

Prospěšnost tohoto postupu mírně potvrzují i výsledky některých výzkumů. Novorozenci, kteří prošli procesem kůži na kůži, měli šest hodin po porodu nižší hladinu kortizolu (hormon vylučovaný při stresu) ve slinách než děti, které kontakt neabsolvovaly (Anderson et al., 1995, 1998). Novorozenci takto umístovaní také rychleji přestávali plakat (Christensson et al., 1995). Při správné poloze se nahý novorozenec sám dokáže svými pohyby dostat k bradavce a začít sát. Bylo provedeno výzkumné srovnání žen, které měly své dítě 45 minut v kontaktu kůže na kůži, s ženami, které držely dítě zavinuté. Při prvním kojení byly mírně úspěšnější ženy ze skupiny kůže na kůži (91 % oproti 83 %). Ve 4 měsících však nebyly v úspěšnosti kojení shledány mezi oběma skupinami žádné významné rozdíly (Carfoot et al., 2005).

Speciální technikou kůže na kůži je klokánkovaní. Může se provádět u nedonošených i stabilizovaných nedonošených novorozenců několik hodin denně. Rodiče si miminko přikládají přímo na nahá prsa. Dítě má oblečenou pouze čepičku, plenku a ponožky a k tělu je přichyceno látkovým pásem, dál už ho chrání jen oblečení rodičů.

Klokánkovaní bylo poprvé praktikováno na nedonošených dětech v roce 1978 v chudinské porodnici v kolumbijské Bogotě. Neonatolog Rey Sanabria tím vyřešil situaci s chybějícími inkubátory.

Později výzkum prokázal, že klokánkované děti byly v 37 týdnech gestačního věku¹⁸ čilejší a méně se vyhýbaly očnímu kontaktu. Matky více pozitivně reagovaly na dítě, více se miminka dotýkaly, byly méně depresivní a vnímaly dítě jako méně abnormní. Ve 3 i 6 měsících byli rodiče klokánkovaných předčasně narozených dětí senzitivnější a miminka dosahovala vyšších skóreů ve vývojových testech mentálního vývoje (Feldman et al., 2002). Pozdější studie prokázaly u klokánkovaných předčasně narozených dětí nižší nemocnost i úmrtí (Conde-Agudelo, Díaz-Rossello, 2014). Klokánkovat nedonošené děti lze již velmi záhy. V porodnici U Apolinaře praktikují tuto metodu již od roku 1999. Klokánkují děti od prvního týdne života, dokonce i ty, které dýchají s pomocí ventilátoru. Extrémně nezralé děti, které se narodily ve 23. týdnu a váží kolem 400 g, se kvůli nestabilitě a nezralosti kůže klokánkují „až“ ve 2. až 3. týdnu života (Yokurková, 2014).

Zajímavé jsou i studie významu masáží pro předčasně narozené děti. Ukázalo se, že každodenní patnáctiminutová masáž zlepšuje nárůst váhy až o 50 % (Field et al., 1986, 1987), snižuje stres, úzkost a zlepšuje imunitní funkce (Field, 1998; Hernandez-Reif et al., 2007; Ang et al., 2012).

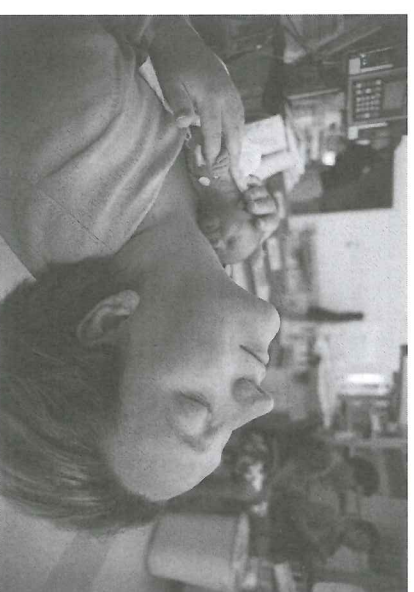
Nesmíme zapomenout ani na emoční prožívání matky.

Kontakt kůže na kůži může být pro některé matky velmi odměňujícím pocitem a dležířtým emočním dovršením celého porodu. Většina žen si přeje stejný postup u dalšího dítěte (Carfoot et al., 2005). Existují ovšem ženy, které si dítě prohlédnou, nechají ho umýt a zavinout, a teprve potom vstoupí s dítětem do tělesného kontaktu. Jejich přístup je zcela v pořádku a rozdíl ve formě nemá na emoční pouto mezi matkou a dítětem žádný vliv.

Taktilní komunikace

Doteky patří k intimním formám komunikace mezi blízkými lidmi. Mazlení je speciální formou intimního kontaktu, kterou sdělujeme „jsem s tebou rád“. Rodiče s dětmi komunikují skrze mazlení, chování, objetí, tisknutí, pusinkování, fyzické hříčky, vyhazování, poplácávání, škádlení. Chování, fyzický kontakt a stisk dávají miminkům pocit jistoty a bezpečí. Vzájemné doteky prohlubují emoční pouto, rodiče předávají dítěti velmi čitelnou a jednoznačnou zprávu, že je milováno. Mazlení s rodiči mizí z očí veřejnosti většinou v pubertě. Nicméně řada teenagerů a mladých dospělých, pokud je někdo nevidí, si také přijdou k rodičům pro pomazlení.

Láska a připoutání samozřejmě nevznikají pouze přes fyzický kontakt. Stejně jako jiné projevy i náklonnost a akceptace mazlení je u každého dítěte jiná. Najdeme děti, které mazlení milují, neustále se ho dožadují a nejlépe se jim usmá u rodiče v náručí. Na druhou stranu se setkáváme s naprosto zdravými dětmi, které v náručí tuhnou, krouží se a snaží se vymanit. Pro některé děti je objetí omezující, zahrkující, nemají rády, když nemají své tělo pod kontrolou. Rodiče to může mást, ale pevné citové připoutání k dítěti je možné i u nemazlících se dětí, jen fyzického kontaktu je o něco méně. Důležité je akceptovat nemazlivý typ dítěte a přestat si vyčítat, že



Melanaijický výzkum došel k závěru, že kontakt novorozenec s rodičem ve formě kůže na kůži může mít pozitivní vliv na délku kojení, teploiti stabilitu dítěte po porodu a kardi-respirační stabilitu u mimě nedonošených dětí (Moore et al., 2007). Matěřská láska se od otcovské nelíší. Otcové, pokud jsou motivováni, jsou v péči o novorozenec stejné kompetenční jako matky.

nemazlivé dítě je důsledkem rodičovského přístupu. Dítě se sice nechce mazlit, ale touží po připoutání stejně jako kterékoli jiné dítě. Může milovat sociální hříčky, společnost, společné aktivity, pusinky nebo slovní vyznání lásky. Někdy je zapotřebí určité trpělivosti a experimentace, než se dva lidé vyladí na fyzickou interakci, která oběma stranám vyhovuje. Obecně platí: Nevycítáme, nabízíme, ale nenutíme nad hranice škádlení.

Dospělí, se kterými se rodiče nemazlili, ač o to jako děti stáli, se často cítí velmi ochuzeni, většinou však bývá i celková rodičovská výchova autoritativní a chladná.

Dotek může sloužit i jako výstraha, trest, zákaz. Nejde o fyzický trest v pravém slova smyslu, který by přinášel bolest, nebo dokonce zranění, ale rodiče určitou formou doteku, odstrčením, pevným uchopením, plácnutím dítěte přes zadek větší nou naditý plenou vyjádří svůj nesouhlas s jeho chováním.

Objímání může i ublížit

Dotek dokáže i ublížit. Fyzické tresty silnější než plácnutí přes zadek nebo třesení dítětem jsou většinou lidí jasně rozpoznávány jako týrání. Málokdo ví, že týráním se může stát i objetí, konkrétně jeho speciální forma, tzv. **pevné objetí**. V České republice je vyskoleno několik desítek terapeutů, kteří propagují nebo praktikují silně kontroverzní terapii pevným objetím (přesným názvem „terapii pevným objetím podle Prekopové“, *Festhaltentherapie nach Prekop*). Ústřední myšlenkou terapie, za jejíž autoritu je považována českoněmecká terapeutka Jiřina Prekopová, je teoretický předpoklad, že pevným držením dítěte dojde k ventilování negativních emocí, čímž se uvolní prostor k lásce, která nastoupí na jejich místo. Taková hypotéza ale nemá v odborné psychologii žádnou oporu. Terapie je doporučovaná pro děti s autismem i s opozičním chováním (Benz, 2013). „Terapeutické“ pevné objetí může trvat až několik hodin a probíhá vleže na matraci na zemi. Dítě je na začátku v klidu, ale pochopitelně se nevyžádánému objetí začne dítve nebo později bránit, prochází silnými afektivními stavy a může být i agresivní. Všechny tyto umělé vyvolané negativní emoce jsou považovány za součást terapie. Dítěti není dovoleno se napít, a pokud potřebuje na záchod, nechá se pomoci. Po celou dobu je dítě matkou slovně ujišťováno, že ho miluje. Terapie je u konce, když se dítě vyčerpá a přestane se bránit, řečeno slovy autorky: „*Když mají oba dva jas, třpyt v očích a rádi v klidu spočínou ve společném objetí*“ (Prekopová, nedat.) Terapie může narušit důvěru dítěte v rodiče, vést k strachu před fyzickým kontaktem a má i potenciální závažná zdravotní rizika. Benzová (2013) odhaduje, že terapii v Německu a Rakousku prošlo v průběhu 30 let až 10 000 lidí, přičemž některým zůstaly na

terapii velmi nepřijemné vzpomínky. Některé osoby referují o přetrvávajících psychických obtížích, jako jsou noční můry, odpor k fyzickému kontaktu a úzkostné vzpomínky.

Terapie pevným objetím nemá nic společného s mazlením nebo s fyzickým uchopením vztékajících se nebo vzpouzejících se dítěte. Pro srovnání si musíme uvědomit, že aktivní dítě v průběhu dne akceptuje mazlení v řádech desítek sekund až minut, při terapii pevným objetím trvá násilné objetí i několik hodin. Efektivita terapie nebyla nikdy v odborných časopisech deklarována.

Důsledky deprivace a privace

Termín „deprivace“ není používán konzistentně. Langmeier, Matějček (1963) psychickou deprivací rozuměli nedostatečné uspokojení základních psychických potřeb, jev také někdy označovaný za „psychické hladovění“. Na základě práce v kojeneckých ústavech a dětských domovech definovali pět základních potřeb, které musí být uspokojeny, aby se dítě vyvíjelo ve zdravou osobnost (Langmeier, Matějček 1963):

- **potřeba stimulace:** Dítě musí být vystaveno přiměřenému množství podnětů, které odpovídají jeho psychické vyspělosti;
- **potřeba smysluplnosti světa:** Podněty musí dávat dítěti smysl, mít nějakou vnější strukturu, což pečovatel zprostředkovává tím, že podněty reguluje, vysvětluje jejich význam, určuje pravidla a hranice, usměrňuje chování dítěte;
- **potřeba jistého a láskyplného vztahu:** Jde o vytvoření stabilního pevného pouta s člověkem, ke kterému má dítě vřelý citový vztah, osoba potvrzuje jeho identitu ve světě, srozumitelně a předvídatelně s dítětem komunikuje a vytváří v dítěti pocit životní jistoty;
- **potřeba pozitivní identity:** Jedná se o pozitivní přijetí sebe samého, svého „já“, uvědomování si své společenské hodnoty, ze které pramení patřičná sebeúcta i sebevědomí;
- **potřeba otevřené budoucnosti:** Dítě potřebuje být orientováno na budoucnost, která pro něj není ohrožující. Ztráta životní perspektivy (naděje) uzavírá budoucnost a vede k zoufalství.

Za nejdůležitější považovali citovou vřelost v jistém a láskyplném vztahu, která má moc vykompenzovat negativní vliv chybějících prvků jiných psychických potřeb. Z nejvíce patologemní činitele vývoje osobnosti pokládali absenci lásky a nuspokojování citových potřeb.

Pediatryně a primářka kojeneckého ústavu v Luháčovicích **Marie Damborská** (1913–1991) studovala sociální a emoční vývoj kojenců (Damborská, 1963). Na základe jejích poznatků byl v kojeneckých ústavech do rutinní práce s kojenecem zakomponován i sociálně-komunikační kontakt. Sestry musely při obslužných činnostech na dítě mluvit, zpívat mu, komunikovat s ním slovně i neverbálně, opéťovat jeho oční kontakt a úsměvy. Výzkum (Matějček et al., 1995) následků deprivace a subdeprivace způsobené ústavní péčí nicméně prokázal, že ani kvalitní kolektivní péče v instituci nedokáže nahradit vylučný rodičovský/pěstounský vztah (viz str. 100–101).

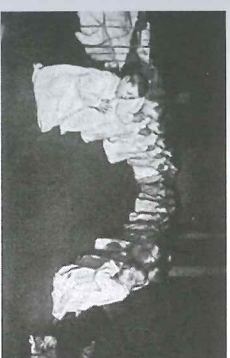
Britský psychiatri Michael Rutter (nar. 1943) navrhol rozlišovat mezi termíny:

- **deprivace:** ztráta pouta, citové pouto se vytvoří, ale z nějakého důvodu je přerušeno;
- **privace:** situace a proces, které zcela znemožní vytvoření pouta.

Hranici mezi deprivací a privací je někdy obtížné stanovit. Privace, kterou Harlow demonstroval na izolovaných opicích, je závažnější stav a má mnohem výraznější a dlouhodobější vliv na vývoj dítěte. Působení deprivace je spíše dočasné, důsledky bývají méně závažné. Ne všechny děti z nepříznivého rodinného prostředí končí špatně. Roli hraje intenzita a délka negativních vlivů. Rutter zdůrazňoval, že děti jsou mnohem odolnější vůči vlivům deprivace, než se dříve myslelo. Zdůrazňoval, že kvalita pouta je mnohem důležitějším faktorem než ztráta pouta v kritickém období (Rutter, 1979).

Rutter zkoumal u dětí mezi 9 a 12 lety činitele, které souvisí s jejich delikventním chováním, a definoval celkem čtyři. Souvislost mezi dílčími negativními faktory a pozdějšími problémy ve vývoji ale rozhodně není jednoznačná. U dítěte se musí vyskytovat současně alespoň dva nepříznivé vlivy, aby se zvýšila pravděpodobnost, že se delikventní chování vyskytne (Rutter, 1990):

- **rodinný nesoulad:** neshody a hádky rodičů;
- **sociální deviace:** např. kriminální činnost nebo vážné psychické onemocnění jednoho z rodičů, zneužívání v dětství;
- **relativní sociální znevýhodnění:** Ve své sociální vrstevnické skupině se dítě cítí vyčleněné;
- **nekalitní vzdělávací zařízení:** Nenabízí bezpečné a jasné strukturované prostředí, nepovzbuzuje děti k výkonu.



Na základní potřebu sociálních vylučných vztahů se začalo upozorňovat ve čtyřicátých až šedesátých letech minulého století (Spitz, Robertson, Bowlby, Harlow), výsledky výzkumné přinesly změnu do stávajícího systému péče. Hygiena přestala být na prvním místě. V příručkách pro pečující osoby se nahradilo doporučení: „Nevstupuji do kontaktu s dítětem, dokud si neumyješ ruce!“ pokynem: „Nepěčuji o dítě, dokud ho nepochováš!“ (Karen, 1998).

Jeden rizikový faktor v životě člověka moc neznamená, spíše hovoříme o **modelu klučících se rizik nebo o modelu rizikové životní dráhy (rizikové trajektorie)**. Rozličitelnost k rizikovému faktorům může být dána genetickou predispozicí, což by vysvětlilo **velké rozdíly v resilienci mezi jedinci**.

Příklady extrémních forem privace

Účinky privace lze deklarovat pouze na jednotlivých případových studiích. Někteří z nich vzbudili celosvětovou pozornost.

Genie (Curtiss, 1977)

Genie je příkladem dítěte, které bylo v rámci týrání v rodině vystaveno jedné extrémnějších známých sociálních izolací. Ve 14 měsících byla Genie podvylázaná a pediatr vyslovil podezření na retardaci. Otec vzal sdělení o vývojevém opo jako fakt a Genie izoloval. Přes 11 let většinu času strávila uvázaná ve své lůžkové nočnicku. Za každé projevy neposlušnosti nebo hluku byla krutě trestána. V roce 1970 ve 13 letech, kdy se o ní dozvěděli sociální pracovníci, Genie somaticky vidala 6–7letému dítěti, říkala okolo 20 slov a neprojevovovala sociální recipci. Nelze s jistotou dojít k závěru, že Geniin stav v dospívání byl kompletně za privací. Každopádně se po odhalení případu pod individuálním vedením zlepšovat, osvojila si základní sebeobslužné dovednosti, zlepšila se v neverbální komunikaci a mluvila ve velmi jednoduchých dysgramatických větách. Spontánní řeči byla omezená. Ani v znakové řeči nedodržovala syntaktická pravidla, ačkoli znaky byla schopna si osvojit. Po dobu trvání výzkumu se naučila funkčně užít okolo 2500 slovních spojení. Po ukončení čtyřletého výzkumného projektu Genie nějakou dobu žila s matkou, poté prostrídala několik ústavů pro handicapované, kde s ní bylo špatně zacházeno. Její vývoj se zastavil, a dokonce nastala regrese.

Dvojičata z Čech (Koluchová, 1972, 1976, 1991)

Dvojičata se narodila v roce 1960, jejich matka zemřela při porodu. Strávila 11 měsíců v kojeneckém ústavu, potom si je otec a nevlastní matka vzali domů. Zejména matka se k dětem chovala brutálně, otec měl oslabené kognitivní schopnosti. Děti izolovali v malé nevytápěné místnosti, kde spaly na igelitě. Za trest byly bity a zavírány do sklepa. Na týraní se přišlo, když bylo chlapcům 7 let a dvojičata byla z rodiny odebrána. Oba chlapci špatně mluvili, báli se lidí, běžných předmětů a na těle měli jizvy od bití. Trpěli křivici a s-mostatně udělali maximálně pár krůčků. Bratři na sebe byli silně citově navázáni, dorozumívali se hlavně mimikou a gestikulací typickou pro nemluvící batolata. V 8 letech jejich vývoji odpovídal úrovní 4 let. Prognóza byla považována za špatnou a vývoj za nezvratně poškozený. Chlapci byli adoptováni a bylo o ně velmi dobře postaráno, rychle se učili a začali si hrát. V 9 letech chlapci v inteligenčních testech skórovali v pásmu hlubokého podprůměru. Začali školní docházku v praktické škole, po prvním ročníku přestoupili do druhého ročníku základní školy. Ve 14 letech již nevykazovali žádné odchylky ve vývoji. Po dosažení dospělosti byl jejich intelekt zhodnocen jako mírně nadprůměrný. Dorostlí normální výšky, také motorický vývoj byl zcela v normě. Oba ukončili střední školu maturitou, v dospělosti pracovali a navazovali vřelé sociální vztahy. Okolím byli hodnoceni jako sociálně velmi dobře adaptovaní jedinci s citovými vazbami k blízkým osobám.

Děti z koncentračního tábora (Freud, Dann, 1951; Moskovitz, 1983)

Výzkum sledoval vývoj šesti dětí z koncentračního tábora v Terezíně, jejichž rodiče byli zavražděni. Starali se o ně různí dospělí čekající na transport do Osvětimi. Dětem byly po válce 3–4 roky, trpěly silnou podvýživou a skoro neměly vyvinutou řeč. Rok žily v dětském domově v Anglii, kde byl jejich vývoj monitorován. Děti na sebe byly úzce navázané, dělily se mezi sebou víc, než je mezi vrstevníky běžné. Hlídaly si svoji skupinu a protestovaly proti separaci. K okolí se chovaly agresivně. Po roce děti adoptovaly různé rodiny. O reakci dětí na separaci po adoptci není nic známo.

I přes zvěřetva a těžkou privaci, kterou prožily, se děti celkem uspokojivě zotavily. Jedna osoba byla ve střední dospělosti popsána jako emocionálně narušená, druhé se vracely bolestně vzpomínky. Rámcově se všichni jedinci zotavili a vedli úspěšný život. Ze skupiny se jen jediný člověk zajímal o osud svých psychologických „sourozenců“ (Moskovitz, 1983).

Případy institucionální privace, výzkum rumunských sirotků

Pad Ceausescuova režimu v Rumunsku v roce 1989 přinesl vlnu adoptcí dětí z rumunských sirotčinců na Západ, a tím také nové možnosti výzkumu. Rumunské sirotčince se vyznačovaly velmi nízkou kvalitou péče, děti se běžně přivazovaly

k postelím, byly podvyživené, deprivované a špinavé. V institucích byl podstav personálu, s dětmi se někdo nemazlil a často na ně někdo ani nemluvil. Pokoje byly přeplněné, v jedné místnosti spalo až 98 dětí (LeMare, Audet, 2006).

Adoptované děti byly longitudinálně sledovány ve Velké Británii (tým psychiatra Michaela Ruttera) a v Kanadě (tým psychologů Elinor Amesové, později Lucy Le Mareové). Cílem výzkumu bylo zjistit, zda negativní vliv na vývoj dětí mají extrémně špatné podmínky, nebo institucionální péče a separace od blízkých osob. U dětí do 2 let, které strávily v sirotčincích méně než šest měsíců, bylo zjištěno po přjezdu do Anglie IQ 63, u dětí s pobytém v ústavu delším než šest měsíců IQ 45. Fyzický vývoj dětí adoptovaných z Rumunska – výška, váha a obvod hlavy – se u 50 % dětí pohyboval v pásmu pod třetím percentilem. U adoptovaných dětí s anglickým původem žádné odchylky nebyly zjištěny. Po pobytu v adoptivních rodinách měly ve 4 letech děti s délkou pobytu v sirotčinci, který trval méně než šest měsíců, IQ 107, děti s delším pobytém jen IQ 90 a vykazovaly i větší obtíže ve fyzickém vývoji. Z uvedeného vyplývá, že včasná intervence do 6 měsíců je nejuspěšnější a vede k plnému zotavení. Pouhá separace od blízkých osob do 2 let neměla vliv na vývojové opožďení (dětí musely žít v dobrých životních podmínkách, podnětném prostředí a mít dobrou výživu).

V 6 letech se u řady dětí ve vztazích projevovala desinhibice vyznačující se nedostatečnou vztahovou vazbou, přílišnou přichylností k cizím lidem a nadměrnou snahou o získání pozornosti (Rutter, O'Connor, 2004). V 11 letech bylo desinhibované chování přitomno stále, i když se zmírnilo. Zajímavé je, že u dětí s delším pobytém v sirotčinci než šest měsíců nebylo desinhibované chování výraznější (Rutter et al., 2007). Větší resilienci dětí, které strávily v ústavu maximálně šest měsíců, potvrzuje i kanadský výzkum na rumunských adoptovaných dětech (Benoit et al., 1996).

U dětí, které prošly institucionální péčí, je popisováno autistické chování. V rámci výzkumu byly adoptované děti z Británie a z rumunských ústavů škálovány na autismus. Z dětí adoptovaných v Británii nebylo jako autistické vyhodnoceno žádné, kdežto z dětí z rumunských ústavů vyšlo pozitivních na autismus 9,2 %, což je desetkrát více než v běžné populaci. U dalších rumunských dětí byly rozoznány autistické rysy nedosahující kritérií poruchy autistického spektra (Rutter et al., 2007). Výkony v testech teorie mysli (zaujímání psychické perspektivy druhého člověka) a exekutivních funkcí byly v 7 letech horší u dětí, které strávily v institucionální péči delší než šest měsíců. Výsledky výzkumu naznačují, že obtíže v teorii mysli a exekutivních funkcích souvisí s charakteristickým chováním spojovaným s deprivací, což je desinhibovaná vazba, nepozornost/hyperaktivita a kvazi-autismus (Colvert et al., 2008). V dalším výzkumu byly zkoumány děti adoptované do 3½ roku. Děti, které zažily institucionální péči na rozdíl od adoptovaných dětí,

kteřé ústavem neprošly, využívaly méně rodiče jako bezpečnou základnu a zdroj referencí v situacích vyvolávajících úzkost. Rodiče „ústavních dětí“ také více referovali o desinhbovaném chování (Kreppner et al., 2011).

Vývoj žen z dětských domovů byl podstatně méně pozitivní než u srovnávací skupiny, nicméně konečný stav a utváření osobnostních charakteristik významně souviselo s jinými faktory, jako jsou pozitivní zážitky ze školy, kvalita partnera a manželství (Rutter, Quinton, 1984). Triseliotis a Russell (1984) studovali děti, které byly adoptovány mezi 7 a 15 lety, a jejich vývoj těsně po 20. roce. Zjistili, že kvalitní péče poskytnutá i pozdě adoptovaným dětem přinesla pozitivní výsledky v podobě normálního vývoje.

Biologický dopad privace

Longitudinální výzkumy na zneužívaných a zanedbávaných dětech došly k závěru, že existuje zvýšené riziko kognitivních poškození, sociálně-emočních problémů a mentálních i tělesných onemocnění (Trickett, McBride-Chang, 1995). V padesátých letech byl publikován článek o „deprivacím trpasličtí“, který popisoval poruchy růstu u dětí z dětských domovů, které se nevyvíjely náležitě ani přes dobrou výživu (Widdowson et al., 1951). Zobrazovací metody prokázaly u deprivovaných dětí sníženou neurální aktivitu a pozmeněnou konektivitu, což může souviset s kognitivními a sociálními deficity (Chugani et al., 2001; Eluvathingal, 2006). U zneužívaných dětí s posttraumatickou stresovou poruchou objem mozku pozitivně koreluje s věkem, kdy zneužívání začalo. Čím dříve týrání začalo, tím menší je mozeček i celý mozek (De Bellis, Kuchibhata, 2006). V dospělosti se špatně zacházení v dětství projevuje zvýšenou aktivací hypothalamo-hypofýzo-adrenálního systému a změněnou činností imunitního systému (častějšími záněty) (Gunnar et al., 2001; Danese et al., 2007). Sills (1978) sledoval děti, které ve vývoji neprosplývaly, a jejich výška a váha byla pod třetím percentilem. Polovinu z nich rodiče zanedbávali a deprivovali. V rodinách se často vyskytovalo odprání jídla a hladovění, prostředí bylo označeno jako emočně narušené. Na fakt, že v důsledku deprivace a privace dochází k zpomalení růstu a narušení rozvoje neorganického charakteru upozorňuje řada studií (Homer, Ludwig, 1981; Gordon, Vasquez, 1984). Stres zamezí sekreci trávicích enzymů a nedochází k absorpci živin, i když je jídlo přítomno (Parisi, De Martino, 1980).

Poruchy sociálních vztahů vznikající v dětství

Důsledkem privace a těžké deprivace vznikají u dětí dvě klinicky rozoznávané poruchy: **reaktivní porucha přichylnosti a porucha desinhbovaných vztahů**. U obou poruch je narušena schopnost sociální interakce. Citové připoutání a výběrový vztah k blízkým osobám jsou nedostatečně rozvinuté, děti nevnímají a nevyhodnocují

sociální signály na úrovni svého věku, jejich chování je ostatními lidmi chápáno jako nevhodné. Patrný bývá dezorganizovaný styl připoutání (viz str. 171, 172). První projevy odlišného chování jsou zřetelné již před 5. rokem.

U reaktivní poruchy přichylnosti se abnormita sociálního chování projevuje i v hbovaným (utlumeným, omezeným) sociálním chováním a nepřiměřenou sociální bázivostí, u poruchy desinhbovaných vztahů naopak desinhbovaným projevem, t neselektivně projevovanou náklonností, nadměrným vyžadováním pozornosti, nekritickým a nevyběrovým zájmem o navazování a udržení přátelství. Inhbované a desinhbované vzorce chování mohou koexistovat i u jednoho dítěte (Smyke et al., 2001; Prior, Glaser, 2006). U obou skupin bývají časté nestandardní emoční projevy, negativní emoční ladění, emoční labilita, agrese k sobě i druhým, obtíže v kontaktu s vrstevníky

Oba syndromy jsou s největší pravděpodobností výsledkem patologického rodičovství nebo institucionální péče spojené s frekventovaným střídáním pečujících osob v raném a předškolním věku dítěte či s extrémně špatným zacházením Patologická rodičovská péče spočívá v nepřiměřených fyzických trestech, fyzickém a psychickém týrání dítěte, odprání základních potřeb dítěte. Děti mívají tyto poruchy i při dobré stravě, přiměřené péči a dostatečné kognitivní stimulaci, zdá se, že jde tedy výhradně o poruchu pramenící z nemožnosti se výlučně připoutat. Pokud se v instituci pečující o malé děti zvýší počet zaměstnanců a poskytne se konzi tentnost profesionální péče, zmírní se desinhbované chování (Smyke et al., 2002). V dospělosti může být důsledkem nelaskavého a krutého zacházení rodiči n dostatek emoční citlivosti, neschopnost mlívat a věřit ostatním. Lidé s poruchou přichylnosti působí v dospělosti jako izolovaní, sobeční, neschopní porozumět a ragovat na potřeby druhých. Mohou, ale nemusí se stát sociopaty bez schopnosti pociťovat svědomí.¹⁹

U poruchy přichylnosti i poruchy desinhbovaných vztahů bývají abnormity v sociálním chování podobné nebo dokonce totožné se symptomy poruch autistických spektra. V případě autismu jde o ale o poruchu vrozenou, která nebývá způsobena výchovnými vlivy a prostředím. Patrně v důsledku různých příčin dochází k poškození stejných částí mozku. Poruchy sociálních vztahů vznikající v dětství jsou součástí syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (child abuse and neglect CAN), při kterém dochází k poškození fyzického, psychického a/nebo sociálního vvoje dítěte v důsledku záměrného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, které je v hodnocováno majoritní kulturou jako nepřijatelné. Snížená kvalita rodičovské péče i také rizikovým faktorem vzniku celoživotních depresivních stavů (Parker et al., 1995)

¹⁹ Osobu s reaktivní poruchou přichylnosti zivárnil např. Matt Damon ve filmu *Good Will Hunting* (1997).

Poruchy sociálních vztahů jsou v běžné populaci vzácné, výskyt byl výzkumem stanoven na 0,9 % (Skovgaard et al., 2007). Nejfrekventovaněji se porucha vyskytuje u dětí, které vyrůstají v extrémně těžkých podmínkách institucionální péče (viz např. bývalé rumunské sirotčince). Z těchto dětí 35 % splňuje kritéria pro diagnózu reaktivní poruchy přichylnosti a 22 % pro poruchu desinhibovaných vztahů, přičemž symptomy obou poruch mohou koexistovat (Zeenaah et al., 2004). Rutterova studie došla k závěru, že z dětí, které byly umístěny v institucionální péči do 24–42 měsíců, vykazovalo 30 % desinhibovanou poruchu chování (O'Connor, Rutter, 2000).

Širší pojem **poruch připoutání** (attachmentu) není ujasněný. Může jít o jednu z oficiálních poruch sociálních vztahů v dětství, nebo o netypický nejistý styl připoutání, který ale není klinickou diagnózou.

Kritéria klinické diagnózy poruch raných sociálních vazeb splňuje jen málo osob, přitomna musí být alespoň jedna charakteristika patologické rodičovské péče:

- trvalá nevšimavost k základním citovým potřebám;
- trvalé zanedbávání fyzických potřeb;
- opakované změny primární pečující osoby.

Termín je nadužíván zejména při spojení s některými terapeutickými technikami. Akceptujeme-li formální diagnostická kritéria, zjistíme, že v terapeutické praxi se s hypotézou narušené rané vazby pracuje příliš často. Rodiče někdy s kontroverzními terapiemi souhlasí ze strachu, že z dítěte vyroste psychopat nebo sériový vrah (Hanson, Spratt, 2000). Žádná z terapií vycházejících z hypotézy narušených raných vazeb nebyla schopna prokázat svůj účinek, některé jsou navíc vyložené považovány za nebezpečné. Rodiče při výchově dětí čelí řadě problémů, někteří vyhledají odbornou pomoc. Vymyšlení problémů a jejich zpětné řešení (např. traumatu z porodu císařským řezem, pobytu dítěte v inkubátoru nebo v jeslích) může způsobit více škody než užítka. Vzhledem k povaze vývoje člověka se v klasické terapii doporučuje zaměřovat se na stávající situaci, pomocí rodičům navýšit senzitivitu ke komunikaci dítěte, posílit jejich výchovnou zdatnost a sebevědomí a snížit pocit neschopnosti, selhání a bezmoci. Zjištění, že za obtížemi dítěte je porucha rané vazby, má na rodiče logický zcela opačný účinek a číni je závislym na terapeutovi, který deklaruje, že dokáže tento problém řešit. Jediným důkazem této jeho schopnosti ovšem zůstává jeho osobní tvrzení nebo teorie či hypotéza jiné autority. Důležité je zdůraznit, že rodiče dětí, které své děti v rodinách skutečně deprivují, obvykle žádnou terapeutickou pomocí nevyhledávají.

Teorie bondingu

Bonding je termín užívaný pro **vývojový proces rozvoje emočního spojení**, který je mezi pečovatelskou osobou a dítětem. V důsledku bondingu osoba pociťuje dítěti silné pozitivní city a je nastavena o dítě všestranně pečovat i na úkor vlastní chu-vlastní osoby. U dítěte se v důsledku bondingu vytváří na pečovatele vazlu připoutání (*attachment*), která mu dodává pocit jistoty, a umožňuje mu tak zpsychický vývoj. O bondingu mluvíme převážně v souvislosti s mateřskou osněkdý je ale termín spojován i s otem. V užším slova smyslu se bondingem novorozenecký bonding probíhající mezi matkou a dítětem v průběhu „zladiny“ (těsně po narození), v jiném slova smyslu (Chess, Thomas, 1982) je považován za stav individuální, který se u některých rodičů objevuje již v prvním období, u jiných až při porodu a některým rodičům trvá týdny či měsíce se vyvine. Zajímavé výsledky prezentující individuální rozdíly v prožívání evazby na narozené dítě uvádí, že 40 % prvoroďček a 25 % vícenásobných ro má k narozenému dítěti indiferentní postoj (Herbert, Sluckin, 1982).

Teorie bondingu vychází ze dvou hlavních teoretických konceptů. Jednáo **neonatální navazování kontaktu** (tzv. novorozenecký bonding), který poprpšali americký pediatr John Kennell a neonatolog Marshall Klaus. Druhým tekyrn východiskem, které přispělo k definování bondingu, je **teorie vazby** Ainsworth Kennell a Klaus na základě výsledků velmi malého výzkumu (devět dětí tvýzkumnou skupinu, deset dětí kontrolní) upozornili na speciální důležitného kontaktu matky s dítětem. Matky, které měly po porodu delší kontakt s oná děti v jejich 5 letech více mluvily a byly k nim celkově pozornější. Ké Klaus došli k závěru, že toto rané pouto matky s dítětem je základem pro všé následující vazby a podílí se na formování sebepejetí dítěte. Domnívali se, že a charakter emoční vazby s matkou mají vliv na kvalitu budoucích pout k dr osobám. Existuje senzitivní období v prvních minutách až hodinách po p které je vhodné pro vytvoření bondingu mezi matkou a dítětem. Pokud je d parováno od matky během několika hodin po porodu, optimální vývoj se ne (Kennell, Klaus, 1976). Výzkum si vysloužil kritiku za příliš malý počet účasa a nereprezentativnost výběru (jednalo se pouze o mladé matky z nižší soc nomické třídy). Každopádně však výzkum a pozdější práce o bondingu (Ké Klaus, 1984) přispěly ke změněm v porodnicích, a to u zdřavých novorozenců, jsou příkládání matkám na břicho, ale i na jednočtách intenzivní péče, kde j porován kontakt mezi matkou a nedonošeným miminkem. V českém porod udává Mrowetz (2009b) nepřerušovaný kontakt matky s dítětem 12 hodin po p u 20 % matek. Nemí pochyb o tom, že stejně jako se Bowlby zasloužil o dop