (2007) zkoumali, zda ústavní péče zvyšuje pravděpodobnost problémů v chování. Vzorek tvořilo 1 937 mezinárodně osvojených dětí v letech 1990–1998, kterým bylo v době testování od 4 do 18 let. Skupina dětí umístěných do ústavní péče (*postinstitutionalized children*, PI,  $n = 899$ , v ústavu déle než 4 měsíce, z toho 267 dětí pocházelo z Ruska/východní Evropy, 182 z Latinské Ameriky/Karibiku, 443 z Asie a 7 odjinud) byla srovnávána s dětmi s krátkou (méně než 4 měsíce) či žádnou zkušeností (CO,  $n = 1 038$ , z toho 808 dětí strávilo v ústavu méně než měsíc). V roce 2001 byly rodičům zaslány dotazníky (Child Behavior Checklist – Achenbach System of Empirically Based Assessment – předadopční historie, postadopční historie, vzdělání rodičů), které pak autoři podrobili statistickým analýzám (Gunnar, van Dulmen, 2007):



- Škála problémů v chování: I když nějaké problémy v chování mělo více PI dětí (65 %) než CO (51 %) a u více PI dětí (11 %, oproti 5 % CO) se jednalo o dlouhodobé problémy, autoři shrnují, že u většiny dětí se neukázaly žádné závažnější problémy v chování.
- *Internalizing* (odraz problémů v prožívání – somatizace, deprese, úzkosti): PI status (tj. institucionální péče v anamnéze) neznamenal žádné zvýšené riziko. Vyšší skóre na této škále bylo zaznamenáno u dětí adoptovaných ve věku 2 roky a starším.
- *Externalizing* (odraz problémů v chování – agresivní, delikventní chování): PI status neznamenal žádné zvýšené riziko, na rozdíl od faktoru adopce ve věku 2 roky a starším, který se ukázal jako signifikantní prediktor.
- Sociální problémy a problémy s pozorností: S vyšším rizikem byly spojeny faktory: adopce ve věku 2 roky a starším a PI status. PI status se rovněž ukázal spojený s vyšším rizikem problémů s vrstevníky (12 % PI, 4 % CO).

Výzkum dle autorů podporuje tvrzení, že zkušenost s institucionální péčí v raném věku je spojena s určitými problémy v chování. Nelze ovšem potvrdit jejich specifičnost<sup>8</sup>, protože podobné problémy byly detekovány u dětí později osvojených (tj. ve dvou letech a později), bez na ohledu na to, zda žily delší dobu v instituci. S odvoláním na některé další stejně zaměřené výzkumy autoři uzavírají, že pobyt v instituci v raném věku se zdá být spíše v pravděpodobnostním než deterministickém vztahu s problémy v chování a emočními problémy. Jako mnohem výraznější rizikový faktor se ukázalo osvojení v pozdějším věku (Gunnar, van Dulmen, 2007).

Problémy s pozorností u PI dětí jsou v souladu s mnoha dalšími výzkumy. Nicméně tato studie neprokázala souvislost s institucionální péčí v raném věku ani souvislost mezi PI statutem a osvojením ve starším věku. Studie však nebyla koncipována tak, aby umožnila identifikovat jednotlivé aspekty pozornosti negativně ovlivněné ranou deprivací. Taková analýza nemůže být založena na výpovědích rodičů. Velkou příležitostí v tomto ohledu znamená rychlý vývoj oblasti neurověd (Gunnar, van Dulmen, 2007).

### Limity studie

Gunnar a van Dulmen (2007) podrobně popisují limity své studie:

- Jedinými informanty byli rodiče dětí, jejich výpovědi nelze vnímat jako nezávislé.
- Vzorek dětí byl velmi rozsáhlý, avšak tvořil pouze 65 % všech dětí osvojených v definovaném rozmezí z důvodu návratnosti dotazníků – menší návratnost byla zaznamenána u dětí osvojených do roku 1995, tj. u dětí osvojených delší dobu.
- Design výzkumu nebyl longitudinální, je tedy nutná opatrnost v závěrech vztahujících se k věku dětí a trvání osvojení.
- Vyhodnocování pomocí CBCL nereflektuje všechny typy problémů v chování zaznamenané u osvojených dětí. Otázkou je také užitečnost CBCL v případě vyhodnocování dopadu raného strádání a zanedbávání, neboť dotazník nebyl vytvořen za tímto účelem.

---

<sup>8</sup> V diskusi autoři pečlivě argumentují proč. Porovnávají také výsledky své studie s jinými, které naopak dospěly k příčinné souvislosti problémů s umístěním do institucionální péče v raném věku.

### ***Vývoj dětí umístěných v raném věku do institucionální péče***

Výzkum Loman et al. (2009) byl koncipován komplexněji, sledoval více oblastí. Vzorek tvořilo 269 dětí ve věku 8–11 let. Sledovanou skupinu tvořilo 91 mezinárodně adoptovaných dětí (Čína, Rumunsko, Guatemala, Rusko, východní Evropa) ve věku 12 měsíců a starším, které strávily 75 % a více života před adoptí v institucionální péči (skupina PI; téměř 70 % dětí žilo pouze v instituci, doba strávená v instituci se pohybovala od 9 do 69 měsíců). Pro lepší oddělení následků ústavní péče byly sestaveny dvě kontrolní skupiny: 109 dětí osvojených v 8 měsících či dříve, které před adoptí vyrůstaly v pěstounské péči (skupina EA/FC; v institucionální péči pobýly max. dva měsíce, téměř 65 % dětí zažilo pouze pěstounskou péči a ty, které žily v ústavní péči, byly osvojeny ve věku 3 měsíce a nižším), a 69 dětí, které se narodily a vyrůstaly v USA a žijí se svými biologickými rodiči (NA) ve stejných komunitách jako mezinárodně adoptované děti (Loman et al., 2009).

Dětem byla provedena řada neurokognitivních vyšetření: vyšetření zraku, sluchu, růstu, testy na úroveň kognitivních (inteligence) a jazykových schopností. Z důvodu oddělení vlivu prenatálních a vrozených faktorů od postnatálních životních podmínek byla provedena vyšetření také na známé genetické anomálie (např. Downův syndrom), vrozené vady, neurologické poruchy a FASD; 12 dětí bylo nakonec z důvodu závažného nálezu z výzkumu vyřazeno. Rodiče zodpovídali otázky o využívání služeb v oblastech vzdělání a zdravotnictví (individuální vzdělávací program, terapie – smyslové, jazykové apod.), školní úspěšnosti, preadopční historii a poskytli údaje o svých příjmech a vzdělání. Dále vyplnili dotazníky sledující podnětnost prostředí a výskyt stresujících životních událostí (stěhování, ztráta zaměstnání, nový sourozenec).

Statistická analýza dat ukázala následující odlišnosti (Loman et al., 2009):

- PI děti měly v době adopce nižší váhu a menší výšku než EA/FC děti.
- V době testování měly PI a EA/FC děti menší výšku než NA děti, PI děti měly menší váhu než EA/FC a NA děti.
- U PI dětí byla vyšší pravděpodobnost zaostávání ve většině předmětů ve škole a nutnosti individuálního vzdělávacího programu (jazykové poruchy, SPU, poruchy chování a emocí).
- V testu kognitivních schopností skórovaly všechny děti v rámci obecné normy. Z pohledu rozdílu mezi skupinami však PI děti skórovaly hůře než EA/FC, EA/FC hůře než NA. PI děti více než děti EA/FC a NA skórovaly na hranici extrémně nízkého IQ (7 %). V rámci skupiny PI dětí se ukázalo, že delší doba v instituci je spojena s nižším kognitivním výkonem.
- PI děti skórovaly hůře než EA/FC a NA děti v jazykových testech. Delší doba strávená v instituci pozitivně korelovala s nižším výkonem v některých subtestech.
- Úroveň vzdělání druhého rodiče (tj. denně nepečujícího o dítě) byla vyšší u skupiny EA/FC než skupin PI a NA. Rodiče PI dětí měli nižší výsledky v dotazníku o podnětnosti prostředí v porovnání s rodiči EA/FC a NA, nicméně celkově v rámci průměru.
- Země původu nebyla spojena s žádnou výraznou odlišností, vyjma výšky a váhy v době testování, které měly vyšší děti z Jižní Ameriky oproti dětem z ostatních regionů.

I po průměrně 8 letech života v osvojení jsou PI děti odlišitelné od ostatních. Drobné rozdíly v podnětnosti rodinného prostředí dávají důvod věřit (být nikterak silně), že pokračující projevy

rané deprivace u PI dětí jsou důsledkem nedostatku kognitivní a sociální stimulace po osvojení (Loman et al., 2009).

Problémy ve škole PI dětí mohou být důsledkem potíží s regulací pozornosti a chování – u dětí adoptovaných z institucionální péče byly opakovaně prokázány výrazné problémy s pozorností a hyperaktivita i mnoho let po osvojení. Nižší výkony v kognitivních a jazykových testech u PI dětí adoptovaných ve starším věku a po delší době strávené v instituci jsou v souladu s výsledky dalších studií. Doba strávená v instituci u dětí v rámci této studie však byla celkově kratší (Loman et al., 2009).

### 1.3 Shrnutí

Na obecné rovině, výsledky vybraných výzkumů realizovaných v historii i současnosti jednoznačně prokazují nepříznivý vliv rané institucionalizace na vývoj dětí. Podrobnější pohled do problematiky však ukazuje méně jednoznačná zjištění: jaké konkrétní oblasti vývoje raná institucionalizace poškozuje a proč, jak závažná je míra těchto poškození, jaký vliv má délka institucionalizace a na jaké oblasti vývoje apod. Navíc, jak je patrné z popsaných limitů jednotlivých studií, metodologické uchopení výzkumu v této problematice je spojeno s mnohými obtížemi. Přehled výzkumů samozřejmě není vyčerpávající a není tedy možné vyvozovat obecnější závěry. Nicméně i tato sonda nabízí mnohé zajímavé poznatky a podněty.

Napříč uvedenými výzkumy panuje shoda o nižším kognitivním výkonu raně institucionalizovaných dětí a problémů v sociální a emoční oblasti. Co se deficitu v kognitivní oblasti týká, zdá se, že je relativně trvalým následkem. Podle Goldfarba (1945) psychická deprivace v raném dětství způsobuje opoždění mentálního vývoje, které přetrvává i přes následný vliv nového, podnětnějšího prostředí (umístění do pěstounské péče). Nižší index mentálního vývoje napříč věkem u skupiny raně institucionalizovaných dětí (v době života v instituci) ukázala také studie v rámci BEIP (Smyke et al., 2007). V obou studiích je však autory zmíněn metodologický limit spočívající v použití metody cross-section. Na druhou stranu dospěla ke stejným závěrům studie Loman et al. (2009; a další studie, na které odkazuje), kdy raně institucionalizované děti po několika letech v osvojení v testech kognitivních schopností skórovaly hůře než obě kontrolní skupiny.

Naopak v oblasti attachmentu longitudinální výzkum v rámci BEIP (Zeanah et al., 2005; Smyke et al., 2010) jasně prokázal významný nárůst počtu dětí s jistou formou vazby u dětí umístěných do pěstounské péče. Vzhledem k významu attachmentové vazby pro další vývoj (viz kapitola 2) se jedná o zjištění velmi významné. Důležitým faktorem je ovšem včasná intervence, tj. změna prostředí z ústavního na více podnětné. Včasná – dle výsledků výzkumů – znamená do věku dvou let. Studie Smyke et al. (2010) prokázala vyšší pravděpodobnost vytvoření jisté vazby v případě umístění do pěstounské péče do dvou let.

Hranice dvou let se jako významný faktor ukázala také v dalších oblastech vývoje. Adopce ve věku dva roky a starším se dle zjištění Gunnar a van Dulmen (2007) pojí s vyšším rizikem internalizace (somatizace, deprese apod.) i externalizace problémů (agresivní chování), problémů v sociální oblasti a poruch pozornosti.

Nejen závěry výzkumů o přetrvávajícím kognitivním deficitu vedou k úvahám o následcích rané institucionalizace na vývoj CNS; 50 % raně institucionalizovaných dětí ve výzkumu Matějčka et al. (1995) mělo subnormální neurologický nále. Jiné výzkumy poukazují na poruchy pozornosti. Výzkum Gunnar a van Dulmen (2007) sice neprokázal přímou souvislost poruch pozornosti s institucionální péčí v raném věku (byť raně institucionalizované děti byly více rizikové), autoři však reflektují metodologické limity výzkumu v tomto ohledu, a navíc odkazují na studie, které souvislost naopak prokazují. Na studie prokazující potíže s regulací pozornosti u dětí adoptovaných z institucionální péče i mnoho let po osvojení odkazují také Loman et al. (2009). Jejich studie navíc ukázala vyšší pravděpodobnost zaostávání ve většině předmětů ve škole a nutnosti individuálního vzdělávacího programu (jazykové poruchy, SPU, poruchy chování a emocí) u raně institucionalizovaných dětí.

Co se týká vlivu raných vztahů, uvedené výzkumy nabízejí velmi cenná zjištění. Meszárošová, Jurčová a Damborská (in Langmeier, Matějček, 2011) viděly příčinu významného vývojového opoždění u dětí v kojeneckých ústavech v nedostatečném kontaktu s dospělými. Výzkum Zeanah et al. (2005) ukázal, že kvalita péče (spočívající v charakteristikách interakce pečovatele s dítětem) významně ovlivňuje jasnost attachmentového vzorce a organizovanost attachmentu, byť „pouze“ u skupiny raně institucionalizovaných dětí. Skóre kvality péče u raně institucionalizovaných bylo nižší, stejně tak počet okamžiků, během kterých byla pečující osoba dítěti k dispozici, a počet okamžiků interakce (Smyke et al., 2007). Smyke et al. (2007) také uvažují, zda výsledky jejich výzkumu nepoukazují k faktu, že život v instituci nemusí být sám o sobě rizikovým faktorem – rizikovými faktory jsou mj. nedostatek stimulujících podnětů a nedostatek kontaktu s pečujícími osobami (tj. kvalita péče).

Ze závěrů výzkumů o vlivu rané institucionalizace vyplývá nutnost zabývat se vlivem kvality péče, potažmo raných vztahů (a tedy attachmentu), a vlivem rané deprivace na vývoj mozku. Následující kapitoly jsou proto věnovány těmto tématům.

## 2. Teorie attachmentu

Výsledky výzkumů ve 40. letech o následcích rané deprivace pro další vývoj vyvolaly potřebu teoretického uchopení tématu. Nejvýznamnější a nejpropracovanější teorií je v tomto ohledu teorie attachmentu, která je výsledkem dlouholeté usilovné práce britského psychoanalytika Johna Bowlbyho<sup>9</sup> a jeho spolupracovnice, kanadské psycholožky Mary Ainsworthové. Ve své době znamenala revoluci ve způsobu přemýšlení o poutu dítěte k matce a jeho narušení v důsledku separace, deprivace či ztráty matky (Bretherton, 1992).

### **Základní definice: attachment a attachmentové chování**

V českém prostředí se můžeme setkat s různými překlady termínu „attachment“ – pouto, citová vazba, vztahová vazba, přilnutí, připoutání. Nejjednodušším vymezením pojmu je citová vazba mezi matkou (pečující osobou) a dítětem.

Citová vazba (*attachment*) znamená silnou tendenci vyhledávat blízkost a kontakt s pečující osobou (vazebnou postavou, *attachment figure*) v případě pocitu ohrožení, ale také nemoci či únavy. Vazebné chování (*attachment behavior*) je cílem činnosti behaviorálního systému – jedná se o vrozený biologický program, jehož funkcí je ochrana před nebezpečím skrze takové formy chování, kterými dítě získá či udrží žádnou pozornost pečující osoby: pláč, úsměv, následování a přidržování se matky, sání, volání matky (Bowlby, 2010).

Attachment má zásadní roli v organizaci lidské psychiky, jak naznačuje definice Siegla (2012, s. 91): „Attachment je vrozený systém v mozku, který se vyvíjí způsobem, jenž ovlivňuje a organizuje motivační, emoční a paměťové procesy ve vztahu k důležitým pečujícím osobám.“

### **2.1 Zpráva Maternal Care and Mental Health**

John Bowlby se dlouhodobě zajímal o hospitalizované děti separované od rodičů a rodinné pozadí mladistvých delikventů. Byl proto pověřen Ronaldem Hargreavesem z WHO vytvořením zprávy na téma duševního zdraví dětí bez domova v poválečné Evropě. Práce na této zprávě umožnila Bowlbymu sesbírat poznatky od mnoha praktiků a výzkumníků napříč Evropou a USA (mj. Spitze a Goldfarba) zabývajících se vlivem separace od matky a deprivace na děti (Bretherton, 1992). Zpráva, publikovaná v roce 1951 pod názvem *Maternal Care and Mental Health*, je významným mezníkem v historii studia psychické deprivace. Její závěry lze shrnout takto: dítě v raném věku má být vychovááno v atmosféře citové vřelosti a má být připoutáno k mateřské osobě (nebo její trvalé náhradě) blízkým a trvalým citovým svazkem, který oběma přináší uspokojení. Pokud tomu tak není, dochází k poruchám duševního zdraví, které jsou podle stupně a trvání deprivace různě závažné, případně nenapravitelné (Langmeier, Matějček, 2011).

---

<sup>9</sup> John Bowlby byl otevřen inspiracím i z jiných než psychoanalytických směrů, spolupracoval s mnoha odborníky z Evropy i Ameriky. Ve svých knihách pečlivě zdůvodňuje a kriticky hodnotí každý závěr, opírá se o četné výzkumy i autory.

## 2.2 Prvotní formulace teorie attachmentu – John Bowlby

Bowlby začal pracovat na teoretickém vysvětlení zjištěných poznatků. Významným zdrojem pro něj byly práce etologů, např. Konrada Lorenze a jeho konceptu imprintingu (více viz Bowlby, 2010, s. 195–201), zejména však Harryho Harlowa. Harry Harlow systematicky zkoumal chování opic rodu *Macacus rhesus* v různých deprivacích podmínkách. Prokázal např. mimořádnou důležitost tělesného kontaktu pro vytvoření vztahu mláděte k matce, zabýval se účinkem sociální izolace na pozdější vývoj (vztah s matkou, kontakt s dalšími mláděty) či terapeutickým vlivem kontaktu s dalšími mláděty na vývoj narušený sociální izolací. Závěry jeho studií ukázaly, že nejspolehlivější cestou ke zdravému vývoji u *Macacus rhesus* je normální mateřská péče a normální<sup>10</sup> kontakt s druhými mláděty (Langmeier, Matějček, 2011 – více viz s. 242–249; Bowlby, 2010).

Bowlbyho první oficiální prohlášení k teorii attachmentu bylo prezentováno Britské psychoanalytické společnosti v Londýně v dnes již klasických příspěvcích *The Nature of the Child's Tie to His Mother* (1958), *Separation Anxiety* (1959) a *Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood* (1960)<sup>11</sup> (Bretherton, 1992). Bowlbyho věhlasná trilogie *Attachment and loss*<sup>12</sup> je jejich dalším rozpracováním a propojením s poznatky z výzkumu attachmentu (výzkum a nejdůležitější teze teorie viz následující text).

## 2.3 Výzkum attachmentu – Mary Ainsworthová

Bowlbyho článek z roku 1958 velmi oslovil kanadskou psycholožku Mary Ainsworthovou a tím začala nová éra jejich úzké spolupráce<sup>13</sup>, která spočívala zejména v empirickém zkoumání individuálních rozdílů v interakcích matka–dítě (Bretherton, 1992).

### Studie v Ugandě (Ganda project)

V letech 1953–1955 Ainsworthová zkoumala vývoj attachmentu mezi kojenci a matkami (26 rodin) u kmene Ganda (Uganda). Data ze studie však vzhledem k velkému pracovnímu vytížení po návratu zpracovala až o několik let později, a to již ve spolupráci s Bowlbym<sup>14</sup> (Bretherton, 1992). Ainsworthová definovala tři attachmentové vzorce: bezpečně (jistě) připoutané kojence, nejistě připoutané kojence a zatím nepřipoutané kojence. Bezpečné připoutání signifikantně korelovalo s citlivostí matky na signály kojence (Bretherton, 1992). U naprosté většiny gandských dětí bylo připoutání jasně přítomno ve věku 6 měsíců. Děti vykazovaly vazbu k více známým dospělým, vůči matce se však téměř vždy projevovala dříve, silněji a vytrvaleji (Bowlby, 2010).

<sup>10</sup> Pojem „normální“ není blíže specifikován.

<sup>11</sup> Tyto příspěvky spolu s dalšími dvěma nepublikovanými (o obranných procesech v rámci truchlení) představují první základní rámec teorie attachmentu (Bretherton, 1992).

<sup>12</sup> *Attachment* (1969, česky pod názvem *Vazba* v roce 2010), *Separation – Anger and Anxiety* (1973, česky pod názvem *Odloučení* v roce 2012) a *Loss, Sadness and Depression* (1980, česky pod názvem *Ztráta* v roce 2013).

<sup>13</sup> Na začátku 50. let spolupracovali na Tavistocké klinice v rámci studie hospitalizovaných dětí, separovaných od rodičů.

<sup>14</sup> Svá počáteční zjištění ze studie u kmene Ganda Ainsworthová prezentovala na setkáních Tavistock Study Group organizované Bowlbym během 60. let. Bowlby vždy věřil v přínos spolupráce výzkumníků s různým teoretickým backgroundem. Členy skupiny proto byli představitelé teorie učení, psychoanalytici či etologové. Členem byl také český pediatr a výzkumný pracovník v oblasti raného psychického vývoje dítěte **profesor Hanuš Papoušek**. Živé diskuse skupiny a studie, které následovaly, významným způsobem přispěly k rozvoji poznatků o raném sociálním vývoji obecně (Bretherton, 1992).

## Baltimorská studie

V roce 1963 se Ainsworthová pustila do druhého, tzv. Baltimorského projektu, ve kterém pozorovala 26 baltimorských rodin v jejich domácím prostředí. Podstatně známější je však součást studie v laboratorních podmínkách, 20minutová zkouška Strange Situation, jejíž průběh dávala Ainsworthová do souvislosti se záznamy z pozorování interakcí v rodinách (Bretherton, 1992). Matka s ročním dítětem jsou uvedeny do herny, později se k nim připojí neznámá osoba. Následují separace, kdy dítě zůstane samo s neznámou osobou, či úplně samo, až na dobu tří minut. Separace dítěte od matky, navíc v cizím prostředí, představuje pro dítě hrozbu, která spouští attachmentový systém. Největší výpovědní hodnotu má reakce dítěte na návrat matky, tj. jak vyhledává její blízkost, jak rychle se utiší a jak rychle se vrátí k původní činnosti (Vavrda, 2005).

Zkouška umožnila identifikovat tři základní odlišné attachmentové vzorce (typy attachmentových vazeb viz kapitola 2.4). Později Mary Mainová a J. Solomonová identifikovaly ještě čtvrtý vzorec (Siegel, 2012):

- *Bezpečný attachment*: při návratu děti okamžitě vyhledají blízkost matky, nechají se snadno utišit a rychle se vrátí k předchozí činnosti.
- *Vyhýbavý attachment* (úzkostný vyhýbavý): děti jakoby na návrat matky vůbec nereagují, příp. reagují odmítnutím.
- *Vzdorující či ambivalentní attachment* (úzkostný vzdorující): děti intenzivně reagují na návrat matky, ale nedají se snadno utišit, jako by utišení matce znemožňovaly (na jednu stranu vyžadují kontakt, na druhou jej ale znemožňují). Trvá dlouho, než se vrátí k předchozí činnosti.
- *Dezorganizovaný/dezorientovaný attachment*: děti na návrat matky reagují dezorganizovaně, dezorientovaně – např. ztuhnou, přibližují se k rodiči s odvrácenou tváří, chodí v kruhu a střídavě se přibližují a vzdalují.

## 2.4 Hlavní teze teorie attachmentu

### Základní principy attachmentu

Mary Mainová, doktorandka Mary Ainsworthové, definovala pět základních principů attachmentu (Siegel, 2012):

- Nejranější attachmenty se vytvářejí obvykle ve věku kolem 7 měsíců.
- Attachmentovou vazbu si vytvoří většina dětí.
- Attachment se vytváří pouze k několika osobám.
- Attachmentové vzorce jsou odvozeny od sociálních interakcí s attachmentovými figurami (více viz další text).
- Attachmentové vzorce vedou ke specifickým organizačním změnám v chování a fungování mozku kojence (více viz kapitola 3).

## Typy attachmentové vazby

Rozlišujeme čtyři typy attachmentu (Siegel, 2012):

### *JISTÝ, BEZPEČNÝ ATTACHMENT*

**Bezpečný attachment** lze pozorovat u dětí, jejichž rodiče byli citliví k jejich signálům, emočně dostupní a vnímaví – „naladěni“ na jejich emoční stav myslí. Děti se cítily „cítěny“ a pochopeny. Vyskytuje se u 55–65 % nerizikové populace.

### *NEJISTÝ ATTACHMENT*

Opakované a očekávatelné vzorce v rámci interpersonálního vztahu mezi dítětem a attachmentovou figurou (viz dále) jsou nezbytné pro zdravý vývoj. U všech forem nejistého attachmentu dochází k problémům ve vztahu (blízkostí, formou kontaktu).

**Vyhýbavý attachment** (úzkostný vyhýbavý) lze pozorovat u dětí, jejichž rodiče jsou emočně nedostupní, odmítaví, málo vnímaví a nenaladěni. Dítě nezažívá pocit blízkosti ve vztahu, neboť na emoce dítěte rodič nereaguje emočně, což u dítěte vede k pocitům zahanbení a vzteku. Vyskytuje se u 20–30 % nerizikové populace.

**Vzdorující či ambivalentní attachment** (úzkostný vzdorující) lze pozorovat u dětí, jejichž rodiče jsou sice svým způsobem dostupní, vnímaví a citliví, avšak nekonzistentně. Rodiče se chovají nepředvídatelně, často dítě emočně zahlcují, protože nedokážou vnímat, kdy dítě potřebuje jejich blízkost a kdy naopak potřebuje být samo. Dítě tak získá zkušenost, že se ve vztahu s rodiči není možné cítit komfortně. Tento typ vazby se vyskytuje u 5–15 % nerizikové populace.

**Dezorganizovaný/dezorientovaný attachment** byl identifikován později jako lépe odpovídající varianta k některým projevům ambivalentní vazby. Rodiče dětí s touto vazbou vykazují pro děti nesrozumitelné formy komunikace. Rodič se tak stává zdrojem hrozby, ale dítě, vyděšené rodičem, hledá bezpečí opět u něj, tj. u zdroje hrozby. Vzniká tak vnitřní a neřešitelný konflikt. Dezorganizovaná vazba se vyvíjí z opakovaných zkušeností, kdy rodič dítě děsí, případně je sám vyděšen, což sekundárně děsí dítě.

Jistě připoutané děti se učí věřit tomu, co cítí, a způsobu, jakým rozumí světu. Zkušenost, že jim někdo rozumí, podporuje jejich důvěru ve vlastní schopnosti, a pokud si nevědí rady s nějakou obtížnou situací, umějí najít někoho, kdo jim pomůže najít řešení. Umějí reflektovat své emoce a mluvit o nich. Nejistě připoutané děti jsou často ve stresu, se kterým neumějí naložit, příp. je zdrojem stresu sám rodič, proto se děti nenaučí regulovat své emoce (viz další bod) a rozumět tomu, co se kolem nich děje (učí se naopak ignorovat své pocity i vjemy). Zažívají tak nepřiměřenou úzkost, která může vést až k disociativním stavům či sebeobraně agresí. Pokud dítě není schopné zažít pocit kontroly, stability a možnosti změnit průběh dění, přechází velmi rychle ze stavu strachu do stavu boje/útěku/„zamrznutí“, bez možnosti učit se ze zkušeností (van der Kolk, 2005).

## Attachment a regulace emocí

Aby se mohla vytvořit bezpečná vazba mezi matkou (primárním pečovatelem) a dítětem, musí být matka psychobiologicky naladěna na změny vnitřních stavů dítěte (které dítě dává najevo tělesnými projevy). Matka vyhodnocuje neverbální vyjadřování negativních i pozitivních emocí



dítěte, které poté reguluje. Okamžiky nenaladění matky způsobují u dítěte negativní emoční stavy, které však matka může regulovat včasným „znovunaladěním“. Regulační procesy, tj. emoční synchronizace, která vede k pozitivním emočním stavům dítěte, a opětovné naladění (po okamžiku nenaladění), které moduluje negativní emoční stavy dítěte, jsou základními stavebními kameny attachmentu. Emoce jsou regulovány nejprve skrze druhé a v průběhu kojeneckého věku se v důsledku neurofyzilogického vývoje stávají stále více regulovány dítětem samotným (Schore, Schore, 2008).

### **Attachmentové figury (vazebné postavy)**

Bowlby rozlišuje hlavní a vedlejší vazebné postavy. Hlavní vazební postavou bývá většinou biologická matka (ale tuto úlohu může zaujmout i jiný pečovatel – náhradní matka), ve druhém roce života lze pozorovat vazbu také k dalším osobám, které se o něj starají – otec, sourozenci, prarodiče (Bowlby, 2010). Dítě si vytváří jakousi hierarchii vazebných postav, které pak v určitém pořadí vyhledává v závislosti na jejich dostupnosti a míře prožívaného strachu (Brisch, 2011).

### **Citlivost vazebných postav**

Koncept citlivosti vytvořila v jeho podstatných rysech Mary Ainsworthová v rámci Gandské a Baltimorské studie. Citlivost pečující osoby představuje podstatnou základnu citové vazby a Ainsworthová ji charakterizuje následovně (Brisch, 2011):

- Schopnost velmi pozorně vnímat signály dítěte.
- Schopnost vykládat si signály správně, z perspektivy kojence (např. různé druhy pláče).
- Schopnost přiměřené reakce na signály.
- Schopnost okamžitě reagovat na signály, resp. v rámci pro dítě tolerovatelného času.

### **Faktory ovlivňující typ attachmentové vazby**

Byly zjištěny středně silné souvislosti mezi jistým attachmentem a citlivostí vazebných postav. Další studie poukázaly na individuální potenciál kojenců jako další faktor spoluurčující vývoj typu vazby. Např. děti s vyšší iritabilitou byly ve zkoušce Strange Situation ohodnoceny jako nejistě připoutané i při průměrně citlivém chování matky. To vedlo k diskusím o roli temperamentu dítěte, které vyústily v závěr, že temperament ovlivňuje interakci matky a dítěte v prvním roce života i interakční dění ve zkoušce Strange Situation – těžko utižitelný neklidný kojeneček s problémy se spánkem bude pro průměrně citlivou matku výzvou či přetížením (Brisch, 2011).

Dá se předpokládat také vliv nevyřešených traumat rodičů, který vede k poruchám ve velmi rané interakci mezi rodičem a kojencem (Brisch, 2011).

### **Vznik citové vazby a schopnost ji vytvořit**

Vznik citové vazby má dvě základní podmínky: vnímavost, s jakou pečující postava reaguje na signály dítěte, a množství a povaha interakcí v rámci dvojice matka–dítě. Schopnost vytvořit si citovou vazbu je v prvních týdnech po narození nízká, v průběhu druhého a třetího měsíce se však zvyšuje (ve třetím měsíci se projevují rozdíly v sociálním chování dětí vychovávaných doma a v ústavech). Ke konci 6. měsíce jsou základy vazebného chování (definice vazebného chování viz úvod kapitoly) jasně stanoveny, vykazuje je většina dětí vychovávaných doma (většina dětí vychovávaných v ústavech je naopak nevykazuje). Bowlby proto předpokládá, že ve 4., 5. a 6. měsíci jsou děti zvýšeně citlivé ke vzniku vazebného chování. S odkazem na výzkum H. R. Schaffera

(zaměřeným na děti se zkušeností s ústavní péčí v prvním půlroce života<sup>15</sup>) Bowlby uvádí, že jistá míra citlivosti přetrvává ještě několik měsíců. Pokud má dítě dostatek sociálních interakcí uprostřed a ve druhé polovině prvního roku života, rychle si vytvoří citovou vazbu, jakmile k tomu dostane příležitost. V opačném případě si ji vytvoří mnohem pomaleji (Bowlby, 2010).

### **Strach a dostupnost vazebných postav**

Míra náchylnosti ke strachu do značné míry závisí na přítomnosti či nepřítomnosti vazebných postav. Bowlby předkládá tři tvrzení:

1. Má-li člověk jistotu dostupnosti vazebné postavy, bude mít mnohem menší sklony k intenzivnímu i chronickému strachu než člověk, který takovou jistotu nemá.
2. Jistota dostupnosti vazebných postav se vyvíjí pomalu během nezralých let (kojenectví, dětství a dospívání) a očekávání, která se během těchto let vyvinou, mají tendenci setrávat poměrně beze změny do konce života.
3. Různá očekávání ohledně dostupnosti vazebných postav a jejich ochoty reagovat (vytvořená během nezralých let) poměrně přesně odrážejí skutečné prožitky (Bowlby, 2012).

Od prvních měsíců je skutečná přítomnost či nepřítomnost vazebné postavy hlavní proměnnou, která určuje, zda člověk je, či není vylekán potenciálním ohrožením. Druhou hlavní proměnnou je pocit jistoty (či nejistoty), zda aktuálně fyzicky nepřítomná vazebná postava bude dostupná (tj. k dispozici a ochotná reagovat), pokud po tom člověk zatouží. Do zhruba konce třetího roku je dominantní první proměnná, v pubertě proměnná druhá. Nejistota ohledně dostupnosti vazebných postav je klíčovým faktorem pro vývoj úzkostné a nestabilní osobnosti (Bowlby, 2012).

### **Vnitřní pracovní modely**

Každý člověk si vytváří vnitřní pracovní modely světa a sebe v něm. S jejich pomocí vnímá události, předvídá budoucnost a sestavuje plány. Ústředním rysem pracovního modelu světa je koncepce vazebných postav – kdo jsou, kde jsou a jaké chování se od nich dá očekávat. V pracovním modelu vlastního já (*self*) je ústředním rysem koncepce, jak přijatelné, či nepřijatelné je *self* pro vazebné postavy. Na struktuře těchto modelů závisí předpověď, jak jsou vazebné postavy dostupné, a jistota, že budou dostupné (či obava, že nebudou). Vnitřní pracovní modely vazebné postavy a *self* jsou vzájemně komplementární. Např. nechtěné dítě se bude cítit nechtěné ze strany rodičů, ale bude také věřit, že už ze samotné podstaty nemůže být žádoucí nikdy pro nikoho (Bowlby, 2012).

Vazba dítěte k rodiči (pečovateli) se tedy internalizuje jako pracovní model attachmentu (vazby). Pokud je tato vazba problematická, vnitřní pracovní model attachmentu dítěti nepřináší pocit základní jistoty *secure base*) a podle Bowlbyho dochází k narušení zdravého vývoje (Siegel, 2012). Siegel (2012) ale upozorňuje, že i přes zásadní vliv vztahových zkušeností z raného dětství dochází k ovlivňování vnitřního pracovního modelu i nadále. Nové vztahové zkušenosti tedy mohou jedince posunout směrem k větší jistotě (jisté vazbě).

---

<sup>15</sup> Schaffer, H. R. Some issues for research in the study of attachment behaviour. In: *Determinants of Infant Behaviour*, Vol. 2, ed. B. M. Foss. London: Methuen; New York: Wiley, 1963.

Vytvoření vnitřního pracovního modelu *self* jako hodnotného je podmíněno citlivostí pečovatele k potřebám dítěte, tj. potřebě komfortu, ochrany, ale také různé míry nezávislosti při zkoumání prostředí (Bretherton, 1992). Kojenec může zkoumat svět a snášet strach po dobu vzdání se od matky pouze tehdy, představuje-li pro něj matka jistou emocionální základnu (Brisch, 2011).

### **Attachment a transgenerační přenos**

Děti mají tendenci bezděčně se ztotožňovat s rodiči. Vůči svým dětem budou proto pravděpodobně používat stejné vzorce chování, které prožily samy během svého dětství (Bowlby, 2012; toto tvrzení však nepokládá za dostatečně prokázané). Jakousi základnou jsou v tomto ohledu vnitřní pracovní modely, které skrze naučené v minulosti přímo ovlivňují přítomnost a určují charakter budoucích akcí (Siegel, 2012).

Výzkum transgeneračního přenosu attachmentu umožnil nástroj **Adult Attachment Interview** (AAI), technika polostrukturovaného rozhovoru vyvinutá Mary Mainovou a jejími spolupracovníky na základě rozhovorů s rodiči zapojenými do výzkumu attachmentu. Ukázalo se totiž, že způsob podání vlastní vztahové historie koreluje s typem vazby zjištěné u dítěte dotazovaného. AAI zachycuje stav mysli v okamžiku, kdy dotazovaný vzpomíná na své zkušenosti v attachmentových vztazích, a jeho výsledkem je tzv. stav mysli ve vztahu k attachmentu (Vavrda, 2005). I když např. podle van Ijzendoorna (1995) mnohé výzkumy zaměřené na shodu mezi stavem mysli zjištěným v AAI u rodičů a výsledkem zkoušky Strange Situation u jejich dětí ukázaly předávání vzorce attachmentu v 75 % případů, podle Brische (2011) vazba v prvním roce života výlučně neurčuje vývoj další vztahové vazby a nedovoluje proto absolutní prognózu.

### **Attachment a psychopatologie**

Longitudinální výzkum attachmentu ukazuje, že určité rané vztahové zkušenosti podporují emoční well-being, sociální kompetence, kognitivní funkce a resilienci. Vývoj je však proces, proto jsou starší děti, dospívající i dospělí navzdory nepříznivým životním okolnostem schopni dalšího růstu. Nejistý attachment automaticky nedeterminuje výskyt duševních poruch, zvyšuje ale riziko psychických a sociálních dysfunkcí (Siegel, 2012).

Siegel (2012) shrnuje výsledky výzkumů o vztahu poruch attachmentu a psychopatologie. Zdá se, že nejistý attachment je spojen s vyšším výskytem psychiatrických poruch, jako jsou úzkosti (ambivalentní attachment) a disociativní poruchy (dezorganizovaný attachment). V populaci osob s psychiatrickou diagnózou se nejistý stav mysli (AAI) vyskytuje mnohem více a jistý stav mysli mnohem méně než v intaktní populaci.

### **Závěrem**

„Je s podivem, že tak komplexnímu procesu, jako je interpersonální komunikace a vztah rodič–dítě, lze porozumět poměrně jednoduše: Attachment je ve své podstatě založen na citlivosti rodičů a jejich schopnosti reagovat na signály dítěte, což umožňuje vzájemnost v komunikaci rodič–dítě“ (Siegel, 2012, s. 142).

## 2.5 Shrnutí

Teorie attachmentu je velmi pečlivě propracovaná teorie (nejen Bowlbym a Ainsworthovou, ale také jejich četnými následovníky), inspirovaná poznatky napříč obory (psychoanalýza, etologie, teorie učení) a disponující validními empirickými nástroji – zkouška Strange Situation, Adult Attachment Interview, které umožňují měřit kvalitu citové vazby. Teze teorie attachmentu proto můžeme považovat za dostatečně prokázané.

Zásadní význam vztahu dítěte (kojence) a pečující osoby pro zdravý duševní vývoj vyzdvihl John Bowlby již v roce 1951 ve zprávě pro WHO. Vycházel nejen ze svých zkušeností, ale i závěrů odborníků z Evropy a USA. Dnes víme, že attachment má zásadní roli v organizaci lidské psychiky, tj. motivačních, emočních a paměťových procesů, a že způsob této organizace je odvozen od vztahu s pečujícími osobami (Siegel, 2012). Víme také mnohé o charakteristikách tohoto vztahu (tj. attachmentu, citové vazby).

Vytvoření citové vazby má dvě základní podmínky: vnímavost, citlivost, s jakou pečující postava reaguje na signály dítěte (citlivost podle Brische, 2011, navíc představuje základnu vztahové vazby) a množství a povaha interakcí v rámci dvojice matka–dítě (Bowlby, 2010). Citlivost pečovatelů se navíc pojí s vytvořením bezpečného vnitřního pracovního modelu attachmentu (Bretherton, 2012) a schopností dítěte regulovat své emoce (Schore, Schore, 2008). Nejistota dostupnosti vazebné postavy je klíčovým faktorem pro vývoj úzkostné a nestabilní osobnosti (Bowlby, 2012). Na konci šestého měsíce věku dítěte je citová vazba k pečující osobě vytvořena, za předpokladu dostatku sociálních interakcí ale přetrvává citlivost k jejímu vytvoření ještě několik měsíců (Bowlby, 2010; je však otázka, co přesně Bowlby myslí „dostatkem“ a „interakcí“).

Vazba dítěte k rodiči (pečovateli) se internalizuje jako pracovní model attachmentu (vazby). Pokud je tato vazba problematická, vnitřní pracovní model attachmentu dítěti nepřináší pocit základní jistoty, což může vést k narušení zdravého vývoje, pokud dítě nezíská nové vztahové zkušenosti. Vnitřní pracovní modely jsou také jakousi základnou, která skrze naučené v minulosti přímo ovlivňuje přítomnost a určuje charakter budoucích akcí (Siegel, 2012). Může tak docházet k transgeneračnímu přenosu attachmentových vzorců (Brisch, 2011).

Co se týká vztahu poruch attachmentu a psychopatologie, nejistý attachment automaticky nedeterminuje vznik duševní poruchy. Zvyšuje však riziko psychických a sociálních dysfunkcí (Siegel, 2012) a negativně ovlivňuje mj. vědomí kontroly nad děním a pocitu vnitřní stability (van der Kolk, 2005).

Nejistý typ citové vazby tedy znamená mnohá rizika pro organizaci lidské psychiky. Jsou podmínky v dětských centrech takové, aby si děti mohly vytvořit jistou citovou vazbu k pečující osobě?

Jedním z pěti základních principů attachmentu definovaných Mary Mainovou je, že attachmentové vzorce vedou ke specifickým organizačním změnám v chování a fungování mozku kojence. To, stejně jako některé výsledky výzkumů raně institucionalizovaných dětí, vede k nutnosti zabývat se poznatky neurověd v oblasti raného vývoje mozku.

### 3. Poznatky neurověd

Vzhledem k odchylkám ve vývoji zjištěným u raně institucionalizovaných dětí je důležité zabývat se také neurálním systémem, který tyto odchylky může vysvětlit. Raná deprivace má různé následky na různé oblasti vývoje. Nabízí se tedy otázka, proč jsou některé oblasti více poškozené a jiné méně. Nasnadě jsou také otázky, jaké konkrétní oblasti negativně ovlivňuje nedostatek sociálního kontaktu či zda existuje nějaké citlivé, kritické období, co se následků deprivace týká (Zeanah et al., 2003).

Mozek zprostředkovává veškeré emoční, sociální, kognitivní, behaviorální a fyziologické fungování. Porozumění organizaci a vývoji lidského mozku, mozkiem zprostředkovaným reakcím na ohrožení, nabízí klíč k porozumění traumatizovaným dětem (Perry et al., 1995).

#### 3.1 Základní principy neurovývoje

Vývoj je dynamický proces zahrnující miliardy interakcí napříč četnými mikrooblastmi (např. synapse) a makrooblastmi (např. interakce matka–dítě). Tyto interakce vedou k využívání genetického potenciálu jedince a vytvářejí dynamickou organizaci v trilionech dílčích částech lidského mozku (např. neurony, glia, synapse). Trauma, týrání, vystavení drogám či alkoholu v prenatálním věku tento náročný proces poškozují – nepříznivé zkušenosti vytvářejí extrémní či abnormální vzorce neurohormonální aktivity (Perry, 2009).

#### Sekvenční vývoj mozku

Mozek je organizován hierarchickým způsobem, v rámci čtyř hlavních anatomicky odlišných oblastí: mozkový kmen, mezimozek, limbický systém a kortex. Během vývoje se mozek organizuje odspodu směrem nahoru, od nejjednodušších (mozkový kmen) po ty nejkompexnější oblasti (limbické, kortikální). Každá z těchto oblastí zprostředkovává jiné funkce. Nižší, strukturálně jednodušší oblasti zprostředkovávají základní řídicí funkce, nejvyšší, nejkompexnější struktury (kortikální) ty nejsložitější. Vyvíjejí se, organizují a stávají se plně funkčními v různých obdobích dětství. Například po narození je nutný plně funkční mozkový kmen (řídí kardiovaskulární a respirační funkce), jeho neurální síť se proto musí organizovat ještě v prenatálním období. Naproti tomu kortikální oblasti (řídí abstraktní kognitivní procesy) se plně funkčními stanou až za mnoho let. V různých obdobích dochází v různých mozkových oblastech také k nejvyšší produkci synapsí, od čehož jsou odvozena tzv. citlivá období (Perry, 2009).

Proces vývoje mozku je ovlivněn neurotransmitery, neurohormony a neuromodulačními signály. Tyto signály pomáhají mj. zacílit pohyb a diferenciaci buněk a utvářet synaptická spojení. Některé z nejdůležitějších signálů pocházejí z monoaminergních neurálních systémů, které vznikají v nižších oblastech mozku (mozkový kmen, mezimozek) a vstupují do všech částí vyvíjejícího se mozku. Vlivem jejich široké sítě napříč mozkiem a role ve zprostředkování a modulaci celé řady funkcí může poškození v organizaci a fungování těchto systémů vyústit v kaskádu dysfunkcí od nižších oblastí mozku (kde vznikají) po ty vyšší (kam míří). Pokud dojde k poškození během prenatálního vývoje (v důsledku vystavení drogám či alkoholu) či raného dětství (emoční zanedbávání, trauma),

tato kaskáda dysfunkcí může narušit normální průběh vývoje. Jednoduše řečeno, organizace vyšších mozkových struktur závisí na vstupních informacích z nižších mozkových struktur (Perry, 2009).

Z výše popsaného vyplývá důležitost doby, ve které dítě získává zkušenosti – stejná traumatická zkušenost ovlivní 18měsíční dítě jinak než 5leté. Podobné traumatické zkušenosti v různých obdobích života jednoho dítěte ovlivní mozek různými způsoby. Ve většině případů traumatická zkušenost učiní dítě citlivějším, a do budoucna tedy více zranitelným (Perry, 2009).

### **Organizace mozku závisí na používání synaptických spojení**

Mozek se organizuje „na používání závislým způsobem“ (*use-dependent fashion*). V rámci vývoje mozku jsou nediferencované neurální systémy závislé na podnětech z prostředí a mikroprostředí – např. neurotransmitery, aminokyseliny apod. (Perry, 2009). Používaná synaptická spojení se udržují a zesilují, zatímco ta nepoužívaná vyhasínají a ztrácejí se. Zkušenosti v raném dětství vytvářejí vzorce neuronální aktivity, které se stávají jakousi šablonou pro neurální síť a vzorce, skrze něž budou vnímány a internalizovány budoucí zkušenosti. Aby se mohl vyvinout motorický systém (a motorické schopnosti), dítě musí lézt, chodit, běhat a tancovat. K organizaci kortikálních oblastí podílejících se na jazykových a kognitivních schopnostech musí mít dítě zkušenosti se symbolickými informacemi, tj. např. dospělí na ně musí mluvit (Perry, Pollard, 1998).

Věk, ve kterém dítě získává zkušenosti, je zásadní. Od narození emočně zanedbávané dítě adoptované ve třech letech bude mít i přes milující a pečující prostředí problémy s attachmentem, intimitou, sociálními interakcemi a dalšími funkcemi závislými na zdravém vývoji limbického systému. Sekvenční vývoj vyžaduje, aby tyto zkušenosti přicházely ve „vhodném“<sup>16</sup> pořadí, odpovídajícímu věku dítěte (Perry, Pollard, 1998).

### **Reakce na stres**

Příkladem dvou základních principů popsaných výše jsou systémy odpovídající za reakce na stres (*stress-response systems*), které se vyvíjejí v raném dětství. Neurobiologické systémy zprostředkovávající tyto reakce jsou lokalizovány v mozkovém kmeni a mezimozku. Co se týká finální organizace těchto reakcí, zkušenosti v prenatalním věku a raném dětství (mnohé studie prokázaly klíčovou roli citlivého a předvídatelného pečovatele) mají proto zásadní roli (Perry, Pollard, 1998).

Existují dva základní vzorce neurálních reakcí na stres u traumatizovaných dětí: hyperarousalové kontinuum a disociativní kontinuum (Perry et al., 1995):

#### *Hyperarousalové kontinuum*

Při setkání se zdrojem ohrožení je aktivován sympatikus, tj. dochází ke zvýšení frekvence srdečního tepu, krevního tlaku, dýchání, uvolňování uloženého cukru, zvýšení svalového tonu, zbystruje se vnímání a nedůležité informace jsou upozadovány. Všechny tyto akce připravují tělo k obraně (boji) či útěku. Čelí-li dítě ohrožení, prudce stoupá aktivita neurobiologických systémů zprostředkovávajících reakci útok–útek. Postupem času ale stejnou aktivaci nevyvolá pouze přímé

---

<sup>16</sup> Více viz podkapitola 3.5, Neurosekvencní model terapie.

ohrožení, ale také připomínka traumatu (např. střelba zbraně) a někdy také myšlenka či sen o traumatické události. I když tedy dítě není vystaveno původnímu traumatu, stresové odpovědi v mozku jsou opakovaně aktivovány. Tato na použití závislá aktivace vede ke zvyšování citlivosti neurobiologických systémů (v mozkovém kmeni a mezimozku), což vede ke zvyšování citlivosti dalších funkcí mozku zprostředkovaných těmito systémy – fyziologických, kognitivních, emočních a behaviorálních – a dochází tak k jejich dysregulaci. Traumatizované dítě proto může být motoricky hyperaktivní, úzkostné, impulzivní, může mít potíže se spánkem, vysokým tlakem a vykazovat další neuroendokrinní abnormality. Každodenní stresory, které dříve nevyvolávaly žádnou reakci, začnou vyvolávat „přehnané“ reakce – děti jsou hyperaktivní a přecitlivělé, neboť se nacházejí v permanentním stavu strachu (stav se v důsledku popsaných procesů stane rysem). Přetrvávající ohrožení může v závislosti na věku dítěte a charakteru ohrožení vést ke změně reakce z hyperarousalového kontinua do disociativního – viz níže (Perry et al., 1995).

#### *Disociativní kontinuum*

Malé děti však nejsou dobře vybavené k reakci „útok–útěk“. V úvodní fázi pocíťovaného distresu pláčou, aby pečovatel věděl o jejich ohrožení. Pokud pečovatel přijde, jedná se o úspěšnou adaptabilní reakci (může za dítě bojovat či s ním utéct). Pokud však pečovatel vhodně nereaguje, dítě nakonec po mnoha zklamáních přestane plakat (Perry et al., 1995) a je nuceno aktivovat jiné adaptační reakce. Je-li dítě dost staré, použije vzorec v rámci hyperarousalového kontinua (dětská verze reakce útok–útěk). Kojenci však aktivují disociativní adaptaci (Perry, Pollard, 1998). U kojenců a malých dětí v akutní a postakutní fázi traumatu lze často pozorovat strnulost, tendenci vyhovět, vyhýbavost a omezené emoční projevy, což koresponduje s primárně disociativním vzorcem reakce na stres (Perry et al., 1995).

Čím mladší jedinec je, tím spíše používá disociativní vzorec než hyperarousalový. Většina lidí používá různé kombinace obou vzorců, přičemž obecně v průběhu vývoje dochází k přechodu od disociativního k hyperarousalovému (Perry, Pollard, 1998).

#### *Zamrznutí*

Nejběžnější kombinací obou výše popsaných vzorců je zamrznutí (*freezing*). Traumatizované děti při připomínce traumatu cítí velkou úzkost, jsou proto méně schopny zpracovávat informace, cítí, že nad sebou ztrácejí kontrolu a kognitivně, často také fyzicky, zamrznou (Perry, Pollard, 1998).

#### **Zkušenosti získané v raném dětství mají zásadní význam**

V průběhu neurovývoje existují časová období, kdy je neurální systém citlivější ke zkušenostem. Při zdravém vývoji umožňuje tato citlivost vytěžit maximum z genetického potenciálu dítěte a zkušeností (předvídatelných, pečujících, opakovaných a obohacujících) získaných v rodině, kultuře a prostředí. Mozek kojenců a malých dětí je více ovlivnitelný zkušenostmi než zralý mozek. Zkušenosti mění u dospělého člověka chování, u dítěte ovšem způsob organizace mozku. V raném dětství jsou tedy děti nejzranitelnější (Perry, 2009).

### **Lidské vztahy zprostředkovávají nejdůležitější zkušenosti pro vývoj**

Zdravé vztahy pomáhají chránit před následky stresu a traumatu. Vztahy jsou zprostředkovávány dvěma vzájemně souvisejícími a široce distribuovanými systémy v mozku: systémy odpovídajícími za reakce na stres a neurálními sítěmi zahrnutými v attachmentu, sociální komunikaci a blízkých vztazích. Jedincům, kteří mají během traumatu či po něm málo pozitivních vztahových interakcí, trvá mnohem déle, než sníží traumatem způsobenou aktivaci systémů reakce na stres. Navíc je u nich více pravděpodobné přetrvávání symptomů, jako např. délka a intenzita aktivace systémů odpovídajících za reakci na stres a z nich vyplývajících změn v těchto systémech – způsobených opakovanou aktivací (Perry, 2009).

Neurální sítě odpovědné za reakce na stres se ihned po narození začínají rychle organizovat (vyvíjet). Základním zdrojem způsobu této organizace je primární pečovatel. Role systémů odpovědných za reakce na stres spočívá ve vnímání distresu (hlad, žízeň, zima, ohrožení apod.) a následném jednání vedoucím k jeho řešení. Kojenci však nejsou schopni saturovat své potřeby sami, primární pečovatel se tak stává externím regulátorem jejich stresu. Prostřednictvím konzistentní a předvídatelné péče poskytuje vyvíjejícímu se dětskému mozku opakované vzorce neurální stimulace (opět princip opakované aktivace) potřebné k budování adaptabilní a flexibilní kapacity k reakcím na stres (seberegulace) a zdravého attachmentu (Perry, 2009).

Zkušenosti kojence s primárním pečovatelem vytvářejí v jeho mozku také základní nastavení představy, „šablony“ toho, kdo jsou lidé (zda jsou předvídatelní, způsobují spokojenost, či nepředvídatelní a způsobující bolest), kterou si děti nesou do budoucna – ovlivňuje tedy jejich budoucí mezilidské vztahy (Perry, 2009).

### **3.2 Vztah základních principů neurovývoje a psychopatologie**

Základní principy vývoje mozku mají zásadní roli v oblasti psychopatologie. Změny v mozku způsobené častým používáním konkrétních synaptických spojení jsou příčinou neuropsychiatrických symptomů vztahujících se k vystavení jedince ohrožení, strachu, chaosu, stresu a traumatu. Je-li dítě ohrožené a jeho stresová odpověď se dlouhodobě a opakovaně aktivuje, dochází k mikrostrukturálním a mikrochemickým změnám v důležitých neurálních sítích – dítě tedy jedná, jako by bylo permanentně ohroženo (Perry, 2009). Ve vytvoření zdravých stresových odpovědí hraje klíčovou roli předvídatelný pečovatel. Pokud dítě takového pečovatele nemá, stává se z hlediska neuropsychiatrických problémů v budoucnu rizikovým (Perry, Pollard, 1998):

- Pokud jsou reakce dítěte dlouhodobě v rámci disociativního kontinua, neurobiologie disociativní stresové odpovědi se stane převládající a u dítěte se vyvinou k disociaci se vztahující symptomy (emoční odpojení, somatické problémy, disociace, úzkost, bezmocnost, závislost) a poruchy (disociativní, psychosomatické, úzkostné, depresivní).
- Pokud je dítě traumatizováno v pozdějším věku a jeho reakce jsou tedy převážně v rámci hyperarousalového kontinua, je náchylnější k rozvoji symptomů vztahujících se k neurobiologii hyperarousalové stresové odpovědi (hypervigilance, úzkost, impulzivita, problémy se spánkem) a poruchám na tomtéž základě (PTSP, ADHD, poruchy chování).



Co se týká predominance adaptivního stylu, je zde zřetelný genderový rozdíl. V dětství naplňuje více chlapců diagnostická kritéria externalizačních poruch (ventilace problémů směrem ven) jako ADHD, poruchy chování a porucha opozičního vzdorů, zatímco u dívek je vyšší výskyt internalizačních poruch (ventilace problémů směrem dovnitř) jako deprese, úzkost či disociativní poruchy (Perry et al., 1995).

### **Porucha opozičního vzdoru**

Traumatizované děti, které si vyvinuly zvýšeně citlivý hyperarousalový či disociativní vzorec, často používají mechanismus zamrznutí (kognitivního i fyzického), cítí-li úzkost. Tento mechanismus je však často onálepkován jako porucha opozičního vzdoru<sup>17</sup>. Děti přitom cítí úzkost z důvodu vystavení podnětu, kvůli kterému se jejich zvýšeně citlivý neurální systém aktivuje (většinou však důvodům své úzkosti nerozumějí). Pokud dospělý zaujme direktivní přístup, děti mohou jednat, jako by neslyšely. Následné zvýšení direktivity pak vyvolá ještě větší pocit ohrožení (Perry et al., 1995).

### **ADHD**

Většina dětí, které zažily zneužívání, zanedbávání či jiné trauma a dostaly se do zdravotnického systému z důvodu agrese, nepozornosti a problémům s dodržováním pravidel, jsou chlapci. Typicky bývají diagnostikováni jako ADHD. Děti se do systému dostávají z důvodu nespokojenosti dospělých s jejich chováním. Dívky s depresivními či disociativními symptomy pozornost dospělých většinou nezískají, tudíž se do systému nedostávají tak často (Perry et al., 1995).

### **3.3 Konkrétní odlišnosti ve vývoji mozku u traumatizovaných dětí**

Co se týká zranitelnosti ke změnám v organizaci a fungování mozku, je rané dětství nejcitlivějším obdobím. K jakým konkrétním změnám ve vývoji mozku může dojít, pokud dítě nezískává dostatek potřebných zkušeností a podnětů?

#### **Velikost mozku a vývoj mozkové kůry**

Perry a Pollard (1997) poukazují na zásadní význam smyslové stimulace pro organizaci vyvíjejícího se CNS – závažná smyslová deprivace během kritického či citlivého období může vést až k trvalým dysfunkcím. Na své klinice podrobně vyšetřili (fyzické, vývojové, neuropsychiatrické testy, zpracování anamnestických údajů) 122 zanedbávaných dětí, které rozdělili do čtyř skupin: děti komplexně zanedbané (GN, *globally neglected*; 40, smyslová deprivace ve více než jedné oblasti, tj. minimální kontakt s řečí, dotekem a lidmi – např. děti vyrůstající v klecích, v tmavých místnostech), děti komplexně zanedbané a vystavené drogám v prenatálním věku (GN + PND, 18), děti zanedbávané (*chaotically neglected*, CN, 36, dlouhodobé fyzické, emoční, sociální či kognitivní zanedbávání) a děti zanedbané a vystavené drogám v prenatálním věku (CN + PND, 28).

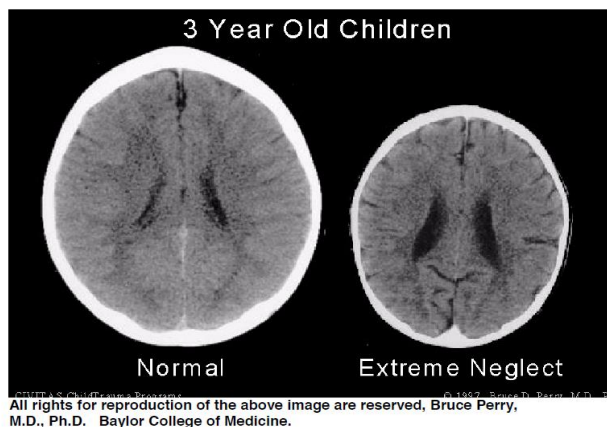
CT (počítačová tomografie) a MRI (magnetická rezonance) ukázaly následující (Perry, Pollard, 1997): u CN dětí radiologové vyhodnotili 3 z 26 snímků jako abnormální (11,5 %), u GN dětí 11 ze

---

<sup>17</sup> Porucha chování obvykle se vyskytující u mladších dětí, která je primárně charakterizovaná výrazně vzdorovitým, neposlušným a rozkladným chováním, avšak neobsahuje delikventní činy ani extrémnější agresivní nebo disociální chování ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

17 (64,7 %). Většinou se jednalo o zvětšené mozkové komory a kortikální atrofie (autoři tato zjištění nijak neinterpretují).

Zdá se také, že růst mozku GN dětí probíhá jinak – v porovnání s mozkem zdravých dětí je mozek extrémně zanedbávaných dětí mnohem menší a vykazuje abnormality ve vývoji kortexu (viz obrázek níže – Perry, Pollard, 1997, s. 6). U CN dětí nebyly v tomto ohledu zjištěny abnormality, což ovšem nevylučuje existenci abnormalit ve způsobu organizace mozku (Perry, Pollard, 1997).



### Vývoj bílé hmoty mozkové

Bick et al. (2015) zkoumali růst bílé hmoty mozkové u dětí v rámci projektu BEIP (viz kapitola 1.2) pomocí zobrazovací metody DTI (*diffusion tensor imaging*, umožňuje zachytit mikrostrukturální změny bílé hmoty). Studie se zúčastnilo 69 dětí ve věku 8–11 let, z toho 23 dětí, které byly z institucionální péče umístěny do pěstounské péče (průměrný věk 9,87), 26 dětí, které v institucionální péči zůstaly (průměrný věk 9,69), a 20 dětí, které v ústavní péči nikdy nebyly (průměrný věk 9,8). Výsledky ukázaly následující:

- Změna prostředí z nepodnětného (ústavního) na rodinné může podpořit trajektorii růstu bílé hmoty mozkové směrem k více optimální.
- Zanedbávání v raném dětství je spojeno se změnami v mikrostruktuře bílé hmoty mozkové napříč celým mozkem, např. v *corpus callosum*. *Corpus callosum* je největší shluk bílých vláken propojující obě hemisféry. Abnormality *corpus callosum* bývají spojeny s vývojovými a psychiatrickými poruchami a opožděním v kognitivní a jazykové oblasti.
- Mezi dětmi umístěnými do pěstounské péče a dětmi, které nikdy nebyly v instituci, nebyly zjištěny žádné významné rozdíly, s výjimkou oblastí *corpus callosum* a *corona radiata*. *Corona radiata* je svazek vláken bílé hmoty mozkové spojující kortex s talamem, bazálními ganglii a míchou. Jeho narušení bývá spojeno s obtížemi s emoční, kognitivní a behaviorální regulací.
- S vyrůstáním v instituci se jako signifikantně spojené ukázalo narušení dvou drah: *cingulum*, která podporuje komunikaci mezi frontálními a limbickými oblastmi mozku, a *fornix crus*.

Narušení těchto drah bývá spojeno s obtížemi s externalizací, internalizací (definice viz kapitola 1.2, mezinárodně adoptované děti), pozorností a prostorovým vnímáním.

Výsledky této studie nabízejí další důkaz o vlivu závažného zanedbávání v raném dětství na strukturální integritu bílé hmoty mozkové napříč celým mozkem a možnosti nápravy specifických drah v případě rané intervence, tj. umístění do pěstounské péče (Bick et al., 2015).

### **3.4 Attachment**

Devadesátá léta, „desetiletí mozku“, podnítila transformaci klasické teorie attachmentu směrem k emocím a jejich regulaci. Attachmentový vztah zprostředkovává regulaci emocí (viz kapitola 2.4), přičemž matka (primární pečovatel) pomáhá kojenci regulovat postnatální vývoj CNS a autonomního nervstva – interakce mezi matkou a dítětem je základním organizátorem vývoje a udržování synaptických spojení během zakládání funkčních struktur pravé hemisféry, neurobiologického jádra lidského nevědomí (Schore, Schore, 2008).

#### ***Attachmentový vztah jako zásadní faktor ovlivňující vývoj mozku***

Pro kojence jsou attachmentové vztahy hlavním faktorem prostředí, který se podílí na vývoji mozku během období maximálního růstu (*maximal growth period*). Lidské spojení tak vytváří neurální spojení (Siegel, 2012). Mnohé studie dokázaly, že rané zrání pravé hemisféry u kojenců je specifickým způsobem ovlivněno ranými sociálními zkušenostmi (Schore, 2000). Ačkoli kritické období, co se týká zvýšené tvorby synaptických spojení, je dáno geneticky, jejich vyhasínání a udržování je určováno prostředím. Přílišné vyhasínání spojení v kortikolimbickém systému znamená vysoké riziko pro další vývoj. Přílišné vyhasínání může být způsobeno geneticky danou sníženou schopností tvořit synapse či toxickým efektem velkého stresu na mladý mozek – uvolňování stresových hormonů vede k zániku základních drah v neokortexu a limbickém systému, oblastí odpovědných za emoční regulaci. Zvláště vysoké riziko proto hrozí dětem s geneticky danou sníženou schopností tvořit synapse a dětem s geneticky podmíněnými poruchami regulace neurotransmiterů (např. dopaminu), jsou-li vystaveny velkému stresu. Co se týká rizik budoucích poruch, jedná se o příklad interakce vlivu prostředí a genetiky. Toto riziko se skutečně projevuje na neurálních spojích mozku (Schore, 2002; Siegel, 2012).

#### ***Pravý mozek***

Schore (2000) shrnuje výsledky své dlouholeté práce a výsledky práce dalších autorů, které jasně dokazují, že attachmentové zkušenosti (emoční synchronizace mezi pečovatelem a kojencem) přímo ovlivňují strukturu (neurální spojení) orbitálního prefrontálního kortexu.

Hlavní období zrání prefrontálního kortexu začíná mezi 10. a 12. měsícem a kritické období jeho růstu je od poloviny do konce druhého roku. Anatomické vlastnosti této oblasti jsou unikátní. Nachází se totiž v zóně, kde se potkává kortex a subkortex, tedy na vrcholu limbického systému. Limbický systém je zahrnut do implicitního (tj. nevědomého) zpracovávání informací z výrazů obličeje, schopnosti adaptovat se na rychle se měnící prostředí a organizaci nově naučeného. Orbitofrontální systém je také hluboce propojen s autonomním nervstvem a retikulární formací

(generuje arousal, tj. úroveň aktivace organismu, „nabuzení“) – je tak jedinou kortikální strukturou, která může řídit autonomní odpovědi na sociální podněty. Aktivita frontolimbického systému je proto zásadní pro modulaci sociálního a emočního chování a homeostatickou regulaci tělesných a motivačních stavů, tj. emočně regulačních funkcí významných pro attachmentové procesy (Schore, 2000).

Orbitální prefrontální oblast se rozkládá zejména v pravé hemisféře, tj. dominantní hemisféře, co se týká nevědomých procesů dávajících emoční význam podnětům zvenčí (vjemy jsou označeny za pozitivní či negativní a stupněm příjemnosti či nepříjemnosti). Pravá hemisféra obsahuje také jakýsi „neverbální emoční lexikon“, „slovník“ pro neverbální emoční signály, jako jsou výraz obličeje, gesta, vokalizace či prosodika (Schore, 2000).

### **3.5 Využití poznatků neurověd v terapii**

Rozvoj neurověd umožnil rozvoj poznatků o vlivu traumatických zkušeností na další vývoj. Víme-li, jaké následky může traumatizace mít a jaké mechanismy podporují intenzitu a délku trvání těchto následků, víme také o možnostech léčby.

#### **Citlivý pečovatel**

Intenzita a trvání traumatických symptomů u dětí závisí na mnoha faktorech. Jedním z nejdůležitějších se zdá být dostupný citlivý pečovatel, který může přispět k výraznému zmírnění symptomů (Perry et al., 1995, příklady kazuistik Dobson a Perry, 2010).

#### **Psychoterapie zaměřená na poruchy attachmentu**

Riziko ke vzniku dysfunkcí plyne z interakce geneticky podmíněných vlastností a zkušeností získaných z prostředí, nikoli pouze z genů či pouze ze zkušeností. Pokud schopnost mysli adaptovat se přetrvává až do dospělosti, potom emoční vztahy navázané v průběhu života mohou být chápány jako médium, skrze které dochází k podpoře dalšího (zdravého) vývoje. Attachmentové vztahy a další formy blízkých, emočních lidských spojení mohou umožňovat změny v synaptických spojeních až do dospělosti (Siegel, 2012).

Otázky plasticity mozku a kritického období vývoje jsou v tomto ohledu v neurovědách stále otevřeny. Dosavadní poznatky však naznačují, že lidský mozek se může měnit po celý život. U někoho, kdo zažil suboptimální attachmentové vztahy, zůstává mozek otevřený k dalšímu růstu a vývoji. U jiného raná životní historie, jako nedostatek raných attachmentových zkušeností (závažné zanedbávání) či těžké trauma (psychické, sexuální, emoční zneužívání), natolik změní neurobiologickou strukturu mozku, že jakákoli náprava je velmi obtížná a dlouhodobá (Siegel, 2012).

Hlavní téma výzkumu attachmentu a efektivní léčby je, zda jsou attachmentové vztahy nejužitečnější cestou k trvalým a smysluplným výsledkům, tj. ke zdravému fungování mozku a jeho vývoji. Předkládají směr, jakým toho lze prostřednictvím vztahů dosáhnout: skrze vzájemný vztah

zahrnující citlivost na signály, reflexi důležitosti stavů mysli a neverbální naladění na stavy mysli (Siegel, 2012).

### Neurosekvenci model terapie (NMT)

Zanedbávání je z pohledu neurovývoje absence vhodného načasování, frekvence, vzorce a charakteru zkušeností (a vzorců neurální aktivace způsobených těmito zkušenostmi) nezbytných pro využití genetického potenciálu pro oblasti, jako např. seberegulace, jazyk a řeč a zdravé mezilidské vztahy (Perry, 2009). NMT proto spočívá v poskytnutí „náhradních“ zkušeností, s respektem k základním principům neurovývoje.

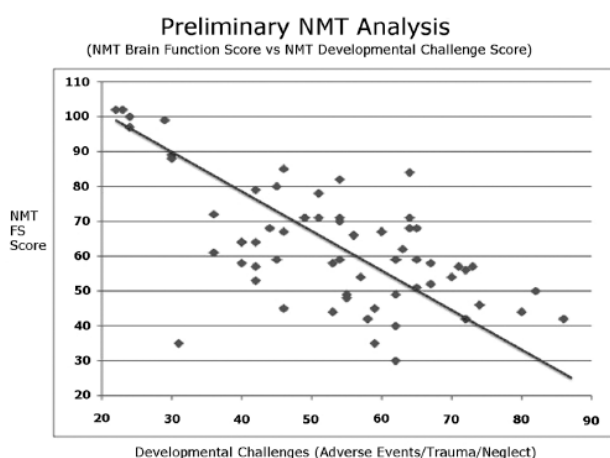
NMT není speciální terapeutická technika, ale multidimenzionální způsob vyhodnocování poskytující přehled o zdrojích síly i zranitelnosti dítěte v kontextu jeho vývojové historie. NMT byl navržen jako doplnění jiných užitečných vyhodnocovacích nástrojů (WISC, Trauma Symptom Checklist apod.), do určité míry navíc poskytuje neurovývojový rámec pro data získaná těmito nástroji. Všechna data jsou pak organizována do speciální mapy (*neuroscience-focused „map“* – viz obrázky níže). NMT se skládá ze tří základních komponent (Perry, 2009; včetně konkrétní kazuistiky např. Perry a Dobson, 2013<sup>18</sup>):

#### NMT Vývojová historie

Aby člověk dítěti porozuměl, musí znát jeho historii. Vyhodnocování v rámci NMT je zaměřeno na dobu, charakter a závažnost událostí během vývoje – vše je skórováno. Podrobné vyhodnocení událostí v historii dítěte umožňuje také odhadnout, jaké neurální sítě a funkce byly traumatickou zkušeností pravděpodobně zasaženy. Např. prenatální poškození, jako užívání alkoholu matkou či postnatální potíže v poskytování péče dítěti, jako málo citlivý primární pečovatel, budou pravděpodobně znamenat neurobiologické změny v mozkovém kmeni a mezimozku, které se v tomto období organizují.

Druhá klíčová část NMT vyhodnocování spočívá ve vyhodnocení vztahové historie. Jak již bylo vícekrát zmíněno, vztahové prostředí může působit protektivně, je-li dostatečně podporující. V opačném případě naopak přispívá ke zhoršení poškození vývoje.

#### NMT Funkční status a „mapování“ mozku

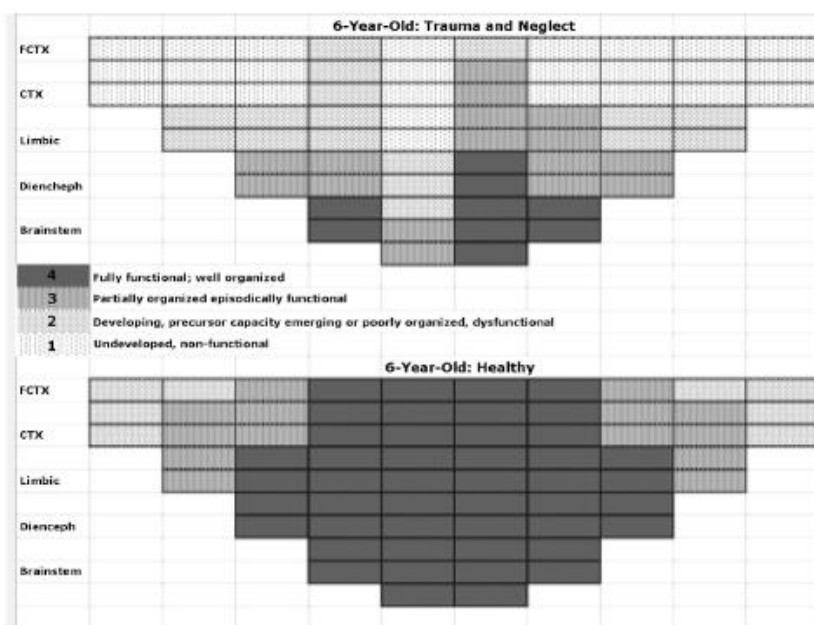


Druhou komponentou NMT procesu je přehled stávajících funkcí – umožňuje odhadnout, které neurální sítě a oblasti mozku se podílejí na neuropsychiatrických symptomech. Přehled vypracovává multidisciplinární tým, jehož vedoucí musí mít hluboké znalosti o dětském vývoji, klinické traumatologii a vývojových neurovědách.

Schéma (Perry, 2009, s. 250) znázorňující vztah mezi vývojovým poškozením (trauma, zanedbávání) a organizací mozku. Vodorovná osa znázorňuje NMT vývojovou historii (vyšší skóre = větší vývojové

<sup>18</sup> Další články viz <http://childtrauma.org/cta-library/intervent>

poškození), svislá funkční NMT mapování (vyšší skóre = lepší fungování). Mezi proměnnými je zřetelný lineární vztah, tj. čím vyšší skóre vývojového poškození, tím nižší skóre fungování mozku. Jedinci spadající „nad čáru“ mívají chudší vztahovou historii (opakované přemísťování, nedostatečná primární péče apod.), jedinci „pod čarou“ naopak relativně pečující zdravé vztahy (širší rodina, více stabilních rodinných vztahů). Jedinci vlevo nahoře (NMT FS 90–100) jsou zdravé děti.



NMT funkční mapování mozku (Perry, 2009, s. 251) – srovnání 6letého traumatizovaného dítěte se zdravým dítětem. Funkce mozku (např. regulace srdeční frekvence – mozkový kmen, jazyk a řeč – CTX, kortex) jsou, velmi zjednodušeně řečeno, „lokalizovány“ v určité oblasti mozku. Tato „mapa“ umožňuje odhadnout vývojový/funkční status klíčových funkcí dítěte, definovat jeho silné a citlivé oblasti a určit výchozí bod a povahu terapeutických aktivit tak, aby co nejlépe odpovídaly specifickým potřebám dítěte.

### **NMT Intervenice**

Třetí komponentou NMT procesu jsou intervence. I když je zjištěno mnoho deficitů, důležité je, v jakém pořadí jsou „lčeny“. Čím více terapeutický proces kopíruje normální vývoj mozku, tím efektivnější intervence jsou. Začíná se proto u nejnižších nevyvinutých/poškozených oblastí mozku (a z nich vyplývajících potíží) a pokračuje směrem k vyšším (viz základní principy neurovývoje). Jinak řečeno, chceme-li ovlivnit vyšší funkce jako jazyk, řeč či socioemoční komunikaci, musíme změnit nižší neurální sítě. Prvotní zaměření tedy může být na slabě organizovaný mozkový kmen/mezimozek a k nim vztažené potíže se seberegulací, pozorností a impulzivitou, pomocí opakovaných somatosenzorických aktivit jako muzika, pohyb, jóga, bubnování či terapeutické masáže. Když dojde ke zlepšení seberegulace, terapeutická práce se může přesunout na vztahovou oblast (limbická oblast mozku), pomocí např. herní terapie či arteterapie. Když dojde ke zlepšení i v této oblasti, terapeutické techniky mohou být více verbální a zaměřené na vhléd (kortikální oblast mozku), tj. kognitivně-behaviorální či psychodynamické.

Opakované aktivity vedou k organizaci mozku, chaotické zkušenosti vytvářejí chaotickou dysfunkční organizaci. Terapeutické aktivity jsou proto neúčinnější, zaměříme-li je na opakovanou aktivaci neurálních systémů, které potřebujeme modifikovat – bez aktivace není možné neurální systém měnit.

Klíčovým bodem NMT intervencí jsou vztahy dítěte. Bruce Perry a jeho kolegové po letech klinické práce dospěli k závěru, že vztahové prostředí dítěte je hlavním zprostředkovatelem terapeutických zkušeností. U dětí se stabilními, zdravými a pozitivními vztahy dochází ke zlepšení. V opačném případě ke zlepšení nedochází ani při poskytování té nejlepší terapie (často se jedná o děti, jejichž rodiče zažili stejné vývojové trauma, ztrátu či zanedbávání).

### 3.6. Shrnutí

V raném dětství je mozek nejcitlivější a nejplastičtější – pokud dítě získá optimální zkušenosti, může těžit ze svého genetického potenciálu, resp. jeho interakce s těmito zkušenostmi (Schoore, 2002; Perry, 2009; Siegel, 2012). V opačném případě se stává rizikovým z hlediska narušení zdravého vývoje.

Vývoj mozku má své principy:

1. Organizuje se od nižších struktur směrem k vyšším, přičemž organizace vyšších mozkových struktur závisí na vstupních informacích z nižších mozkových struktur. Nižší struktury se organizují v prenatálním věku a raném dětství – dojde-li tedy k narušení procesu (trauma, zanedbávání), organizace vyšších struktur bude narušena (Perry, 2009).
2. Často používaná synaptická spojení se zesilují, ta zřídka používaná naopak vyhasínají. Příkladem obou zmíněných principů jsou neurobiologické systémy odpovídající za reakce na stres, které se vyvíjejí v raném dětství – hyperarousalové a disociativní kontinuum (Perry et al., 1995; Perry, Pollard, 1998).
3. Ze dvou popsaných principů vyplývá další: zkušenosti získané v raném dětství mají zásadní význam – u dospělého člověka mění chování, u dítěte ovšem způsob organizace mozku (Perry, 2009).
4. Základním zdrojem způsobu organizace neurálních sítí odpovědných za reakce na stres je primární pečovatel. Kojenec není schopen saturovat své potřeby sám, primární pečovatel tak slouží jako externí regulátor stresu (Perry, 2009).

Základní principy neurovývoje se promítají také do psychopatologie. Dle převažujícího vzorce reakce na stres se u dítěte projeví poruchy a symptomy disociativního či hyperarousalového charakteru (Perry, Pollard, 1998). U chlapců je výrazně více aktivován hyperarousalový vzorec, na rozdíl od dívek proto získávají pozornost dospělých, a tedy zdravotnického systému (Perry et al., 1995).

Ve vývoji mozku u traumatizovaných dětí byly prokázány konkrétní odlišnosti: abnormality ve velikosti mozku a vývoji kortexu (Perry, Pollard, 1997) či narušení strukturální integrity bílé hmoty mozkové (Bick et al., 2015).

Mnohokrát byl zmíněn zásadní vliv zkušeností v raném dětství, tedy „kvalitě“ péče spočívající především v dostupnosti citlivého, naladěného a předvídatelného pečovatele, na vývoj mozku. Z jiného úhlu pohledu se jedná o zásadní důležitost attachmentových vztahů, které jsou pro kojence hlavním faktorem prostředí, který utváří vývoj mozku (Siegel, 2012). Attachmentové zkušenosti přímo ovlivňují strukturu (neurální spojení) v rámci orbitálního prefrontálního kortexu,

který odpovídá za modulaci sociálního a emočního chování a emočně regulačních funkcí významných pro attachmentové procesy (Schore, 2000).

Poznatky z oblasti neurověd umožňují lépe nastavit terapeutické intervence – psychoterapie zaměřená na poruchy attachmentu (Siegel, 2012) či neurosekvenční model terapie (Perry, 2009; Perry, Dobson, 2013). Opomenout však nelze ani dostupnost citlivého pečovatele, jehož přístup přispívá ke zmírnění traumatických symptomů (Perry et al., 1995; Dobson, Perry, 2010). Podpora vztahů dítěte je také klíčovou součástí neurosekvenčního modelu terapie, neboť vztahové prostředí dítěte je hlavním zprostředkovatelem terapeutických zkušeností (Perry, 2009).



## 4. Závěr

Výzkumy o vlivu rané institucionalizace, teze teorie attachmentu a poznatky neurověd jasně a v souladu dokazují zásadní význam vlivu zkušeností získaných v raném dětství na další vývoj. Zprostředkovatelem těchto zkušeností je primární pečovatel. Nutno zdůraznit, že velký význam mají zkušenosti dítěte již v prenatálním věku. Např. abúzus alkoholu či drog matky vede k narušení neurohormonální aktivity nutné pro zdravý vývoj mozku, tj. k narušení organizace nižších mozkových struktur, a tedy také funkcí vyšších struktur (Perry, 2009).

Napříč zmíněnými výzkumy panuje shoda o nižším kognitivním výkonu raně institucionalizovaných dětí, který se navíc zdá být trvalý (Goldfarb, 1945; Smyková et al., 2007; Loman et al., 2009). Tento závěr koresponduje s poznatky neurověd. Kognitivní funkce zprostředkovávají nejvyšší mozkové struktury (kortikální), jejichž organizace závisí na vstupních informacích z nižších mozkových struktur, které se vyvíjejí v raném dětství. Pokud tedy nedojde ke zdravému vývoji nižších mozkových struktur (na něž má zásadní vliv citlivost pečovatele), funkce vyšších struktur je narušena (Perry, 2009).

Dalším častým zjištěním výzkumů o vlivu rané institucionalizace jsou různě závažné potíže s regulací pozornosti (Gunnar, van Dulmen, 2007; Loman et al., 2009). Potíže s pozorností a impulzivita mohou poukazovat na narušení organizace mozkového kmene a mezimozku, tj. nižších mozkových struktur (Perry, 2009), či na narušení určitých drah bílé hmoty mozkové (Bick et al., 2015). Vývoj, organizace a fungování mozku jsou ovšem podstatně složitějšími procesy. Nelze tedy jednoduše tvrdit, že potíže s konkrétní funkcí (např. regulace pozornosti) vyplývají z narušené organizace konkrétní části mozku.

Co se týká finální organizace systémů odpovídajících za reakce na stres, prokázaly mnohé studie klíčovou roli citlivého a předvídatelného pečovatele (Perry, Pollard, 1998; Perry, 2009). Konzistentní a předvídatelná péče poskytuje vyvíjejícímu se dětskému mozku opakované vzorce neurální stimulace potřebné k budování adaptabilní a flexibilní kapacity k reakcím na stres (seberegulace) a zdravého attachmentu (Perry, 2009). Pokud dítě takového pečovatele nemá, stává se rizikovým z hlediska neuropsychiatrických problémů v budoucnu – symptomů a poruch v rámci disociativní či hyperarousalové stresové reakce (Perry, Pollard, 1998). Kvalitní péče o děti v raném věku je spojena také se základními principy neurovývoje: (1) zkušenosti získané v raném dětství mají zásadní význam (zkušenosti mění u dospělého člověka chování, u dítěte ovšem způsob organizace mozku), (2) lidské vztahy zprostředkovávají nejdůležitější zkušenosti pro vývoj (Perry, 2009).

Kvalita péče (citlivý, předvídatelný pečovatel) je samozřejmě spojena také s attachmentem. Ukázala se jako faktor signifikantně ovlivňující attachment, resp. jasnost attachmentového vzorce a organizovanost attachmentu (Zeanah et al., 2005). Tento závěr koresponduje s poznatky teorie attachmentu: citlivost pečovatele představuje podstatnou základnu vztahové vazby (Brisch, 2011), jinými slovy, emoční synchronizace mezi dítětem a pečující osobou je základním stavebním kamenem attachmentu (Schore, Schore, 2008).

Attachment (citová vazba) je klíčovým faktorem zdravého vývoje mozku, resp. orbitálního prefrontálního kortexu, který odpovídá mj. za modulaci sociálního a emočního chování (Schore, 2000), a organizace lidské psychiky, tj. motivačních, emočních a paměťových procesů (Siegel, 2012). Nevytvoří-li si dítě jistý, bezpečný typ attachmentové vazby, stává se rizikovým mj. z hlediska psychických a sociálních dysfunkcí (Siegel, 2012) a potíží s vnímáním a regulací emocí (van der Kolk, 2005; Schore, Schore, 2008). Potíže v sociální a emoční oblasti jsou rovněž častým zjištěním výzkumů o vlivu rané institucionalizace: vztahové problémy (Matějček et al., 1995), nižší skóre sociální zralosti (Goldfarb, 1945), horší výsledky na škálách kompetencí a sociální vztahovosti (Smyke et al., 2007), problémové chování (Gunnar, van Dulmen, 2007).

Důležitým tématem je otázka kritické hranice pro vytvoření attachmentové vazby. Bowlby (2010) uvádí 6 měsíců věku dítěte a citlivost k jejímu vytvoření ještě několik měsíců poté. Longitudinální výzkum v rámci BEIP (Zeanah et al., 2005; Smyke et al., 2010) jasně prokázal významný nárůst počtu dětí s jistou formou vazby u dětí umístěných do pěstounské péče. Důležitým faktorem je ovšem včasná intervence, tj. změna prostředí z ústavního na více podnětné. Včasná dle výsledků výzkumů znamená do věku dvou let. Smyke et al. (2010) uvažují, zda uvedené výsledky nemohou vypovídat o schopnosti dětí zachovat si silnou plasticitu pro adaptaci (v oblasti attachmentu) přinejmenším do věku tří let (ale také o snižování této plasticity se zvyšujícím se věkem).

Hranice dvou let se z hlediska prognózy dětí vyrůstajících v institucionální péči (kojenců a batolat) zdá jako poměrně nadějná. Podle mého názoru je však nutné tento závěr interpretovat velmi opatrně, tím spíše vzhledem k výsledkům dřívější fáze studie (Zeanah et al., 2005) popisující výrazné poruchy attachmentu u raně institucionalizovaných dětí a domněnku o neschopnosti dětí vytvořit si selektivní vazbu ke svým pečovatelnům. Nelze jednoduše říci, že dítě může do cca dvou let vyrůst v deprivacním prostředí, protože do té doby se prognóza vytvoření bezpečné vazby jeví jako relativně příznivá. Vytvoření citové vazby není jednorázová záležitost, ale výsledek procesu. Pokud je tento proces od počátku komplikován (deprivačními okolnostmi), vytvoření bezpečné vazby může být logicky problematičtější. Navíc, vzhledem k množství faktorů ovlivňujících vývoj dítěte není reálné (ani možné) stanovit nějaké konkrétní, všeobecně platné věkové období. Vždy bude záležet na konkrétních osobnostních charakteristikách dítěte, životních okolnostech a také genetických dispozicích dítěte (viz Schore, 2002; Perry, 2009; Siegel, 2012). Studie Smyke et al. (2010) koneckonců popisuje vyšší pravděpodobnost vytvoření jisté vazby, nikoli její automatické vytvoření u všech dětí po změně prostředí z ústavního na pěstounské.

Otázka kritické hranice vytvoření attachmentové vazby koresponduje s otázkou kritické hranice vývoje mozku v neurovědách. Perry a Pollard (1998) uvádějí obecnou hranici tří let – od narození emočně zanedbávané dítě adoptované ve třech letech bude mít i přes milující a pečující prostředí problémy s attachmentem, intimitou, sociálními interakcemi a dalšími funkcemi závislými na zdravém vývoji limbického systému. Hlavní období zrání prefrontálního kortexu začíná mezi 10. a 12. měsícem a kritické období jeho růstu je od poloviny do konce druhého roku (Schore, 2000). Siegel (2012) nabízí neoptimističtější tvrzení: dosavadní poznatky naznačují, že lidský mozek se může měnit po celý život. Nicméně jedná se o velmi obecný závěr. Sám autor dodává, že u někoho, kdo zažil suboptimální attachmentové vztahy, zůstává mozek otevřený k dalšímu růstu a vývoji.

U jiného raná životní historie – jako nedostatek raných attachmentových zkušeností (závažné zanedbávání) či těžké trauma (psychické, sexuální, emoční zneužívání) – natolik změní neurobiologickou strukturu mozku, že jakákoli náprava je velmi obtížná a dlouhodobá.

Obecnou kritickou hranici lze vzhledem k množství faktorů ovlivňujících vývoj (resilience, genetické dispozice, závažnost traumatických zkušeností, konkrétní charakteristiky pečovatele či pečujícího prostředí apod.) těžko přesně určit. Velmi obecně (a zjednodušeně) se zřejmě jedná o období kolem roku, roku a půl (zrání prefrontálního kortexu), maximálně dvou let (pravděpodobnost vytvoření jisté attachmentové vazby). Nelze ovšem předpokládat, že do té doby mohou děti strádat, neboť prognóza zdravého vývoje by mohla být stále relativně příznivá (viz úvahy výše).

Kromě pravděpodobnosti vytvoření bezpečné attachmentové vazby se hranice dvou let ukázala jako významný faktor také v dalších oblastech. Adopce ve věku dva roky a starším se dle zjištění Gunnar a van Dulmen (2007) pojí s vyšším rizikem internalizace (somatizace, deprese apod.) i externalizace problémů (agresivní chování), problémů v sociální oblasti a poruch pozornosti. To může opět vypovídat o narušení vývoje mozku jak z hlediska attachmentu (Schore, 2000), tak základních principů neurovývoje (Perry, 2009), v důsledku nedostatečných zkušeností v raném věku dětí (a tedy nedostatečné kvalitě péče).

Nejdůležitějším výstupem analýzy výsledků výzkumů o následcích rané institucionalizace, poznatků teorie attachmentu a neurověd je, že kvalita péče neboli citlivá, naladěná a dostupná pečující osoba je základním předpokladem zdravého vývoje (vytvoření jisté attachmentové vazby, zdravá organizace mozkových struktur). Jaká je péče o děti v českých dětských centrech? Mohou si děti vytvořit bezpečnou vazbu k pečující osobě? Je jim poskytována taková péče, aby umožnila zdravý vývoj mozku?

Následky rané institucionalizace nemusí být pro osobnost devastující ani fatální. Není však rizik dost na to, abychom hledali kvalitnější způsob péče o ohrožené děti v raném věku? Tím spíše, že již dlouho víme, že zásadním faktorem pro zdravý vývoj je citlivý pečovatel (min. od roku 1951 – Bowlbyho zpráva pro WHO *Maternal Care and Mental Health*) a že poznatků o konkrétním významu citlivého pečovatele pro konkrétní oblasti vývoje přibývá? Můžeme mít námitky k metodologii výzkumů následků rané institucionalizace, interpretaci jejich výsledků či ke srovnatelnosti s podmínkami v našem prostředí. Můžeme následky poruch attachmentu považovat za velmi obecně formulované čili nejednoznačně vztahované k rané institucionalizaci. Nemůžeme však ignorovat jasné a exaktní poznatky neurověd ani jejich soulad s výsledky výzkumů a poznatky teorie attachmentu.

## Použité zdroje

1. BICK, J., ZHU, T., STAMOULIS, C., FOX, N. A., ZEANAH, C., NELSON, C. A. Effect of Early Institutionalization and Foster Care on Long-term White Matter Development. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 2015, 163(3): 211–219. Dostupné také z: <http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2091622>
2. BOWLBY, J. *Vazba*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.
3. BOWLBY, J. *Odloučení*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0076-5.
4. BREHERTON, I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 1992, 28(5): 759–775.
5. BRISCH, K. H. *Poruchy vztahové vazby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-870-8.
6. BUBLEOVÁ, V. *Rodina založená osobami, které vyrůstaly v dětských domovech*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí Bratislava, pobočka Praha, 1992.
7. DOBSON, C., PERRY, B. The Role of Healthy Relational Interactions in Buffering the Impact of Childhood Trauma. In: GIL, E. (ed.). *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play*. The Guilford Press. 2010. Dostupné také z: [https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/12/The\\_Role\\_of\\_Healthy\\_Relational\\_Interactions\\_Perry.pdf](https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/12/The_Role_of_Healthy_Relational_Interactions_Perry.pdf)
8. GOLDFARB, W. Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. *The American Journal of Psychiatry*, 1945, 102(1): 18–33.
9. GUNNAR, M. R., VAN DULMEN, M. H. M. Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 2007, 19(1): 129–148.
10. KOVAŘÍK, J. a kol. *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2004.
11. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.
12. LOMAN, M. M., WIJK, K. L., FRENN, K. A., POLLAK, S. D., GUNNAR, M. R. Postinstitutionalized Children's Development: Growth, Cognitive and Language Outcomes. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2009, 30(5): 426–434. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2890219/>
13. MATĚJČEK, Z. Teoretická úvaha nad pozdními následky psychické deprivace a subdeprivace. *Československá psychologie*, 1996, 40(5): 369–375.
14. MATĚJČEK, Z., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. I. část. Děti z dětských domovů ve svých čtyřiceti letech. *Československá psychologie*, 1995, 39(6): 481–495.
15. MATĚJČEK, Z., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. III. část. Děti narozené z nechtěného těhotenství, děti z dětských domovů a děti z náhradní rodinné péče v dlouhodobém sledování. *Československá psychologie*, 1996, 40(2): 81–93.
16. PERRY, B. Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 2009, 14(4): 240–255.
17. PERRY, B., DOBSON, C. The Neurosequential Model of Therapeutics. In: FORD, J. D., COURTOIS, C. A. (eds). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents*. The Guilford Press.

2013. Dostupné z: [https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/12/FordCourtois\\_Perry\\_Dobson.pdf](https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/12/FordCourtois_Perry_Dobson.pdf)
18. PERRY, B., POLLARD, R. A. *Altered brain development following global neglect in early childhood*. Society For Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting, New Orleans, 1997. Dostupné z: [https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/12/PerryPollard\\_SocNeuro.pdf](https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/12/PerryPollard_SocNeuro.pdf)
  19. PERRY, B., POLLARD, R. A. Homeostasis, Stress, Trauma and Adaptation. A Neurodevelopmental View of Childhood Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1998, 7(1): 33–51.
  20. PERRY, B., POLLARD, R. A., BLAKLEY, T. L., BAKER, W. L., VIGILANTE, D. Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and “Use-dependent” Development of the Brain: How “States” Become “Traits”. *Infant Mental Health Journal*, 1995, 16(4): 271–291.
  21. SCHORE, A. N. Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2000, 2(1): 23–47.
  22. SCHORE, A. N. Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis, of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2002, 36(1): 9–30.
  23. SCHORE, J. R., SCHORE, A. N. Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 2008, 36(1): 9–20.
  24. SIEGEL, D. J. *The Developing Mind. How relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York, London: Guilford Press, 2012.
  25. SMYKE, A. T., KOGA, S. F., JOHNSON, D. E., FOX, N. A., MARSHALL, P. J., NELSON, C. A., ZEANA, C. H. The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, 48(2): 210–218.
  26. SMYKE, A. T., ZEANA, C. H., NELSON, C. A., FOX, N. A., GUTHRIE, D. Placement in Foster Care Enhances Quality of Attachment Among Young Institutionalized Children. *Child Development*, 2010, 81(1): 212–223.
  27. VAN DER KOLK, B. Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 2005, 35(5): 401–408. Dostupné také z: <http://www.wjcia.org/conpast/2008/trauma/trauma.pdf>
  28. VAN IJZENDOORN, M. H. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 1995, 117(3): 387–403. Dostupné také z: [http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c\\_c/rsrscs/rdgs/attach/vanIjzendoorn.AAI\\_infAttach.psychbull95.pdf](http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/attach/vanIjzendoorn.AAI_infAttach.psychbull95.pdf)
  29. VAVRDA, V. *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2005. ISBN 80-7106-672-9.
  30. ZEANA, C. H., NELSON, C. A., FOX, N. A., SMYKE, A. T., MARSHALL, P. J., PARKER, S. W., KOGA, S. Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. *Development and Psychopathology*, 2003, 15(4): 887–905.
  31. ZEANA, C. H., SMYKE, A. T., KOGA, S., CARLSON, E. Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Development*, 2005, 76(5): 1015–1028.