

Příprava koncepce péče o děti bez vlastního rodinného zázemí
Z. Matějček

Tento návrh je pojat ve větší šíři, než odpovídá potřebám a požadavkům MZ ČR. Mám však zato, že teprve na tomto širším pozadí se zřetelněji rýsují úkoly, kterými jednotlivé instituce mohou být pověřeny.

Schéma

Začínám netradičně. Uvádím hned na začátku *schéma péče o děti bez rodinného zázemí*, k němuž jsem dospěl na konci svého uvažování. To proto, aby nás aspoň rámcově provázelo, než se k němu oklikami zase znovu vrátíme.

Schéma péče o děti bez vlastního rodinného zázemí

| | | |
|---|---|---|
| Dokud je dítě v rodině | 1. Prevence - celospolečenská - zaměřená na ohrožené skupiny obyvatelstva - zaměřená na zvlášť ohrožené jedince a rodiny | |
| Dítě ještě v rodině nebo už mimo rodinu | 2. Sanace rodiny, tj. ozdravná pomoc vlastní rodině dítěte | |
| Dítě je mimo vlastní rodinu | 3. Náhradní péče | |
| | Krátkodobá rodinná | Krátkodobá ústavní |
| | - Neformální pomoc v rámci rodiny - Klokánky - Podpůrná péče | - Kojenecké ústavy a dětské domovy do 3 let - Diagnostické dětské domovy |
| | Dlouhodobá rodinná | Dlouhodobá ústavní |
| | - Pěstounská péče - příbuzenská - individuální - ve zvláštních zařízeních | - Dětské domovy - klasické - "bytového" typu |
| | Trvalá rodinná | |
| | - Osvojení (adopce) | |

V tomto schématu používám několik kritérií:

Bude náhradní péče o dítě *krátkodobá* - nebo *dlouhodobá* (popřípadě *trvalá*, tj. *celoživotní*)? Otevřenou otázkou zůstává, kde je časová hranice mezi jednou a druhou.

Je náhradní péče charakterizována jako *rodinná* - nebo jako *ne-rodinná*, tj. *zpravidla ústavní*?

Za pobytu dítěte mimo vlastní rodinu *se bude* - nebo *se nebude s touto vlastní rodinou terapeuticky pracovat, aby se dítě do ní mohlo vrátit*?

Za pobytu dítěte mimo vlastní rodinu *je* - nebo *není žádoucí, aby dítě udržovalo citový vztah s touto svou vlastní rodinou*? Obráceně řečeno, do jaké míry (tj. do jaké hloubky a trvalosti) je tedy

žádoucí, aby dítě navázalo citový vztah k náhradním rodičovským osobám? *Mají - či nemají se stát "jeho lidmi"*.

Tato třídící kritéria nemohou být vždy zcela jasně definována, někdy se překrývají, vyskytují se v různých kombinacích, najdeme formy přechodné, vždy také záleží na sociální diagnóze a prognóze každého jednotlivého případu - pro společenskou praxi nám však mohou být (po mém soudu) dobrým vodítkem.

Úmyslně se vyhýbám mezi třídící kritéria zařadit *profesionální připravenost či kvalifikaci* pracovníků v náhradní péči (ať rodinné či nerodinné) i když taková připravenost je nejvyšší žádoucí. Je to podle mého mínění charakteristika těžko měřitelná (zkoušky, vysvědčení, tituly a pod. jsou pro danou práci jen povrchním ukazatelem skutečně potřebné kvalifikace) a následkem toho nejasně diferencující.

Určitou profesionální připraveností by měli být vybaveni vlastně všichni, kdo vstupují do role vychovatelů "cizího" dítěte.

Jestliže záleží na tom, zdali se dítě do původní rodiny vrátí či nevrátí, pak k profesionalitě náhradního vychovatele patří, aby dítě k němu nenavázalo(!) vskutku hluboký (život určující, "životodárný") citový vztah. V každém případě má být dítě chráněno před konfliktem "dvojí loajality".

Konečně, v profesionální připravenosti, o níž tu jde, hrají mimořádnou úlohu jednak *osobní povahové vlastnosti, sklony, zaměření a postoje* toho, kdo se pro takovou práci rozhoduje, jednak *vlastní motivace pro danou práci* (či spíše pro *životní roli*) a konečně i *vlastní zkušenost*, a to jak osobní, životní, tak právě ona profesionální, získávaná nikoli jen pokračující odbornou aktivitou, nýbrž především soužitím se svěťenými dětmi. Proto se mi *profesionalita vychovatele* jeví (znovu opakuji) pro praxi náhradní péče o děti sice jako velice žádoucí (ba svým způsobem nezbytná), avšak jako třídící kritérium jednotlivých forem této péče těžko použitelná. Takové kritérium by bylo až příliš "vnitřní", příliš komplikované a příliš nepřehledné.

Dále už budeme pokračovat tradičně.

Historie

Historický vývoj tzv. *náhradní péče o dítě* je zajisté zajímavý a poučný. Dovolím si jej však velmi zhustit a omezit na dobu, jejímž jsem pamětníkem.

Individuální *pěstounská péče* byla zrušena v socialistickém Československu v r.1950 - a děti se vracely buď do svých původních rodin, nebo byly adoptovány rodinami pěstounskými, nebo přecházely do dětských domovů. Ty byly v letech padesátých rychle budovány a dostávaly (proti dřívějšímu "rodinnému") pedagogicky odborný, "racionální" ráz (věková diferenciaci, jednotné vybavení, jednotná výchovná ideologie atd.).

V dalších letech existovaly oficiálně jen dvě možnosti péče o děti bez vlastního rodinného zázemí - *adopce* nebo *péče ústavní*.

V r. 1961 na pediatrickém sjezdu v Bratislavě PhDr. Josef Langmeier poprvé přednáší o *psychické deprivaci*. V r. 1963 vychází Langmeierova a moje knížka o *Psychické deprivaci v dětství* (další vydání v r. 1968 a 1974) a je uveden film *Děti bez lásky* režiséra Kurta Goldberga (inspirovaný paní primařkou MUDr. Marií Damborskou). V témž roce je datován i nový Zákon o rodině - v život je uváděn ovšem až v následujících letech. A navíc, tehdejší docent MUDr. A. Mores inzeruje v časopise *Vlasta* tři děti z kojeneckého ústavu se smyslovým (event. sociálním) handicapem, které "hledají rodinu" - a dostává se mu nečekaně mohutné odezvy veřejnosti.

V r. 1965 vychází v *Pedagogice* *Návrh nového systému péče o děti vychovávané mimo vlastní rodinu*, jehož autory jsou J. Koch, J. Langmeier, Z. Matějček. Na prvním místě se tu objevuje požadavek sanace vlastní rodiny dítěte.

V r. 1969 je z iniciativy MUDr. Jiřího Dunovského založena první naše *SOS dětská vesnička*, jež znamená průlom do dosavadního dvoupólového pojetí náhradní péče. Současně se v ústavní péči začínají objevovat zařízení "rodinného typu" (správněji "bytového").

Vznikají další "velké pěstounské rodiny" z iniciativy dětských lékařů (např. primařka MUDr. Poláčková).

V r. 1973 vychází *Zákon o pěstounské péči*, který umožňuje pěstounskou péči individuální i v tzv. zvláštních zařízeních. Pěstounská péče je tedy po 23 letech obnovena. Současně Prof. Jarmila Koluchová ve svých pracích upozorňuje na reparabilitu psychické deprivace dítěte v adopci a v pěstounské péči. Pravidelné olomoucké konference rozšiřují a prohlubují poznatky o náhradní rodinné péči.

S pádem komunistického režimu se od začátku let devadesátých otvírá prostor novým iniciativám i novým formám péče o dítě, mezi jiným i pod vlivem *Mezinárodní úmluvy o právech dítěte*. Znatelně se mění skladba dětí přicházejících do kojeneckých ústavů, vzniká Fond ohrožených dětí, vznikají "soukromé" dětské domovy, Centra náhradní rodinné péče, Sdružení pěstounských rodin, aj. Situace, která byla v padesátých letech až příliš jednoduchá a přehledná, na začátku nového století rozhodně už takovou není.

Poznámka: Za povšimnutí zajisté stojí, že to byli především zdravotničtí pracovníci (lékaři v dětských zařízeních), kdo se zasloužili u nás o rozšíření náhradní rodinné péče.

Několik základních tézí

Jsou odvozeny z dlouhodobého výzkumného sledování dětí v péči ústavní a v náhradní rodinné péči i z výzkumného srovnávání dětí vyrůstajících v běžně fungujících rodinách a dětí z rodin s funkcí problematickou či narušenou (dětí narozené z nechtěného těhotenství, narozené nemanželsky, z rodin otců alkoholiků, děti sledované 5 let po rozvodu rodičů aj.).

Zájmem dítěte je, aby bylo zdravé, a to ve smyslu definice WHO - tělesně, psychicky, sociálně. Je nutné, aby v pravý čas a v náležitě míře byly uspokojovány jeho základní potřeby biologické, psychické a sociální.

Dítě má vyrůstat v prostředí citově vřelém (přijímajícím) a stálém. I v (biologicky) vlastní rodině musí být dítě "svými lidmi" citově přijato, aby se mohlo psychicky dobře vyvíjet. "Přijetí dítěte" je základnou pro budování jeho životní jistoty - naopak nestálost prostředí jeho životní jistotu podlamuje.

Dospělí mají tytéž základní psychické potřeby jako děti. Tyto potřeby dospělých jsou z velké části naplňovány právě soužitím s dětmi.

Zájem dítěte se následkem toho shoduje se zájmem dospělých, kteří je za své psychicky přijímají. Není-li zájem dítěte z nějakého důvodu ve shodě se zájmem dospělých, má zájem dítěte přednost při jakémkoliv rozhodování o současných či budoucích podmínkách jeho života.

Psychický vývoj je proces kontinuální (trvalý, nepřetržitý). Rozhodně není žádoucí, aby byl legislativně uměle rozdělován podle věku dítěte a aby péči o ně byly pověřovány různé administrativní resorty. Současně však platí, že v kontinuálním vývoji dítěte lze rozlišit některé charakteristické fáze, které v konkrétním rozhodování o dítěti nutno respektovat.

Individuální rozdíly v psychickém vývoji dítěte jsou velké. Znamená to, že všude tam, kde se kladou nějaké legislativní "hranice", musí být možnost individuální korekce s ohledem na úroveň psychického vývoje (event. na jiné charakteristiky) konkrétního dítěte.

Výchova dítěte (ze strany dospělých) je proces kontinuální (trvalý), z části vědomý (racionální), z části intuitivní (neuvědomělý) a emocionální, tj. podmíněný či určovaný citovým vztahem dospělého k dítěti. Odehrává se v množství spontánních nekontrolovaných interakcí mezi dítětem a jeho vychovateli.

Než dítě ztratí zázemí své vlastní rodiny

Hlavním problémem je samozřejmě situace, kdy se dítě ocitá bez rodinného zázemí a kdy společnost svými institucemi přebírá jeho výchovu a péči o ně. Avšak do kompetence zmíněných společenských institucí spadají (ve větší či menší míře) i dva nutné předstupy - na prvním místě **Prevence** a na druhém **Sanace vlastní rodiny**.

1. Prevence

Prevence jakékoliv sociální patologie, a zvláště ovšem patologie rodiny, jejímž produktem jsou opuštěné děti přicházející do veřejné péče, má v podstatě tři stupně:

1a. Široce pojatá prevence zaměřená "celoplošně" (ve smyslu geografickém i demografickém) na populaci našeho státu ve všech generacích ve smyslu *prorodinné osvěty a výchovy*.

V obecnou známost mají být uvedeny (a ovšem i patřičně zdůrazněny) hodnoty, které dobře fungující rodina přináší společnosti jako celku. Stejně mají být náležitě propagovány její funkce výchovné a vzdělávací v přípravě mladé generace na život ve společnosti i její funkce ochranné, pomocné a ozdravné v případě jakýchkoliv zdravotních obtíží, sociálního selhání či jiných těžkostí, jež člověka postihují a omezují jeho plnohodnotné společenské uplatnění.

Poznámka 1: Příkladem takto pojaté prevence jsou mezi jiným aktivity letošního 10. výročí Mezinárodního roku rodiny. A je jen žádoucí, aby nebyly časově omezeny, ale staly se trvalým nástrojem *prorodinné osvěty*. Jiným příkladem jsou programy výchovy (pod různými názvy) dětí a mladistvých k

pozitivně přijímanému rodičovství, prováděné v rámci školského vzdělávacího systému nebo některými nezávislými organizacemi.

Poznámka 2: Pro znázornění jakékoliv sociální patologie užíváme často obrazu plovoucího ledovce, s malým vrcholem nad hladinou a desetkrát větší hmotou pod povrchem. Prevence v tomto případě znamená nejen otloukat kousky ledu z vrcholu, nýbrž zahřívát vodu, v níž ledovec pluje. Naštěstí to není nekonečný oceán, nýbrž území s 10 miliony obyvatel, přičemž platí, že i malé (navenek třeba nezřetelné) zvýšení teploty může onen ledovec vydatně rozpouštět.

Ib. Prevence zaměřená na rizikové skupiny. Rozumí se skupiny obyvatelstva pokládané za "ohrožené" ve smyslu sociální patologie. Ta má mnohé formy, jež jsou navíc nejrůznějším způsobem propojeny. V našem případě jde především o tu patologii, která narušuje zdravou funkci rodiny do té míry, že rodina se o své děti nedoveče či nechce postarat, popřípadě (právě v důsledku své patologie) není žádoucí, aby se starala.

Předmětem preventivních programů na této úrovni jsou skupiny dětí a mladistvých tzv. na okraji společnosti, žijící v hmotném nedostatku a bez pozitivního výchovného vedení, skupiny ohrožené drogovou závislostí, alkoholismem, kriminalitou - a ovšem i sexuální promiskuitou a tzv. sexuálním rizikovým chováním. Jsou to tedy skupiny osob, u nichž bez cíleného osvětového působení či přímé vzdělávací a poradenské pomoci nelze dobře předpokládat, že založí rodinu a vytvoří svým dětem prostředí *přijímající, citově vřelé (či aspoň uspokojivé) a hlavně ovšem trvalé!*

Ic. Prevence zaměřená na rizikové jednotlivce, počítaje v to i jednotlivé rodiny. Jde o takové osoby, event. rodiny, které byly vytipovány v preventivních programech na předchozím stupni jako zvláště ohrožené a které vyžadují individuálně cílené odborné sociální intervence.

Dítě v prostředí své vlastní rodiny zůstává a rodinné zázemí (zatím) neztrácí. Intervence probíhá nejspíše na úrovni poradenské a formou tzv. *doprovázení* (guiding). Má však i jiné formy, které jsou určovány individuálním charakterem obtíží, v nichž se ona osoba či rodina nacházejí.

Do této kategorie spadají i rodiny (event. osaměle žijící osoby s dětmi), které jsou již předmětem sociálního šetření, popřípadě i návrhu na odebrání dětí s určitou podmíněnou zkušební lhůtou. Preventivní aktivity se v takovém případě stýkají s aktivitami spadajícími už do kategorie *Sanace vlastní rodiny*.

Poznámka: Vrátime-li se k obrazu plovoucího ledovce, pak prevence na úrovni *Ib.* a *Ic.* znamená, že zahříváme onen jeho vrchol nad hladinou nebo že z něho malé kousky odštípujeme. Tato práce je samozřejmě nejvyšší žádoucí a může být i velice účinná - jenomže pomáháme vskutku jenom na povrchu, zatímco z hloubi se nahoru tlačí vždy nové a nové vrstvy ledu. Je zřejmé, že uvedené tři stupně prevence jsou vzájemně provázané a že bez prevence primární je účinnost prevence sekundární i terciární nutně oslabena.

Soudím, že výstupem předchozího konstatování jsou dva zásadní požadavky:

Předně, má-li být náhradní péče o děti bez rodinného zázemí jednotně koncipována a jednotně prováděna (jak dále uslyšíme), platí totéž o prevenci stejně tak nutně a naléhavě. *Dítě by prostě nemělo své vlastní rodinné zázemí ztrácet!* Znamená to, že i v prevenci sociální patologie, včetně té "rodinné", by měly být překonány všechny resortní přehrady a veškeré preventivní působení by mělo být koordinováno z jednoho ústředí.

Za druhé, myslím, že je neméně zřejmé, že preventivní práce, jak o ní zde uvažujeme, není dobře možná bez náležitě připravených, vzdělaných, vysoce kvalifikovaných sociálních pracovníků, a to v takovém počtu, aby se mohli věnovat vskutku prevenci a nikoli jen pozdním záchranným opatřením.

Tato dvě doporučení by nás měla nadále provázet jako předznamenání všech závěrů, k nimž v tomto koncepčním Návrhu ještě dospějeme.

2. Sanace vlastní rodiny

Sanaci vlastní rodiny dítěte klademe ještě před vlastní náhradní péčí, i když časově ji většinou nepředchází. Pokud předchází, stýká se s prevencí na úrovni *Ic.*, tj. cílenou na jednotlivé konkrétní osoby či rodiny.

Rodinou v tomto případě myslíme nejen běžná společenství obou rodičů nebo aspoň jednoho rodiče s dítětem, ale i nejrůznější jiná společenství, v nichž se dítě aspoň s jedním ze svých rodičů nachází. Směrodatné je, že někdo je zde vůči dítěti v postavení rodiče pokrevně (biologicky, i když třeba jen právním verdiktem) "vlastního". Všichni "nevlastní" už spadají do kategorie rodičů (vychovatelů) náhradních.

Ať již dítě v rodině zůstává, nebo je z rodiny dočasně vzdáleno, základní charakteristikou tohoto stupně péče o dítě je *cílevědomá sociálně terapeutická intervence v rodině*. Jejím cílem je, aby v rodině (tj. v její socioekonomické situaci, v jejím vnitřním uspořádání, ve vzájemných vztazích jejích členů a především ovšem ve vztahu k dítěti) došlo k takovým změnám, aby dítěti byl umožněn další příznivý psychosociální vývoj. Znamená to, že rodinná situace, která byla dosud pro dítě "ohrožující", se mění v situaci vnitřně "přijímající" a z hlediska vnějších kritérií "pozitivně přijatelnou". (Dnešní psychologickou řečí vyjádřeno: Vlastní *resilientní* síly v rodině jsou natolik podpořeny, že umožní její vnitřní ozdravení a následnou uspokojivou funkci.) Za takových okolností se dítě, pokud bylo z rodiny dočasně vzdáleno, do rodiny opět vrací, přičemž dohled, další odborné "provázení" či pokračující sociálně terapeutická intervence jsou zpravidla nutná.

Využívá se i pomocných zdrojů, jimiž jsou především vztahy v širším rodinném společenství, tj. zvláště vztahy prarodičů, sourozenců a jiných příbuzných k dítěti. Vyloučeny samozřejmě nejsou ani vztahy přátelské, sousedské apod.

Že takováto "ozdravná" (terapeutická) práce je časově náročná a že vyžaduje speciální přípravu odborných pracovníků, je, myslím, víc než jasné. O důvod víc k novému prohloubenému pojetí sociální práce u nás!

3. Dítě bez vlastního rodinného zázemí

Na prvním místě uvádím *přechodný pobyt dítěte v širší vlastní rodině, a to neformálně a bez legislativního zajištění*, z dobré vůle a z přátelského vztahu k rodině dítěte. Jde o případy rodinných těžkostí, zpravidla přechodných, ať už vnitřních (neshody, rozchod rodičů, rozvod apod.) či vnějších (onemocnění někoho z rodičů, odjezd do ciziny, náročné ošetřování "osoby blízké" apod.), kdy se dítěte se souhlasem rodičů ujímá někdo z příbuzenstva. Nejčastěji jsou to prarodiče, ale i jiní příbuzní matky nebo otce - mohou to však být i přátelé, sousedi či kdokoliv jiný, s nímž rodiče uzavřou neformální dohodu o péči o dítě. O takovémto řešení nemusí vědět ani orgány sociální péče ani soud.

Dítě tedy pobývá v prostředí rodinném, krátkodobě, přičemž citový vztah k původní rodině není přerušen. Za velmi pozitivní okolnost pokládám tu okolnost, že pokud dítě se svými vychovateli v novém prostředí hlubší citový vztah naváže, není později vystaveno event. traumatickému přerušení tohoto vztahu. Je pravděpodobné, že po návratu domů se bude nadále se svými dřívějšími dočasnými vychovateli stýkat a že přátelské vztahy mezi rodinami zůstanou zachovány (popřípadě budou spíše posíleny).

Patrně není žádná statistika, která by takovéto případy evidovala - jejich reálná existence je však nepochybná. Lze ji přinejmenším odhadnout na "dosti častou".

Poznámka 1: Pamatujme, že prarodiče jsou zpravidla tou první ochrannou, pomocnou a záchrannou sociální sítí, která je aktivována, kdykoliv se rodina jejich dětí dostane do tíživé situace, ať z důvodů vnitřních či vnějších. *Babičky* jsou nejspíše ochotny postarat se o vnoučata. Na druhém místě jsou patrně *tety* pečující o synovce.

Poznámka 2: V případě, že se pobyt dítěte v příbuzenské rodině prodlužuje či není-li naděje na návrat dítěte do původní rodiny (typicky v případě osíření dítěte), stává se z této neformální péče legální *péče pěstounská, a to ve své formě příbuzenské*.

Budeme-li dále mluvit o jednotlivých formách náhradní péče, které u nás už fungují nebo jsou bezprostředně ve výhledu, vyhneme se vědomě hodnotícím soudům a takovým výrazům jako jsou "nedostatky", "nevýhody" apod. Každá z těchto forem má své charakteristiky, svou problematiku, své indikační pole a tedy i své místo v systému náhradní péče. Těchto charakteristik je třeba ku prospěchu svěřených dětí využívat uvážlivě a s přehledem.

Následují tři instituce, které proklamují ve svém programu *krátkodobou (dočasnou) péči o dítě bez vlastního rodinného zázemí*, avšak každá s poněkud jinými charakteristikami dalšími.

Podpůrná péče

Jde o instituci novou, která zatím nebyla u nás konstituována a která v mnohých západních zemích existuje pod jménem *profesionální pěstounská péče*. U nás se zatím o ní uvažuje na úrovni ideové a koncepční. Její zavedení lze však vbrzku očekávat, neboť představuje logický a zcela nutný (u nás dosud chybějící) článek v systému péče o dítě. Poněvadž však má mnohé charakteristiky, které tuto formu péče odlišují od klasické a u nás už dávno dobře zavedené pěstounské péče, doporučuji, aby jí bylo i po stránce právní vyhrazeno nové a zcela samostatné postavení.

Je koncipována jako *péče rodinná a krátkodobá (dočasná)*. Její časový rozsah je však vymezen potřebou dítěte a jeho původní rodiny, takže není striktně stanoven. Věkově není přijímání dětí omezeno - platí tedy od doby po narození do 18 let. Předpokládá se, že budou přijímány jednak děti z rodin v krizových situacích, jež vyžadují odborného sociálně terapeutického přístupu, jednak děti, které při svém zvláštním, problematickém či patologickém utváření osobnosti vyžadují odborného psychologického, speciálně pedagogického či jiného speciálního přístupu a výchovného vedení.

Podpůrná péče má především podpořit vlastní rodinu dítěte. Na ozdravném procesu v této rodině je přímo angažována (ne nutně sama, nýbrž za pomoci jiných příslušných institucí). Má připravit dítě na návrat do své původní rodiny. Má *podpořit rodinu*, tak aby mohla dítě znovu přijmout, a má *podpořit dítě*, aby se do rodiny mohlo znovu včlenit. To ovšem předpokládá, že *dítě svůj vztah k původní rodině nejen neztrácí, ale posiluje a prohlubuje*. V případě, že tento vztah byl už dříve z jakéhokoliv důvodu oslaben či narušen, měl by být v *podpůrné péči* znovu navázán a posílen. Pracovníci *podpůrné péče* jsou pro tuto práci speciálně odborně vzděláváni a připravováni. Stejně tak jsou odborně připraveni pro speciálně pedagogické a psychoterapeutické vedení dětí s osobnostní problematikou ve smyslu sociální či psychické patologie.

Koncepci *podpůrné péče* je ovšem třeba ještě dotvořit. Přimlouvám se však, aby byla i dříve na několika takovýchto terapeutických *podpůrných rodinách* "vyzkoušena", než bude uvedena do širší společenské praxe.

Poznámka: Poněvadž jde o výchovu dítěte v rodině (a to svým způsobem modelové), je víceméně samozřejmé, že určitý citový vztah mezi dítětem a jeho novými vychovateli vznikne. Ostatně, bez něho by se terapeutická výchovná práce asi sotva mohla dařit. V rodině nelze dítě vychovávat v citové "neutralitě", tj. bez citového "přijetí". Bude tedy patřit k odbornosti vychovatelů, aby za takových okolností přechod z jednoho prostředí do druhého probíhal pro dítě bez traumatizujících komplikací.

Klokánky

Klokánky ve správě Fondu ohrožených dětí jsou koncipovány rovněž jako *péče rodinná a krátkodobá (dočasná)*. Samy se pokládají za *rodinnou alternativu k ústavním zařízením*, tj. kojeneckým ústavům a dětským domovům (ve správě školské). Pečují o děti "jen po dobu nezbytně nutnou, než se po vyřešení situace mohou vrátit domů, nebo než je pro ně nalezena trvalá náhradní rodina".

Přijímány mohou být děti bez věkového omezení, tj. od narození do zletilosti. Vychovateli jsou zaměstnanci FOD, a to buď manželské páry ("klokání rodiny", jež mají v péči zpravidla 4 děti) nebo tzv. tety (mají v péči každá zpravidla 2 děti) "s dobrým vztahem k dětem, dostatkem empatie a schopností vytvořit jim citově vřelé prostředí". Na rozdíl od *podpůrné péče* i od *kojeneckých ústavů* není však od nich přímo vyžadována odborná zdravotnická či pedagogická kvalifikace. Více než v *podpůrné péči* nutno zde tedy očekávat výraznější *navázání citového vztahu mezi vychovateli a svěřeným dítětem*.

Cílevědomá terapeutická či sanační *intervence ve vlastní rodině dítěte se tu zřejmě nepředpokládá*. Na druhé straně však udržování vztahu svěřeného dítěte s původní rodinou se nijak nebrání. Status Klokánků říká, že rodiče mohou děti kdykoliv navštěvovat a brát si je na vycházky a na víkendy (pokud ovšem tomu nebrání vážné důvody).

Problémem nepochybně zůstává "konkurence" citových vztahů dítěte k různým osobám a přerušování vztahů při přechodu z jednoho prostředí do druhého.

Kojenecké ústavy (spojené s dětskými domovy do 3 let)

Kojenecké ústavy jsou zařízením zdravotnickým, což tradičně určuje jejich ráz. Přibližování "civilnímu" prostředí probíhá ovšem postupně už od šedesátých let minulého století a v posledních letech dalekosáhle pokročilo. Indikace zdravotní a zdravotně sociální figurují přibližně u 40 % přijímaných dětí, sociální indikace u 60 % dětí. Pro nejmladší děti se zdravotním postižením (event. zdravotně sociálním) mají kojenecké ústavy postavení výlučné - není totiž jiné instituce náhradní péče, která by takové děti (prakticky od narození) přijímala.

Jsou koncipovány jako *krátkodobá (dočasná) péče ústavní, s omezením pobytu dětí do 3 let věku*. *Navázání citového vztahu mezi dítětem a vychovateli* není sice vyloučeno, ale je relativně málo pravděpodobné, neboť personál se u dětí střídá - nepočítá se s ním jako s výchovným činitelem. Následkem toho je podstatně *oslabeno nebezpečí traumatického přerušování vztahu* při přechodu dítěte do nového prostředí - na druhé straně *přetrvává nebezpečí psychické deprivace* při neuspokojení základních psychických potřeb dítěte v časných fázích jeho vývoje.

Téměř polovina dětí je propouštěna zpět do vlastní rodiny. Znamená to, že je tu zřejmá *snaha udržet kontakt původní rodiny s dítětem*, i když sociálně terapeutická či sanační práce ve vlastní rodině není z kojeneckého ústavu přímo vedena.

Podle poslední statistiky 28 % dětí odchází do osvojení a dalších 8 % do pěstounské péče, čili 36 % dětí odchází do (víceméně) trvalé náhradní rodinné péče. Jen 11 % dětí přechází dále do ústavních zařízení a v 5 % je osud dítěte řešen jinými způsoby.

Poznámka 1: Vysoké procento dětí přijímaných z indikací sociálních zřetelně ukazuje na dosavadní *nedostačující sociální práci preventivní* - a to v našem pojetí především na úrovni 2. a 3. Lze předpokládat, že vskutku cílevědomou intervencí ve vytipovaných skupinách obyvatelstva a v jednotlivých rizikových rodinách by se dalo ústavnímu umístění dítěte předejít. Platí to ovšem nejen o preventivní práci s rodinami, z nichž přicházejí malé děti do kojeneckých ústavů, ale stejně tak o rodinách, jejichž děti jsou později přijímány do školských dětských domovů.

Poznámka 2: Společným problémem všech *krátkodobých (dočasných) forem náhradní péče (ať rodinné či nerodinné)* je, že dětem ani jejich vychovatelům nemůže být uspokojena jedna ze základních psychických potřeb, tj. *potřeba otevřené budoucnosti*. V žádné z uvedených tří institucí nemohou vychovatelé plánovat společnou budoucnost s dítětem. Časová dimenze vzájemného vztahu má rozsah pouze *z minulosti do přítomnosti* (do budoucnosti nejmýš zcela omezeně, tj. na týdny či měsíce).

Dětské domovy v kompetenci MŠMT

O dětských domovech nejsem dost informován, takže moje další úvaha může být jen hodně povrchní. Měla by být doplněna odborníky z resortu školství.

Dětské domovy jsou zařízeními *péče ústavní*. Přes chvályhodné snahy přiblížit jejich prostředí prostředí rodinnému, vnější i vnitřní charakteristiky ústavu zřetelně převládají. Vychovateli jsou zaměstnanci daných zařízení, zpravidla s odbornou pedagogickou kvalifikací, kteří se v péči o děti střídají, takže *navázání vzájemných hlubších citových vztahů je velmi omezeno*. (Nepočítá se s ním jako s výchovným činitelem.) Dřívější diferenciací podle věku dětí a podle závažnosti výchovných problémů, s nimiž do dětských domovů přicházejí, byla dalekosáhle překonána, takže věkové rozpětí přijímaných dětí sahá dnes od tří let do dosažení zletilosti.

Podle povahy případu je dítěti umožněn kontakt s původní rodinou, *na terapeutické či sanační práci v této rodině ústav není přímo angažován*. Nevylučuje se (naopak je velmi žádoucí) působení nepřímé při návštěvách rodičů a při jiných kontaktech s pracovníky dětského domova.

Z hlediska délky pobytu dítěte v dětském domově panuje značná variabilita, takže *nelze* tuto formu péče *označit* jednoznačně za *dlouhodobou*. Podle okolností závislých na původní rodině dítěte a na sanační práci příslušných sociálních institucí (pokud k nějaké takové intervenci vůbec dochází) může být pobyt dítěte v dětském domově jak *krátkodobý*, tak *střednědobý (do tří let)*, tak i *dlouhodobý* (mladiství odcházejí v 18 letech tzv. "do života" - viz nyní budované Domy na půl cesty jako přechodné opatření pro jejich dokonalejší sociální adaptaci).

Dětské domovy diagnostické jsou zařízením vysloveně pro *krátkodobou (přechodnou) péči*, tj. dokud není rozhodnuto, které další opatření by bylo pro dítě nejvhodnější. Určité procento přijatých dětí se odtud vrací zpět do vlastní rodiny, kde (jak se předpokládá) došlo k určité nápravě poměrů. (Už samotné odebrání dítěte z rodiny může působit jako impuls k pomocným či nápravným opatřením uvnitř rodiny či v rámci širší rodiny.) Mohli bychom je tedy přiřadit i k předchozím třem typům *krátkodobé (dočasné) péče* jakožto typ čtvrtý.

Dětské domovy tzv. rodinného typu (správněji "bytového") svým vnitřním uspořádáním (zpravidla stálí vychovatelé v bytové jednotce) poměrně nejvíce simulují rodinnou situaci a výchovně nejvíce těží z navázaných vztahů. Pobyt dětí je zde nejspíše *dlouhodobý*, s poměrně nejvíce oslabenými kontakty dítěte s vlastní rodinou. Předpokládá se, že děti jsou v takovémto zařízení nejlépe "zabydleny".

Dětské domovy tzv. klasického typu, i když dnes daleko více než dříve s individuálními charakteristikami určenými osobností vedoucího pracovníka, skladbou personálu, výchovným zaměřením a místními poměry, poměrně nejméně využívají emocionálních složek ve výchovné práci s dětmi a poměrně nejvíce profesionální pedagogické metodiky. Pobyt dětí je tu nejspíše *střednědobý a dlouhodobý* - s poměrně největšími nároky na personál zařízení, pokud jde o ochranu dětí před psychickou deprivací.

Poznámka 1: Lze předpokládat, že cílevědomá preventivní sociální práce v "ohrožených" rodinách by mohla podstatně snížit počet dětí, které dnes přicházejí do dětských domovů! Statistiky říkají, že počet

děti v dětských domovech sice kolísá, ale nijak znatelně se za posledních 10 let nesnížil. I když realisticky nelze očekávat podobný obraz "propouštěných" dětí, jaký zaznamenáváme dnes v kojeneckých ústavech, rozdíl v počtu dětí vracějících se do svých původních rodin nebo přecházejících do náhradní rodinné péče tam a zde je po mém soudu přece až příliš veliký!

Poznámka 2: V posledních letech bylo založeno (a někdy zase zaniklo) více dětských domovů tzv. soukromých různě vnitřně uspořádaných a s různou výchovnou ideologií - jsou pro mne nepřehledné, takže je do tohoto přehledu nemohu zahrnout.

Zařízení sociální péče pro děti v kompetenci MPSV mají svůj specifický účel. V tomto návrhu koncepce se jimi nebudeme zabývat. Přijímají sice i některé děti bez rodinného zázemí, avšak z indikace jejich těžkého zdravotního postižení. Toto postižení je činitelem rozhodujícím. (Přecházejí sem i některé děti z Kojeneckých ústavů po dovršení 3 let věku.)

Pěstounská péče

Pěstounská péče zakotvená v příslušných zákonných ustanoveních a tak, jak se u nás od let sedmdesátých v praxi utvářela, nás vede už do oblasti *péče rodinné, a to dlouhodobé*. (Ba mnohdy i tzv. "trvalé", neboť překračuje i pomyslnou hranici zletilosti. Není vzácností, že děti se tak identifikují se svými pěstouny, že pak žádají o změnu jména a že s nimi sdílejí další fáze života, včetně vnoučat aj.)

Má tři formy - příbuzenskou, individuální a ve zvláštních zařízeních, z psychologického hlediska s některými zcela osobitými charakteristikami. Společným rysem kromě zmíněné trvalosti je výchovné využití navázaného *citového vztahu a vzájemné uspokojování základních psychických potřeb, včetně potřeby společně sdílené otevřené budoucnosti*. Diferencujícím činitelem je vztah k původní rodině dítěte, jak dále ukážeme.

"*Příbuzenská*" v našem případě znamená, že do pěstounské péče přijímá dítě osoba (osoby), která (které) je (jsou) s ním v příbuzenském poměru - nejčastěji jsou to prarodiče dítěte nebo jen babička. Přednosti takového řešení jsou očividné - přirozená angažovanost vychovatelů na osudu dítěte, genetická příbuznost umožňující lepší porozumění povaze dítěte a zpravidla zachovaný vztah k vlastním rodičům, s nimiž jsou pěstouni rovněž v příbuzenském poměru. Nevýhodou, zvláště jde-li o prarodiče, je vyšší věk pěstounů a problémy s tím spojené.

Poznámka: Připomněli jsme dříve, že neformální příbuzenská pomoc rodině v tísní (tím, že příbuzní dočasně převezmou péči o dítě) se někdy mění přirozenou cestou v legálně zakotvenou příbuzenskou pěstounskou péči.

Do *individuální pěstounské péče* přijímají dítě či děti manželé, kteří jsou buď bezdětní nebo kteří (a to zřejmě častěji) nějaké vlastní děti mají. Pěstounkou či pěstounem se však může stát i sama jedna osoba. Existence vlastních dětí pěstounů nemá pro pěstounský svazek jednoznačný význam - může být činitelem příznivým i činitelem komplikujícím.

Individuální forma je klasickou formou pěstounské péče, s charakteristikami *dlouhodobé péče rodinné*. Má už dlouhou tradici a její problematika je poměrně dobře známa. Je totiž poměrně dobře přístupná výzkumnému sledování vývoje svěřených dětí. V některých případech má ráz tzv. *malé adopce*, což znamená, že bezdětní manželé přijímají do své pěstounské péče dítě, které není pro adopci buď právně či z jakýchkoliv jiných důvodů tzv. "volné" či "vhodné" - mezi nimi i děti se závažnějším zdravotním postižením (patrně však v menší míře než je tomu ve *zvláštních zařízeních pěstounské péče*).

Termín "*zvláštní zařízení pěstounské péče*" zahrnuje jednak *velké pěstounské rodiny*, jednak *SOS dětské vesničky*. Obě tyto formy byly u nás fakticky zavedeny o něco dříve než byla legislativně obnovena individuální pěstounská péče. Mají tedy rovněž už svou tradici i známou problematiku. Jsou patrně ještě více přístupny výzkumnému šetření než *péče individuální*.

Jde o *dlouhodobou (event. i trvalou) péči s charakteristikami péče rodinné*, i když kontakt dítěte s vlastní rodinou je v některých případech zachován a možnost jeho návratu do této rodiny je otevřená. Není ovšem povzbuzována ani plánovitě připravována. (Taková funkce by měla být vyhrazena *péči podpůrné*, bude-li zavedena.)

Zřetelným znakem diferencujícím mezi těmito dvěma formami je samotná matka-pěstounka (s pomocnicí "tetou") v *Dětské vesničce* a manželský pěstounský pár ve *velké pěstounské rodině*.

Společným jejich rysem je větší počet dětí v rodině (zpravidla více než 4) - následkem toho se tu významným výchovným činitelem stává "*sourozenecká skupina*", a to významněji (možno dokonce říci, že specificky) než v kterékoliv jiné formě náhradní rodinné péče. Jde o děti různého původu, které však v

prostředí pěstounské rodiny vytvoří sourozeneckou skupinu s běžnými vnějšími i vnitřními charakteristikami (např. sourozenecké pohlavní tabu).

Jsou tu však i další dva společné rysy - totiž připravenost přijímat i větší skupiny pravých sourozenců z rozpadlých rodin a připravenost přijímat děti i s vážnějším zdravotním postižením, tělesným i mentálním. (Tento rys je patrně výraznější ve *velkých pěstounských rodinách*.) Znamená to současně, že v těchto dvou formách pěstounské péče se více než v jiných využívá metodiky speciální pedagogiky, nápravné pedagogiky, event. psychoterapie, a to v mezích daných odbornou připraveností pěstounů.

Adopce, neboli osvojení

Osvojení, podložené jak předlouhou tradicí, tak nyní platným Zákonem o rodině, má mezi institucemi náhradní péče přece jen výjimečné postavení - poskytuje dítěti péči vskutku *rodinnou a trvalou*. Dítě se stává dítětem svých nových rodičů - z principu je *psychicky novými rodiči přijato*. I adopce má ovšem svou problematiku, která se sice mění s vývojem společnosti, je však natolik známa, že není třeba se jí zde zvláště zabývat.

Žádoucí je, aby do osvojení přicházely děti v co nejranějších fázích svého vývoje a aby nové rodinné společenství bylo zakládáno s maximální odpovědností a na podkladě dnes dostupných znalostí z psychologie, sociálních věd, medicíny a jiných vědních oborů.

Do *osvojení* nepřicházejí děti s vážnějším zdravotním postižením nebo s genetickým rizikem. Nepočítá se tu s odbornou vychovatelskou kvalifikací nových rodičů, i když na roli adoptivních rodičů jsou dnes připravováni ve speciálních kursech. Kontakt dítěte s vlastní rodinou je (až na výjimky) zcela přerušen.

Znovu schéma

Schéma péče o děti bez vlastního rodinného zázemí

| | | |
|---|--|---|
| Dokud je dítě v rodině | 1. Prevence - celospolečenská - zaměřená na ohrožené skupiny obyvatelstva - zaměřená na zvláště ohrožené jedince a rodiny | |
| Dítě ještě v rodině nebo už mimo rodinu | 2. Sanace rodiny, tj. ozdravná pomoc vlastní rodině dítěte | |
| Dítě je mimo vlastní rodinu | 3. Náhradní péče | |
| | Krátkodobá rodinná | Krátkodobá ústavní |
| | - Neformální pomoc v rámci rodiny - Klokánky - Podpůrná péče | - Kojenecké ústavy a dětské domovy do 3 let - Diagnostické dětské domovy |
| | Dlouhodobá rodinná | Dlouhodobá ústavní |
| | - Pěstounská péče - příbuzenská - individuální - ve zvláštních zařízeních | - Dětské domovy - klasické - "bytového" typu |
| | Trvalá rodinná | |
| | - Osvojení (adopce) | |

Závěry a doporučení

Co tedy z předchozích zjištění a úvah vyplývá a čeho je třeba? Pořadí uváděných doporučení vypovídá jen přibližně o jejich závažnosti - všechny však směřují k jednomu cíli, jímž má být zlepšení dosavadního stavu péče o děti bez rodinného zázemí.

1. Předně je třeba vytvořit jednu instituci (na úrovni ministerského resortu, nebo nadresortní, nebo meziresortní), která by byla vybavena náležitými kompetencemi, aby mohla iniciovat, řídit, koordinovat a kontrolovat aktivity týkající se péče o děti bez rodinného zázemí. A to samozřejmě nejen péče o tuto relativně malou skupinu dětí, nýbrž o děti a rodinu obecně - děti bez rodinného zázemí nemají nějaké zvláštní, specifické, potřeby, které by neměly i děti z tzv. normálního prostředí. Dosavadní roztržitost této péče vytváří nepřehlednou situaci, kdy mnohdy doslova "levice neví, co dělá pravice". Vodítkem pro nápravu tu mohou být Ministerstva pro rodinu, dobře fungující v mnohých západních zemích.

2. Za předpokladu, že taková instituce bude v dohledné době i u nás uvedena v život, je možno uskutečnit další naléhavě potřebný krok - totiž zaměřit se na *prevenci tzv. sociálního osiřeni dítěte*. A to ve všech třech kategoriích, které jsem se tu pokusil naznačit - *celospolečenské, skupinové a individuální*. Je dávno ověřeno, že prevence je i ekonomicky daleko výhodnější než všechna možná pozdní léčebná a nápravná opatření. Snad se dá očekávat, že aspoň na tento argument budou slyšet ti, komu jsou argumenty psychologické a společenské sotva dostupné.

3. Třetím logickým krokem na této cestě je účinná *sanace vlastní rodiny dítěte*. Myslí se tím taková sociálně terapeutická pomoc rodině, aby se dítě do ní mohlo vrátit (a dále v ní uspokojivě žít), když už z ní bylo odebráno, nebo když toto odebrání bezprostředně hrozí.

4. Z tohoto důvodu je třeba vytvořit nový stupeň péče o děti bez rodinného zázemí, který u nás dosud chybí a který v tomto Návrhu nazývám *péčí podpůrnou*. Osvědčil se už v mnohých jiných zemích, kde má někdy už i dost dlouhou tradici. Vystupuje tam však pod jinými názvy a jeho působnost má různý rozsah. Mám zato, že by nebylo dobře přebírat jen cizí vzory bez náležité kritické rozvahy - a že je třeba při zavádění této nové formy respektovat naše specifické potřeby, dané mezi jiným i dosavadním vývojem naší náhradní rodinné péče. V tomto případě jde o zaplnění mezery, nikoli však o nahrazení něčeho osvědčeného něčím novým, nejistým.

5. Je, myslím, víc než zřejmé, že pokroky v péči o děti bez rodinného zázemí (a samozřejmě, nejen o ty) nelze dosáhnout, nebude-li podstatně rozšířena a prohloubena *terénní sociální práce*. Má nezastupitelnou úlohu v prevenci sociálního osiření i v pomoci ohrožené rodině, ale i ve sledování sociální situace dítěte v náhradní péči a ve sledování situace jeho původní rodiny. Do její kompetence spadá rovněž sociální prognóza jak dítěte, tak prostředí v němž vyrůstá. Znamená to ovšem nejen mechanické zvýšení počtu sociálních pracovníků (a pracovníků-mužů), ale také nové pojetí jejich vzdělávání a přípravy na dané náročnější úkoly.

6. Bylo by po mém soudu velice žádoucí, aby i do nynějšího systému dětských domovů ve správě školské pronikla tendence, která je patrná v posledních letech v kojeneckých ústavech a dětských domovech do 3 let ve správě zdravotnické - že totiž se velká většina dětí vrací zpět do vlastních rodin, nebo přechází do pěstounské péče a do adopce. Situace v kojeneckých ústavech a v dětských domovech samozřejmě není souměřitelná (podstatným činitelem je věk dětí a indikace přijetí) - avšak přece jen dlouhodobé pobyty dětí v ústavním prostředí, jak se s nimi stále setkáváme, by měly být spíše výjimkou. Nutná existence a zvyšování počtu dnešních Domů na půl cesty je ostatně svědectvím o nedostačující přípravě dětí z dětských domovů na samostatný život ve společnosti - a svědectvím o naléhavé potřebě nových reformních kroků.

7. Zatímco uchazečů o adopci je velký nadbytek vzhledem k "nabídce" vhodných a právně volných dětí, uchazečů o pěstounství je nedostatek. Je třeba společenskou prestiž pěstounství patřičně povznést - mediální osvětou veřejnosti, ale i jinými způsoby, které vyplynou ze zaměřeného zkoumání této otázky. (Velice se za takové šetření přimlouvám.)

8. Kojenecké ústavy přijímají mnohé děti se zdravotním postižením - ty, které se nevracejí do vlastních rodin, přicházejí pak do pěstounské péče nebo do ústavů sociální péče. Některé velké pěstounské rodiny se dokonce svým způsobem "specializují" právě na péči o zdravotně (čimž se myslí i mentálně) postižené děti. Mám zato, že je velice žádoucí, aby se tato forma pomoci dětem bez vlastní rodiny jen dále rozšířila! Je pravděpodobné, že i některé děti, které jsou dnes v ústavech sociální péče, by byly "přijatelné" v pěstounských rodinách, kdyby se pro to vytvořily i "přijatelné" podmínky. Pouhá propagace nestačí - je třeba provést zaměřené šetření, jak by tyto "přijatelné" podmínky měly vypadat (ekonomicky, společensky, jaké pomocné služby, jaká administrativní podpora atd.).

9. Mluvíme o prohloubení sociální práce. Je však ještě jedna instituce, s níž by mělo dojít k prohloubené spolupráci - jsou to *soudy*. I když bude zřízeno administrativní ústředí koordinující péči o dítě a rodinu, soudy jakožto nezávislá instituce do něho pojaty nebudou. Stížností na mezery v legislativě ubylo, přetrvávají však stížnosti na dosavadní soudní praxi, a to především na *zdlouhavost řízení* (méně na malý respekt k "zájmu" dítěte a na psychologickou nekompetentnost rozsudků). Poznatek, že *čas dítěte* je něco jiného než čas dospělých, se dosud nepodařilo soudům vnutit. Nadále zůstává otevřenou otázkou soudcovské specializace na věci rodinné a odborné přípravy soudců na tuto specializaci.

10. Co dosud velice schází naší současné péči o děti bez rodinného zázemí (a to nejen o ně, ale péči o děti obecně), je cílevědomá a rozumná *mediální podpora*. Ta nepochybně může hrát mimořádně významnou roli - zatím však (pokud vůbec nějaká je) se mi jeví velkou většinou jako povrchní, nepoučená, nekompetentní. Právě v otázkách prevence sociální patologie, buď z rodiny vycházející nebo do funkce rodiny se promítající, by mohla televize a s ní i ostatní sdělovací prostředky cíleně a vydatně pomáhat. Je úkolem nynějších resortů zabývajících se dítětem a rodinou - a ovšem úkolem sjednocené instituce budoucí, jak ji zde pod bodem 1. požadujeme - prosadit soustavnou osvětou veřejnosti formou pravidelných vzdělávacích pořadů aspoň do veřejnoprávní televize a do rozhlasu. (Možno pak očekávat, že novináři se přidají.) Je příznačné, že veškerá iniciativa a snaha jednotlivců a nevládních organizací v tomto směru dosud nikdy neuspěla.

Literatura

- Dunovský, J.: Dítě a poruchy rodiny. Praha, Avicenum 1986.
- Dunovský, J.: Vybrané kapitoly ze sociální pediatrie. Praha, Grada 1999.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha, Grada 1995.
- Koch, J., Langmeier, J., Matějček, Z.: Návrh nového systému péče o děti vychovávané mimo vlastní rodinu. Pedagogika, 25, 1965, s. 316-326.
- Koluchová, J.: Diagnostika a reparabilita psychické deprivace. Praha, SPN 1987.
- Koluchová, J.: Psychický vývoj dětí v pěstounské péči. Praha, MPSV ČR 1992
- Koluchová, J.: Teorie a praxe v oblasti psychické deprivace a náhradní rodinné péče v uplynulých 40 letech. In: Heller, D., Šturma, J. (red.): Psychologie pro třetí tisíciletí. Praha Test-centrum 2000, s. 159-162.
- Kovařík, J. (red.): Metodika odborných služeb v náhradní rodinné péči. Praha, MPSV ČR 1979.
- Kovařík, J., Kukla, L.: Děti v České republice 1996. Situační analýza. Praha, Český výbor pro UNICEF 1997.
- Langmeier, J., Matějček, Z.: Psychická deprivace v dětství. 3. vyd., Praha, Avicenum 1974
- Matějček, Z.: Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha, SPN 1992.
- Matějček, Z. a kol.: Náhradní rodinná péče. Praha, Portál 1999.
- Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J.: Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. Praha, Psychiatrické centrum Praha 1997.
- Matějček, Z., Koluchová, J., Bubleová, V., Kovařík, J., Benešová, L.: Osvojení a pěstounská péče. Praha, Portál 2002.
- Možný, I.: Sociologie rodiny. Praha, Sociologické nakladatelství 1999.
- Niederle, P. (red.): Náhradní rodinná péče. Praha. MPSV ČR 1982.
- Sobotková, I.: Psychologie rodiny. Praha, Portál 2001.
- Sobotková, I.: Pěstounské rodiny - jejich fungování a odolnost. Praha, MPSV ČR 2003
- Vodák, P. a kol.: Problémy osvojení dětí. Praha, SZN 1967.
- Zákon č. 94/1963 Sb. o rodině, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
- Březen 2004*