

3957



PhDr. J. LANGMEIER

PhDr. Z. MATĚJČEK

Psychická

deprivace v dětství

PhDr. Josef Langmeier  
PhDr. Zdeněk Matějček

## PSYCHICKÁ DEPRIVACE V DĚTSTVÍ

Problém psychického strádání dětí v nepříznivých životních podmínkách je znám od dávných dob, vědecké pozornosti se mu však dostává teprve v posledních desetiletích. Zvláště zkušenosti druhé světové války, která ve svých důsledcích byla tragickým deprivacním experimentem, byly mocným podnětem celosvětové snahy pomáhat dětem zbaveným rodičů, zavlčeným a odloučeným od rodin, vězňům v koncentračních táborech a vystaveným krutému strádání fyzickému a psychickému. V poválečných letech zájem o tuto problematiku neochabl, ale naopak se stupňoval. Vystála především otázka dětí vychovávaných trvale v ústavech, kde se jim při poměrně dobré hygienické péči a přijatelném hmotném vybavení dostávalo jen v malé míře toho, co se pro zdravý vývoj osobnosti ukázalo nezbytným, totiž vřelého citového zájmu a sympatie, která charakterizuje »materské chování«. Objevily se pak otázky další, které vyvolaly řadu diskusí a podnítily mnohá klinická zkoumání: hospitalizace a dočasná odloučení dítěte od matky, duševní strádání dětí v rodinách rozpadlých a vnitřně rozvrácených, péče o děti rodičů psychicky narušených atd. Publikace J. B. o w l b y h e r Materská péče a duševní zdraví, vydaná Světovou zdravotnickou organizací v r. 1951, shrnuje poznatky prvního období vědeckého zájmu o tyto otázky.

V dalším desetiletí se však nahromadilo velké množství materiálu získaného klinickým pozorováním a experimentálními studii, pesimistické závěry odvozené z prvních studií pozbyly při zlepšené výchovné péči

v ústavech v mnoha směrech svou platnost a při dalekosáhlých změnách společenských se podstatně změnilo i rozložení oblastí, z nichž hrozí nebezpečí psychického strádání.

Bylo proto naléhavě třeba nového shrnutí a kritického zhodnocení získaných poznatků, což je v podstatě předmětem této studie. Kniha vzešla z klinické zkušenosti a je zaměřena především k řešení praktických úkolů dětských lékařů, psychologů a psychiatrů, sociálních pracovníků, pedagogů a dalších pracovníků zabývajících se dětmi. Úspěchy našeho zdravotnictví, zvláště radikální snížení kojenecké úmrtnosti a zásadní vyřešení epidemiologických problémů, nutí nás přejít ke komplexnější péči o zdravý vývoj budoucí generace. Vytvoření optimálních podmínek pro duševní rozvoj dětí se tak stává předním úkolem a otázkám psychické deprivace se tak dostává nové aktuálnosti. Jsou proto podrobně probány různé klinické okolnosti deprivace: extrémní sociální izolace, ústavní výchova, dočasná separace dítěte od rodiny, podmínky deprivace v rodině, strádání dětí za války apod. Zvláštní pozornost je věnována dětem, které pro nějaký defekt smyslový, motorický nebo mentální nemohou dosáhnout uspokojení svých potřeb ani v prostředí celkem přiměřeném a jsou vystaveny nebezpečí deprivace z příčin »vnitřních«. Poznatky jsou uváděny ve vztah se společenským vývojem. Výsledky klinických a experimentálních studií tvoří podklad teoretickým úvahám z hlediska vývoje dětské osobnosti. Kromě směrnice pro diagnostiku přináší kniha také podněty pro prevenci poruch vznikajících na podkladě psychického strádání i pro léčebná a výchovná opatření. Naznačuje konečně i cesty příštího výzkumu, jemuž autoři přisuzují velkou důležitost pro řešení praktických i teoretických úkolů, pro něž v dosavadních poznatcích není ještě dost podkladů.

U

6  
PhDr. JOSEF LANGMEIER - PhDr. ZDENĚK MATĚJČEK

# **Psychická deprivace v dětství**

**PRAHA 1963**

**STÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ NAKLADATELSTVÍ**



Pžel / 3951

© Josef Langmeier - Zdeněk Matějček 1963

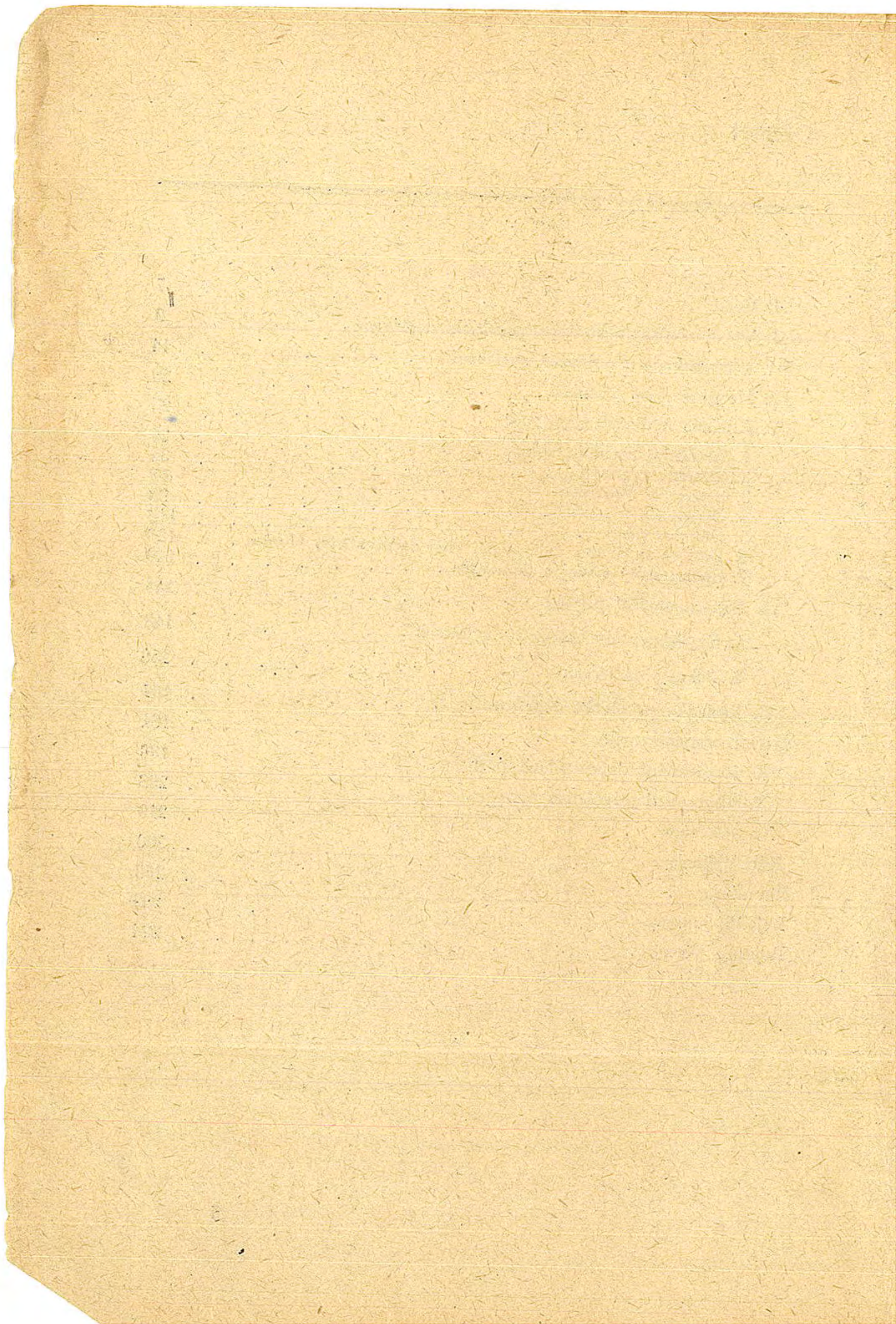
Recenzoval doc. MUDr. Jan Fischer a PhDr. Jaroslav Koch

*[Handwritten signature]*

# OBSAH

---

I. Úvod . . . . .	7
II. Vývoj a význam koncepcí psychické deprivace . . . . .	9
III. Terminologie a pojmové vymezení . . . . .	14
IV. Metodologický přístup . . . . .	20
V. Klinické okolnosti deprivace . . . . .	25
1. Extrémní sociální izolace . . . . .	25
2. Ústavní výchova . . . . .	34
3. Separční prožitky . . . . .	68
4. Deprivace v rodině . . . . .	93
5. Děti za války . . . . .	116
6. Děti se zvýšenou vnímavostí vůči deprivacím . . . . .	126
7. Společenský vývoj a deprivace . . . . .	140
VI. Experimentální přístup . . . . .	148
1. Experimentální studie na zvířatech . . . . .	148
2. Pokusy na lidech . . . . .	158
VII. Následky psychické deprivace . . . . .	167
VIII. Teoretické úvahy . . . . .	181
IX. Rozpoznání deprivacních poruch . . . . .	196
X. Náprava deprivacních poruch . . . . .	208
XI. Prevence . . . . .	219
XII. Výhledy . . . . .	260
Literatura . . . . .	263
Rejstřík jmenný . . . . .	289
Rejstřík věcný . . . . .	294



## I. ÚVOD

---

Kniha, kterou zde předkládáme, pojednává souhrnně o nových poznatcích i o nových otázkách, které se v poslední době nakupily kolem problému duševního strádání dětí vyrůstajících v prostředí abnormálně chudém na podněty citové či smyslové, a trpících tedy »psychickou deprivací«. Vznikla především z poznatků a zkušeností, které klinickým psychologům přináší práce s dětmi opuštěnými a zanedbanými, žijícími v nevhodném rodinném prostředí, s dětmi vychovávanými v různých typech dětských kolektivních zařízení i s dětmi, které již svým základním fyzickým či psychickým vybavením jsou zvýšeně vnímavé vůči deprivaci. Tato práce začínala po roce 1948 v pražském Sociodiagnostickém ústavu, který v té době již systematicky sledoval vývoj dětí ve všech typech našich ústavních zařízení. V této souvislosti vděčně vzpomínáme zesnulého MUDr. Oldřicha Říhy, lékaře, sociálního pracovníka a psychologa v jedné osobě, jehož místo v historii naší péče o defektní a ohrožené dítě není dosud plně doceněno. Jeho rozsáhlé znalosti a zkušenosti, jež předával svým spolupracovníkům a jichž sám nemohl už publikačně využít, byly v mnohém směru podnětem našemu snažení. Opíráme se rovněž o pracovní výsledky, o zkušenosti a podněty, které přináší úzká spolupráce lékařů, psychologů a sociálních pracovníků na našich pracovištích, takže v mnohém směru je i tato knížka prací kolektivní.

Kromě přehledu vlastních šetření jsme se pokusili shrnout a kriticky zhodnotit i výsledky nejdůležitějších studií cizích, tak aby dnešní stav vědomostí o psychické deprivaci byl zřetelně patrný. Soudíme, že takovýto pokus o souhrnný přehled je potřebný, zvláště když jediná souborná monografie toho druhu, práce *J. Bowlbyho* (1951), neodpovídá již plně dnešnímu stavu vědění, které právě v posledních 10 letech v tomto oboru dalekosáhle pokročilo. Literatura je leckdy těžko dostupná a u nás zatím poměrně málo známá. Vedle toho jsme se snažili přihlížet k speciální situaci naší péče o dítě a ke studiím našich pracovníků. Knížka by splnila své poslání, kdyby se jí podařilo:

1. Seznámit naši odbornou veřejnost s dnešním stavem této složité otázky aspoň v hlavních rysech, objektivně a kriticky.

2. Podnítit další klinický a experimentální výzkum, který by vycházel ze znalostí předchozích studií a byl řádně plánován. Psychologie a fyziologie musí přitom ještě hodně vykonat pro teoretické vyjasnění četných otázek.

3. Vytěžit pro klinickou praxi vše, co za dnešního stavu vědomostí lze. V praxi není možno čekat, až základní výzkum postoupí tak daleko, že ujasní teoretické otázky, které jsou dosud mlhavé. Mnohá fakta mluví už dnes přesvědčivě a je nutno z nich vyvodit praktické důsledky co nejrychleji, neboť mohou znamenat pomoc mnoha postiženým a ohroženým dětem.

4. Uvést v soulad hlediska různých pracovníků na tomto úseku péče o dítě. Tak pracovníci kojeneckých ústavů a předškolních dětských domovů vidí většinou jen počáteční formy psychické deprivace, ale nemívají dost možností sledovat její následky do adolescence nebo dokonce do dospělosti. Psychiatři a psychologové v poradnách a léčebnách se naopak setkávají už s rozvinutými stavy, jejichž počátky mohou pro ně být nejasné. Pediatri vidí nejspíše problematiku hospitalizace dítěte, ale těžko mohou sledovat celou linii dětského duševního vývoje, nehledě k jejich zaměření — převážně na somatický stav dítěte.

Otázka psychické deprivace je i u nás svrchovaně aktuální, neboť dosažené úspěchy zdravotnické, zvláště pak radikální snížení kojenecké úmrtnosti a vyřešení palčivých problémů epidemiologických, nutí nás přejít ke komplexnější péči o zdravý vývoj budoucí generace, v níž otázky optimálních podmínek duševního rozvoje dítěte budou stát zajisté na předním místě. O aktuálnosti této problematiky svědčí ostatně i přibývající počet domácích prací na toto téma, jemuž byla z velké části věnována jen v r. 1961 tři zvláštní pracovní shromáždění Čs. pediatrické společnosti.

Každá práce v oboru, který je v tak prudkém rozvoji, je ovšem v nebezpečí, že její nálezy budou snad brzy překonány novými objevy a že všechna hlediska dále neobstojí. Už proto jsme se nesnažili podat jednostranně jen svá mínění jakožto definitivní, ale uvádíme názory různé, ba někdy i protichůdné, které vycházejí z různých teoretických předpokladů a z různých sociálně ekonomických podmínek. Snažili jsme se nikoli jen o pouhou kompilaci, ale o kritický přístup, který by vedl jak k ujasnění dílčích otázek, tak k formulaci vlastního pojetí celého problému u nás.

## II. VÝVOJ A VÝZNAM KONCEPCÍ PSYCHICKÉ DEPRIVACE

---

Vývoj vědy postupuje v mnoha souvislostech vnitřních i zevních. Důležité problémy zůstávají někdy po celé věky téměř nepovšimnuty, než se k nim z nějakého vnitřního nebo vnějšího důvodu obrátí pozornost plnou silou. Do té doby ustupují před jinými úkoly, které jsou nebo se zdají být důležitější, anebo věda sama nemá ještě dost prostředků k jejich účinnému řešení, a proto se jim vyhýbá. Není pak divu, že takový problém, je-li pak náhle znovu »objeven«, svádí v první etapě k přepjatým závěrům, extrémním hlediskům a někdy i k módním výstřelkům a že teprve postupně se dochází opět ke kritičtějšímu přístupu a postupu.

Problematika psychického strádání je v mnohém klasickým příkladem takového vývoje. Dovídáme se o ní už od starých kronikářů. Tak například u Salimbena z Parmy ve XIII. století čteme (podle Peipera) pověst o císaři Bedřichu II., který dal vychovávat děti chůvám s přísným rozkazem, aby děti kojily, koupaly a myly, ale vystříhaly se jakéhokoliv mluvení, laskání a mazlení. Předpokládal totiž, že řeč, kterou tyto děti začnou mluvit, nebudou-li žádné nové řeči učeny, bude onou nejstarší, nejpůvodnější řečí lidstva. Jeho vědecká zvědavost však nebyla ukojena, neboť děti prý všechny zemřely — nemohly žít, jak starý kronikář komentuje, bez láskyplného přimlouvání a radostného výrazu tváře svých chův. R. Spitz uvádí jako motto ke svému „Hospitalismu“ záznam z deníku španělského biskupa z r. 1760: »V nalezinci se dítě stává smutným a mnohé tam smutkem umírají.« Také básníky a spisovatele již od dávných dob zajímal a dojímal osud dětí opuštěných, osiřelých a vychovávaných bez mateřské lásky. Podle vývoje literárních směrů byl jejich životní běh líčen jednou jako sentimentální historie o vítězství čisté nevinnosti nad záludnostmi zkaženého světa, jindy jako romantická historie rozervaného hrdiny, pak opět jako realistický román-hledající různé společenské souvislosti či konečně jako chmurný naturalistický obraz, v němž není úniku z osudové sociální determinace. V krásné literatuře je tak sneseno mnoho zajímavého psychologického materiálu k této otázce a literární a umělecká tradice pokračuje až do našich dnů, kdy je už leckdy poznamenána novými

vědeckými poznatky, jak to vidíme zvláště v některých filmových zpracováních.

1. Ve vědě je však dlouho tento problém skoro neznám a v učebnicích psychologie a psychopatologie se s ním — s výjimkou učebnic nejnovějších — nesečkááme skoro vůbec. První soustavnější práce o mládeži ohrožené, zanedbané a mravně zpustlé z hlediska praktické sociální péče a nápravné pedagogiky vznikaly od počátku tohoto století. Na jejich rozvoj působily pak zvláště poměry po první světové válce, kdy se mnoho pedagogů v různých zemích zabývá opuštěnou a delinkventní mládeží. První psychologické studie nalézáme však až ve třicátých letech, a to zejména ve vídeňské škole Charlotty Bühlerové. M. Hetzerová zabývala se tu problematikou deprivace již z několika hledisek: sledovala děti ze špatných sociálních a ekonomických poměrů, děti „bez rodin“ a z rodin pěstounských a také už děti vychovávané v ústavech. V tomto okruhu byla také poprvé důkladněji řešena otázka psychického hospitalismu, k níž dala podnět zřejmě okolnost, že počet sociálních a zdravotnických ústavů do té doby již podstatně vzrostl a že byla rozpoznána lékařská závažnost ústavní výchovy (vysoká úmrtnost dětí v kojeneckých ústavech, vztah hygienických a výchovných požadavků při ústavní výchově atd.).

2. *Spitz*  
Z tohoto základu také zřetelně vycházejí i práce Spitzovy, započaté ještě před druhou světovou válkou a pokračující dosud. Jsou důležité svou obsáhlostí, podrobnou pozorovací metodikou i teoretickými závěry.

Nezávisle na tomto proudu a z jiných podnětů (z praktických potřeb pěstounské péče) vznikají od počátku druhé světové války velmi pečlivé studie newyorského psychologa Williama Goldfarba. V řadě prací srovnává děti vychovávané nejprve v ústavech a později přemístěné do pěstounské péče s dětmi vychovávanými v pěstounské péči hned od nejtělejšího dětství a dochází k závěru o přetrvávání neblahých následků časně ústavní péče pro intelektový a charakterový vývoj dětí.

Mohutný rozvoj studií o strádajících dětech za druhé světové války a bezprostředně po ní byl bezpochyby podnícen v první řadě početností dětí opuštěných, bez rodičů, evakuovaných a přesídlených, ba i dětí v koncentračních táborech. (Freudová-Burlinghamová, S. Isaacsová, C. Burt, K. Wolfová, N. Wolfheimová aj.) Poválečné změny sociální a ekonomické struktury přinesly s sebou větší zaměstnanost matek, bytovou tíseň, rozpady manželství vzniklých z nahodilých poměrů za

války atd., a to vše měnilo základy dosavadní výchovy dětí a ohrožovalo jejich stabilitu. Hrozivý vzrůst zločinnosti mládeže, zvláště v některých zemích, a větší výskyt psychických poruch u dětí (neuróz, sebevražedných pokusů, kortikoviscerálních poruch) probouzí větší zájem o problém strádajícího dítěte. Konečně se dostává do popředí i otázka miliónů deprivovaných dětí v zemích hospodářsky a kulturně dosud nevyvinutých, které se osvobozují z koloniálního panství: děti hladovějících tělesně i duševně, bez přístřeší a bez oděvu, ale také bez matky a její něžné péče, dětí toulavých, bez řádné výchovy a školního vzdělání.

Otázka psychické deprivace by však přes všechn tento tlak skutečných poměrů sotva vzbudila ve vědě takový zájem, kdyby tu současně nevznikaly ve vývoji vědy samé jisté teoretické předpoklady pro její účinné řešení. Znalosti normálního psychického vývoje a jeho předpokladů v posledních desetiletích dalekosáhle postoupily a umožnily nahradit dřívější sociálně empirický přístup plodnějším zkoumáním z hlediska teorie vývoje osobnosti. Zájem o problematiku dítěte strádajícího neuspokojením základních afektivních potřeb vznikal namnoze ze spekulací autorů psychoanalyticky zaměřených (např. v londýnské Tavistock clinic: Suttie, Edelston, později Bowlby, v USA R. Spitz), ale jejich experimentální práce přinesly mnoho zajímavého materiálu a podnětných úvah i pro čtenáře teoreticky jinak orientované. V tomto směru je mezníkem pro studium psychické deprivace v dětství Bowlbyho monografie »Mateřská péče a duševní zdraví« (Maternal care and mental health) z r. 1951, v níž je shrnut dosavadní výzkumný materiál. Základní teze, které Bowlby vyvozuje z vlastních i cizích výzkumů, lze shrnout takto: Dítě v útlém věku má být vychováváno v ovzduší citové vřelosti a má být připoutáno k matce (nebo k náhradní mateřské osobě) intimním a trvalým afektivním svazkem, který je pro oba zdrojem uspokojení a radosti. Situace, v níž dítě strádá nedostatkem takového afektivního pouta, vede k řadě poruch duševního zdraví, které podle stupně a trvalosti takové deprivace jsou různě těžké a popřípadě nenapravitelné.

Jak Bowlby, tak Spitz i Goldfarb vyzdvihovali hlavně těžké následky dlouhotrvající úplné deprivace s jejich dramatickým průběhem, trvalostí a hlubokým zásahem do struktury osobnosti, jež se pak formuje na úrovni značně opožděné (primitivní) a odchýlené (ve smyslu psychopatického »bezcitného« charakteru, delinkventních sklonů nebo i psychózy). Proti těmto prvním závěrům, jež měly »volat na poplach«

a přitáhnout pozornost odborné veřejnosti k závažnosti dosud přehlížené problematiky, ozvaly se brzy hlasy strážlivější a kritičtější. Ty sice stále uznávaly nepříznivé následky časně deprivace, ale současně zdůrazňovaly, že jen u menšiny dětí se vyvinou hrubé a nezvratné poruchy, že vcelku je obraz velmi rozmanitý a v některých případech skoro normální (Beres a Obers, H. Lewisová, Klackenberg, Roth, du Pan aj.). Bowlby sám ve studii z r. 1956 korigoval své původní stanovisko v tomto smyslu, zároveň však zdůrazňuje, že z praktického hlediska není to nijak důvodem ke spokojenosti a nečinnosti, neboť procento poškozených dětí je i tak dosti veliké a možnost hrubého poškození není nikterak vyloučena.

Po roce 1950 se mocně rozvíjí experimentální psychologické bádání s orientací neurofyziologickou, opírající se zvláště o práce Greya, Waltera, W. Penfielda, H. W. Magouna, J. W. Papeze, J. D. Frenche aj., a s orientací etologickou, navazující opět na K. Lorenze, W. H. Thorpe, F. A. Beache, H. Moltze, J. A. Kinga aj. Další impuls přichází z experimentálních psychologických studií o následcích psychické deprivace při značném omezení smyslových podnětů a při sociální izolaci. Tyto pokusy byly konány poprvé r. 1953 především v laboratořích kanadského psychologa D. O. Hebba a odtud byly přeneseny i na jiná psychologická a psychiatrická pracoviště. Jejich význam pro teoretické ujasnění mechanismu působení psychické deprivace je značný, i když vztah ke klinické problematice strádajících dětí není zatím dost ujasněn. Mimořádný význam přísluší také pracím vycházejícím z klasické pavlovovské teorie podmiňování, ať už jde o experimentální studie na zvířatech (H. Liddell, R. A. Butler), nebo na dětech (J. L. Gewirtz).

Otázka psychického strádání rozvířila, jak je vidět, celou řadu otázek dalších, které jsou nyní předmětem intenzivního studia. Na druhé straně přispěla však již nyní k lepšímu pochopení psychického vývoje člověka. Pozorujeme-li totiž, jaké následky v dalším psychickém vývoji dítěte má nedostatek některých činitelů v jeho časném životním prostředí, a můžeme-li s těmito činiteli experimentálně manipulovat, pochopíme konečně lépe i jejich význam pro normální vývojový proces. V podstatě tkví tedy základní význam koncepce psychické deprivace v novém příspěvku k »věčné otázce« dětské psychologie o relativním vlivu prostředí a zděděného (vrozeného) základu na vývoj dítěte. V tomto smyslu je to nová pracovní hypotéza a současně i nová metoda, která může naše vědomosti v budoucnu ještě značně obohatit.

Pro praxi má pak koncepce psychické deprivace už dnes nesporný

význam. Ovlivnila naše představy o výchově dětí v útlém věku a zasahuje do péče o dítě na všech úsecích — do výchovy dětí v ústavech, v nemocnicích, ba už i v porodnicích, do organizace a plánování dalšího rozvoje péče o dítě i do každodenní případové práce lékaře, psychologa a sociální pracovnice. Vedl-li tento vliv v některých západních zemích k radikálnímu odklonu od ústavní výchovy vůbec a podnítil-li rozvoj výchovy v »náhradních« rodinách, byl u nás vývoj zatím méně překotný. Péče o děti ohrožené deprivací (zvláště děti nemanželské a opuštěné) má v našich zemích dlouholetou tradici, jak se to obráží např. v rozsáhlé a na svou dobu v mnohém pokrokové historii pražského »nalezince«,\*) v josefínském patentu z roku 1787 a v pozdějším zákoně z r. 1921 o postavení nemanželských dětí v cizí péči, v činnosti pražského a pak zemského Pedologického ústavu, později i v činnosti SDÚ atd. Tyto naše vlastní tradice i nové společenské podmínky umožňují dalekosáhle, abychom nových vědeckých poznatků využili co nejúplněji.

---

\* V jeho péči, hlavně ve formě dozoru nad pěstounskou výchovou, bylo podle výkazů z let 1834—1881 každoročně asi 5000 až 8000 dětí (viz A. Epstein, 1882).

### III. TERMINOLOGIE A POJMOVÉ VYMEZENÍ

Skutečnost, že koncepce psychické deprivace není dosud hotova a ustálena, je nejlépe patrna z rozmanitosti termínů, které mají tento pojem krýt a které často vyjadřují už základní teoretický postoj autora. Nejčastěji, zejména v anglosaské literatuře, se užívá názvu »deprivace« (deprivation, popřípadě privation): značí ztrátu něčeho, strádání nedostatkem nějaké důležité potřeby. Nejde tu ovšem o strádání fyzické, ale výlučně o nedostatečné uspokojení základních potřeb duševních (psychická deprivace). Zcela obdobné jsou i další termíny, jež vyjadřují většinou analogii s nedostatkem výživy: psychické hladovění (psychological starvation), psychická karence (carence mentale). Tramer rozoznává dva stupně závažnosti tohoto stavu: duševní podvýživu (inanitas mentis) a již zřetelné chorobné vyhubnutí, jakousi psychickou kachexii (inanitio mentis). Téhož termínu použil už Pfaundler: »psychische Inanition«.

Někteří autoři zužují všeobecné označení podle toho, kterou psychickou potřebu pokládají za nejdůležitější a kterému »nedostatku« přikládají tedy rozhodující vliv při vzniku duševních poruch. Všeobecně se má za to, že dítě ke svému zdravému vývoji v první řadě potřebuje citovou vřelost, lásku. Dostává-li se mu dosti sympatie a citové podpory, pak to vynahradí i nedostatek jiných psychických prvků — např. nedostatek smyslových podnětů, nedostatek hraček, nedostatek výchovy a vzdělání. Základní patogenní význam pro poruchy vývoje a charakteru má tedy nedostatečné ukojení afektivních potřeb: emoční, afektivní deprivace (emotional deprivation — Bakwin, affective deprivation, affect deprivation — Lowrey, emotional starvation, carence émotionelle, Gefühlsmangel). Tam kde autor uvažuje hlavně o nedostatecích smyslových podnětů, mluví naopak o smyslové deprivaci (sensory deprivation). Ještě užší termín volí ti autoři, kteří podstatu deprivace vidí převážně v nedostatku citového pouta dítěte a matky: deprivace mateřské péče (maternal deprivation, carence de soins maternels, privation maternelle, alejamento de la madre, Mutterentzug). Naopak širší rozsah má opět termín »pedagogický deficit«, jehož užívají zvláště sovětští autoři a který vyjadřuje nedostatek výchovy v širším slova smyslu. Nacházíme

však i zúžený protějšek tohoto pojetí, např. v termínu »hrový deficit« (Spieldefizit — F. Schneerson), jímž je vyjádřen současně předpoklad, že hlavní výchovnou potřebou v dětském věku je hra a že nedostatek příležitosti ke hře vede často k vývojovým poruchám.

Řada názvů vyjadřuje specifické okolnosti, za nichž k psychickému strádání dochází. Sem patří souhrnná označení »děti bez rodin«, opuštěnost, bezprizornost, odloučení od matky a především starší termín »hospitalismus«, neboť na dětech v nemocniční a ústavní péči byly poruchy tohoto druhu pozorovány nejdříve a nejsoustavněji. I zde však nutno odlišit psychický hospitalismus od hospitalismu infekčního a hospitalismu s příznaky tělesného poškození. Ačkoliv termín »hospitalismus« označuje původně jen škody způsobené ústavní nebo kolektivní výchovou (Pfaundler-Ibrahim: »Massenpflegschaftsschaden«), je v dalším vývoji pojat velmi široce jako každé »prostředím zaviněné poškození tělesného a duševního vývoje dítěte« (Ströder—Geislerová).

Konečně se některé termíny týkají spíše následků psychického strádání: mluví se o vývojovém opoždění z vnějších příčin (environmental retardation — Gesell—Amatruda), jindy o osamělosti dítěte (loneliness — Bakwin), o chřadnutí (Verkümmerung — Köttgen), o stesku po domově (Heimweh — Nitschke), o separační úzkosti, jindy zase o zanedbanosti, eventuálně ohroženosti atd.

Rozmanitost těchto termínů, které mají konec konců vyjadřovat touž skutečnost, svědčí nejlépe o »zmatení jazyků« v této oblasti psychologie a psychiatrie. Co horšího však, autoři často všechny tyto názvy zaměňují, ač jejich prvotní význam je tu širší, onde zase užší, leckde přesahuje význam jiný a téměř vždy je jen nedostatečně vymezen. Tak například slovo »hospitalismus«, kterého mnozí autoři užívají jako synonyma pro psychickou deprivaci, se s tímto pojmem kryje zajisté jen částečně. Na jedné straně omezuje situace, za nichž ke strádání dochází, jen na ústavní (vlastně jen nemocniční) prostředí — na druhé straně nevystihuje fakt, že ústavní situace přináší s sebou i jiné vlivy než deprivaci (větší možnost infekcí, změnu režimu, nedostatek spánku, zvýšení konfliktních příležitostí při životě v kolektivu atd.), ba ani tu možnost, že za optimálních podmínek nemusí k deprivaci v ústavech vůbec docházet. Podobně je tomu při každém odloučení dítěte od matky, takže opět nelze klást rovnítko mezi »separací« a deprivací. Je vůbec zřejmé, že termíny vymežující pojem jen určitou specifickou situací nebo jen jistými příznaky jsou pro psychologickou teorii málo vhodné a že je třeba dát přednost termínům obecnějším a lépe vyja-

dřujícím psychologickou podstatu jevu. Z tohoto důvodu dáváme přednost termínu »psychická deprivace« nebo v českém překladu »psychické strádání« (jinak by bylo možno mluvit též o poruchách z psychického nedostatku).

Je až překvapující, jak málo autorů se pokouší přesněji definovat pojem »psychické deprivace«. Důsledkem pak je, že se ho užívá libovolně k výkladu všech možných poruch ve vývoji a chování dítěte a že se opomíjí nutnost podrobné analýzy lékařské i psychologické. Dochází se tak — jak vytýká prof. Heuyer — k »haraburdí slovních výkladů bez většího praktického významu«. I když vymezení pojmu psychické deprivace je za dnešního stavu vědomostí o tomto předmětu jistě obtížné, přece je nutné se o ně pokusit a dohodnout se aspoň na jisté pracovní definici.

Naznačili jsme už, že definice příliš úzké a omezené jen na některé situace a příznaky nevyhovují. Na druhé straně sotva nás uspokojí definice příliš široké, například definice Clarkeových, kteří za deprivaci pokládají »každou zevní událost nebo konstelaci událostí, které významně překážejí normálním vývojovým procesům dítěte a které tak nepříznivě ovlivňují jeho mentální a fyzický stav«. I přepjatá, rozmazlující láska rodičů, jejich nedůslednost, nejednotnost v postojích, náladovost a různě zastřený nepřátelský postoj rovněž »významně překážejí normálnímu vývoji dítěte«, a přece je sotva budeme moci označit za deprivaci. Nazveme-li každý škodlivý vliv prostředí »deprivací«, je to pak pojetí tak široké, že pozbývá všeho významu.

Podstatě věci jsou blíže ty definice, které vycházejí z analogie psychické a biologické karence. Podobně jako vznikají závažné poruchy z celkového nedostatku výživy, z karence bílkovin, vitamínů, kyslíku apod., mohou vznikat i závažné poruchy z nedostatku psychického — z nedostatku lásky, stimulace, sociálního styku, výchovy apod. V obou případech dochází k jistému celkovému nebo parciálnímu hladovění a následky — ať už je jejich mechanismus jakkoliv rozdílný — se projeví chřadnutím, oslabením, ochuzením organismu. Toto pojetí také implicitně rozlišuje toxické poruchy a jiné poruchy vývoje od poruch karencních jak v biologickém, tak v psychologickém smyslu.

Nejbližší tomuto pojetí je Hebbova definice deprivace jako »biologicky adekvátního, ale psychologicky restringovaného prostředí«. Výraz »restrikce« znamená tu zřejmě tolik jako kvantitativní ochuzení, čímž se z Hebbova neobehavioristického stanoviska rozumí nedostatek určitých

prvků prostředí — podnětů vůbec, nebo podnětů určitého druhu, nebo podnětů jistým způsobem strukturovaných, které jsou nezbytné k normálnímu vývoji a udržování psychických funkcí. Stále však zbývá vymezit blíže, které prvky prostředí jsou psychologicky tak významné, že jejich nedostatek především určuje následné poruchy. Z dynamického hlediska bude proto lépe mluvit o kvantitativně nedostatečném nasycení potřeb organismu.

Naše pojetí můžeme po těchto úvahách vyjádřit nejspíše touto definicí:

»Psychická deprivace je stav vzniklý následkem životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.«\*

Přítomnost nějaké potřeby projeví se nejprve jistou pohotovostí organismu, popřípadě při její »aktivaci« celkovým neusměrněným neklidem nebo napětím, jež je jakousi pružinou k jednání, které má zajistit nasycení. Najde-li se cíl, který slibuje uspokojení potřeby sám o sobě nebo jako prostředek k dosažení konečného cíle, zaměřuje se napětí k tomuto cíli, jednání organismu ztrácí svou rozptýlenost a usměrňuje se. Nezáleží na tom, zda toto usměrnění k cíli (hodnotě) je vrozené (»instinktivní«) povahy, nebo je-li naučené, získané zkušeností. Dosáhne-li organismus konečného cíle, je potřeba nasycena a rovnováha je opět dosažena. Je-li však ukojení potřeb trvale nedostačující, dochází k »vyhladovění« organismu a rovnováha se ustavuje na nižší hladině (podobně jako je nižší metabolická úroveň dystrofií).

Naše definice psychické deprivace je dosti široká, aby dovolovala postřehnout společný podklad psychických poruch vznikajících za různých klinických deprivacních okolností (v ústavě, v rodině, ve škole, u zdravého i defektního dítěte) a projevujících se různými příznaky. Ponechává také dalšímu studiu, aby určilo, které psychické potřeby jsou zvláště silné v určitém vývojovém období dítěte a které jsou ty, jejichž nedostatečné nasycení je zvláště škodlivé. Zatím neumíme spolehlivě vyjmenovat a klasifikovat potřeby dítěte na různém stupni vývoje, ale máme za to, že v tom není hlavní obtíž. Naopak je naděje, že právě takováto koncepce deprivace poskytne nám nový slibný metodický pří-

\*) Definice mluví ovšem jen o psychických potřebách, nikoliv o hmotných — biologických — potřebách, které mohou, ale nemusí být zároveň přiměřeně uspokojeny. Uvedená definice Hebbova je tedy užší, podobně jako spíše klinická definice H. Lewisové, která za deprivované dítě pokládá to, jehož hmotné potřeby jsou dobře uspokojeny, ale jehož potřeba rodičovské afekce je neuspokojena.

stup k poznání těchto potřeb a k poznání jejich relativní významnosti v utvářející se psychické struktuře dítěte a v osobnosti dospělého.

Naše pojetí deprivace je blízké pojmu »frustrace«, není s ním však docela shodné a nemělo by s ním být zaměňováno. Frustrace bývá rovněž rozmanitě definována — jako »nemožnost (blokování) uspokojit aktivovanou potřebu pro nějakou překážku nebo obstrukci« (Symonds), jako »stav napětí závislý na zablokování cesty k cíli« (Murphy) nebo jako taková situace, kdy »organismus se setkává s víceméně nepřekonatelnou překážkou či obstrukcí na své cestě za ukojením nějaké vitální potřeby« (Rosenzweig). V nejširším slova smyslu zahrnuje tedy »frustrace« i situace vlastní deprivace, jestliže k nemožnosti ukojení dochází »primárně« při pouhé přítomnosti potřeby i nezaměřené dosud na cíl — jinými slovy: jestliže je nemožné ukojit potřebu vůbec, a ne snad, jestliže ji nelze ukojit jen jedním způsobem či jednou cestou. Naproti tomu se většina studií o frustraci týká (jak to také lépe odpovídá uvedeným definicím) ukojení »aktivované« potřeby (aroused need), zaměřené už na cíl. Je jasné, že deprivace je pak stavem daleko závažnějším a těžším než frustrace v tomto užším smyslu. Konkrétně na příkladu: K frustraci dochází v pokusech i ve skutečnosti, je-li dítěti odňata jeho oblíbená hračka a dá-li se mu možnost hrát si s něčím, co se mu méně líbí, ač se dívá na něco, co je láká mnohem víc. K deprivaci však dochází, není-li dána dítěti vůbec příležitost hrát si (po dosti dlouhou dobu) a nemůže-li uspokojit svou přirozenou potřebu činnosti a hry. Máme za to, že toto pojmové odlišení je důležité, přestože ve skutečnosti bude někdy obtížné rozlišit obojí stavy přesně. (Tak např. chování dítěte po separaci od rodičů možno nejprve chápat jako projevy frustrace a později pak jako přímé následky deprivace.)

Stejně tak nesměšujeme psychickou deprivaci s konfliktem, i když opět i zde se v klinických situacích obojí leckdy prolíná a i když na bázi situací primárně deprivacních mohou vznikat i zřetelné konfliktové stavy. Konfliktem rozumíme zpravidla speciální typ frustrace, kdy překážka zabraňující ukojení aktivované potřeby (pohnutky) je dána ve formě jiné protisměrné pohnutky. V konfliktu je tedy organismus hnán silami směřujícími k různým cílům, jež oba lákají a přitahují, anebo je k těmto cílům i přitahován i od něho odpuzován. Tramer vysvětluje, jak se na podkladě deprivace (citové podvýživy) může vyvinout konfliktní stav u dítěte. Hladoví-li dítě po lase a marně se snaží ji získat, vyvine se u něho nejprve pocit jisté prázdnoty, neuspokojení, nedostatku něčeho potřebného — potom snad i pocit hněvu a zášti vůči

matce či otci, kteří mu toto uspokojení odpírají. Tak vzniká konflikt mezi pohnutkou rodičům uškodit, potrestat je nebo i odstranit a mezi původní pohnutkou milovat je, najít u nich bezpečí a prokázat jim dobro, jak to vyplývá z primární neoslabené potřeby lásky.

Od pojmu deprivace odlišujeme konečně pojem zanedbanost, čímž rozumíme spíše vnější vlivy, které nenarušují přímo duševní zdraví a neohrožují normální vývoj dítěte. Zanedbané dítě vyrůstá obvykle v primitivním prostředí, s nedostatečnou hygienou, s nedostatečným dohledem nad svým chováním, bez vhodných vzorů vyspělého chování, eventuálně s nedostatečnou příležitostí ke školní výuce, může být však rozumově a zejména citově zcela přiměřeně vyvinuto. Nemusíme u něho tedy najít známky citového chřadnutí ani neurotické nebo jiné poruchy — naopak, může být — zvláště v praktickém sociálním životě — zcela rovnocenné ostatním dětem nebo je i převyšuje. Psychicky deprivované dítě však roste často v prostředí hygienicky vzorném, má dokonalé ošetření i dohled, ale jeho rozumový a zvláště citový vývoj je vážně narušen. Proto tak snadno dochází k paradoxu, že dítě »zanedbané« je odňato z rodiny a umístěno v ústavu, kde se odstraní zanedbanost, ale kde současně hrozí nebezpečí, že se vytvoří deprivací syndrom prognosticky nesporně horší. Ovšem ani v tomto směru nejsou hranice mezi oběma stavy zpravidla dost ostré a ve skutečnosti většina dětí zanedbaných je současně i deprivována, jak dále ukážeme.

Jestliže se v dřívějších studiích o neurózách za jediný zdroj jejich vzniku pokládaly konflikty a jediný původ mravní zpustlosti a delinkvence se hledal v zanedbanosti, pak by z novějších prací mnohých autorů mohl vzniknout dojem, že jediným pramenem všech psychogenních poruch je deprivace. Nemůžeme ani dost zdůraznit nesprávnost takového názoru. Vedle deprivace, opakovaných frustrací a konfliktů jsou patrně i jiné psychologické okolnosti, na jejichž podkladě se mohou poruchy chování a vývoje rozvíjet — např. přetížení podněty nebo zásobení zkomolenými podněty (sensory overload, sensory distortion), zájmové přesycení apod. K ujasnění vzájemného vztahu všech těchto — a ovšem i dalších — psychogenních činitelů bude třeba vynaložit mnohem více námahy než dosud.

## IV. METODOLOGICKÝ PŘÍSTUP

---

Kritický čtenář, který přistupuje k velikému počtu studií o psychické deprivaci, položí si dříve či později otázku o věrohodnosti předkládaných tvrzení a o správnosti závěrů, které jsou z nich vyvozeny. Shody, které u četných autorů nachází, posilují jeho důvěru ve správnost některých obecných tvrzení. Čím určitější však klade otázky, tím rozdílnější dostává odpovědi. Ptá se tedy po příčinách těchto rozdílů a hledá cesty, jak jednotlivé nesrovnalosti vyjasnit. Tak se dostává k otázce metod, která má pro další pokrok na tomto úseku ústřední význam.

Klinické práce, které jsou východiskem našich dnešních představ o psychické deprivaci, lze snad nejvhodněji třídit podle toho, jak se v nich uplatňuje časový faktor. Metody, kterých lze užít, jsou podobné jako při sledování vlivu jakékoliv noxy působící z prostředí na vývoj a chování organismu.

1. *Přímé pozorování chování dítěte* v období působení deprivace — ať už na jejím začátku, nebo kdykoliv později v jejím průběhu. Jde tu zpravidla o pozorování jednorázová, omezená na jistý nevelký časový úsek a zaměřená ke zjišťování bezprostředních následků. Metodologicky nejjednodušší jsou například četné studie o reakcích dětí na odloučení od rodiny a o jejich stavu za pobytu v ústavu. Nejznámější z těchto studií pocházejí od anglického a francouzského týmu pracujících za podpory C. I. E. (Robertson-Bowlby, Roudinescová-Davidová-Nicolasová, 1952) na otázce bezprostředních reakcí dětí ve věku 12 až 24 měsíců na separaci od matky. Podobná pozorování konal ve Spojených státech například Prugh a kol., v Německu Harnach-Oberschelpová, u nás Damborská, Tautermannová, Šrp, Langmeier (většinou na dětech přijatých do nemocnice).

Některé z těchto studií uvádějí jednotlivé kasuistiky, zpravidla přesně a podrobně popsané, jiné pracují s většími soubory případů a výsledky zpracovávají statisticky. Zachyceno bývá chování dětí určitého věku v deprivacní situaci a porovnává se zpravidla s chováním dětí téhož věku v jiné — kontrolní — situaci. Nejčastěji je srovnáváno chování a vývoj dětí ústavních s vývojem a chováním dětí vychovávaných

doma nebo v pěstounských rodinách (Spitz-Wolfová, Levyová, Gindlová-Hetzerová-Sturmová, Burlinghamová-Freudová, Simonsen, Roudinescová-Appellová aj.) a dětí vychovávaných v různých druzích jeslí, denních — týdenních — trvalých (Meszárošová-Jurčová) apod. Takovouto metodou příčných průřezů lze na dostatečně početných souborech získat cenné informace.

Základní nedostatek těchto metod je však v tom, že neposkytují podklad k hodnocení trvalosti pozorovaných odchylek v chování a k předvídaní dalšího vývoje, což je nakonec cílem každého vědeckého bádání a v našem případě má zvláštní důležitost, neboť chceme upravovat životní podmínky dětí tak, aby další jejich vývoj probíhal co nejpriznivěji. Proto je nutno metody bezprostředního pozorování doplnit metodami dalšími.

2. *Retrospektivní (anamnestické) metody* vycházejí z výběru dětí nebo dospělých s jistými poruchami chování a hledají výskyt deprivace v jejich anamnézách. Tak J. Bowlby hledal časnou deprivaci v anamnézách psychopatů se sklonem ke krádežím, L. Benderová, C. J. Carey-Trefzerová, u nás Langmeier-Konias-Dolejší aj. studovali výskyt ústavní výchovy nebo výchovy v neúplných rodinách v anamnézách pacientů dětských psychiatrických léčeben a poraden. Berg a Cohen (1959) studovali výskyt separací v anamnézách dospělých schizofreniků atd.

Nedostatkem retrospektivních metod je především to, že už předem vylučují případy, které se za týchž podmínek vyvíjely normálně, a samozřejmě i případy, které se nikdy do psychiatrické evidence nedostaly. Tento nedostatek nelze dobře odčinit ani tím, že se zjistí výskyt podobných deprivacních podmínek ve výběru dětí s normálním chováním, neboť není zpravidla známo, jak velkou část populace tvoří děti se zjištěnými poruchami chování, nehledě ani k ostatním okolnostem výběru (např. to, že se do psychiatrické péče z pochopitelných důvodů snáze dostávají děti ústavní než děti z rodin, třeba i jejich porucha byla stejně závažná).

3. *Anterospektivní (katamnestická) metoda* do značné míry odčínuje tyto nedostatky, neboť volí postup opačný: faktor prostředí (deprivace) se tu volí jako základní nezávislá proměnná, chování se sleduje jako závislá proměnná. Badatel vybere např. všechny děti, které byly před časem v ústavní péči po určitou dobu a zjišťuje jejich dnešní chování. Psycholog W. Goldfarb užil této metody v řadě pečlivých a dobře do-

kumentovaných prací: studoval např. děti 10leté až 14leté, které od věku asi 6 měsíců až do 3,6 roku žily v ústavu a později v pěstounské péči, a srovnával je s dětmi stejného věku, pohlaví a původu, které však žily v pěstounské péči od nejtěplejšího věku. Podobně J. Bowlby se spolupracovníky studoval skupinu školních dětí (mezi 6. až 14. rokem), které byly před svým čtvrtým rokem nějaký čas hospitalizovány v sanatoriu pro plicní tuberkulózu.

I když tato metoda je daleko průkaznější, přece má i ona řadu omezení. Hlavní nedostatek tkví v tom, že se dnes studují následky událostí, jejichž okolnosti známe povšechně a jejichž přesný průběh, zejména z psychologického hlediska nemůžeme už zjistit.

4. *Podélné (průběžné, longitudinální) studie* jsou proto nejslibnější, ale ovšem také nejnáročnější metodou pro budoucí výzkum v této oblasti. Začínají přímým pozorováním bezprostředních projevů uvedených v chod danou situací a sledují systematicky další psychický vývoj těchto dětí po jistou dobu. Naskytá se otázka, jak dlouhé doby vyžaduje pozorování dítěte, aby mohlo být pokládáno za pozorování »podélné«. To záleží zřejmě na účelu studie: Spitz definuje jako longitudinální takovou studii, která zahrnuje období dostačující k objevení významných změn v subjektu — a pokládá 2 až 3 měsíce v prvním roce za dostačující. Jde-li nám ovšem o vývoj dětí během jejich prvního roku, pak ovšem už tato doba nedostačuje, jak správně namítá Pineau. Pro určení vlivu deprivace na charakter a osobnost bude třeba podélně sledovat děti od útlého věku v období deprivace až do adolescence, popřípadě i dále do dospělosti. Takovýchto studií zatím není — nové výzkumné projekty by se měly do budoucna plánovat na tomto podkladě. Jistým přiblížením k tomuto cíli by mohly být přesné údaje v protokolech pediatra a psychologa při systematicky opakovaných periodických prohlídkách ohrožených dětí.

Podélné studie narážejí ovšem na určité obtíže — děti se stěhují, ztrácejí z evidence, umírají, rodiče odmítají spolupracovat apod., takže se sledovaný vzorek nutně mění. Hodnocení nelze provádět tak jako při studiích příčných, ale spíše superpozicí individuálních vývojových křivek. I statistické zpracování je obtížnější.

Chceme-li lépe pochopit dynamickou povahu deprivčních příznaků a jejich mnohočetnou závislost na zevních i vnitřních činitelích, musíme v budoucnu *studovat jednotlivé případy* daleko intenzivněji, v delším časovém průběhu a s informacemi co možná nejúplnějšími. V tomto smyslu klade důraz na nutnost takového výzkumu jednotlivého pří-

padu náš pracovník J. Srnec (1961) a poukazuje na nepostačitelnost »extenzivních« výzkumů na početných souborech.

Hlavní obtíží všech klinických studií je početnost biologických a sociálních faktorů, které lze jen nesnadno oddělit a jejichž vliv na chování a vývoj dítěte nelze dobře zvážit. Tak například sotva zajistíme výběr tak ideální, aby separační prožitek byl jediným nepříznivým činitelem vyvolávajícím emoční odezvu u dítěte: dítě odloučené od matky přichází zpravidla i do jiného prostředí, bývá nemocné, podrobuje se řadě zákroků a změně režimu, ocítá se v kolektivu neznámých dětí a dospělých atd. Ainsworthová a Bowlby ukazují, že lze tomuto nedostatku čelit zčásti tím, že studujeme různé skupiny dětí, kde separace je sdružena pokaždé s jinými okolnostmi, takže společné následky lze pak nejspíše připisovat vlivu separace samé. Ale jsou i další faktory — hereditární, vrozené, kulturní, sociálně ekonomické, které působí souhlasně v různých kombinacích a které určují chování a vývoj dětí měrou někdy těžko zjistitelnou. Nedostatečné sledování těchto činitelů je slabinou i mnohých předních studií, např. Spitzových (viz Pinneau), avšak při dobrém plánování práce lze je aspoň zčásti podrobit rozboru (např. v Mershamském »experimentu« Hildy Lewisové). Mnohé práce chybují hned na začátku při výběru srovnávaných skupin, které se liší v mnoha nedefinovaných činitelích. Jindy chybí docela kontrolní skupina, takže závěry se dělají pouze na podkladě předpokládané normy.

Řada studií se vyznačuje velmi *detailní pozorovací metodikou*. Dítě bývá pozorováno přímo jedním nebo i více pozorovateli, pozorování bývá přesně protokolováno a popřípadě i doplňováno filmovým záznamem, který dovoluje podrobnou kinematoanalýzu. Užití hodnoticích škál nebývá tu však vždy dost obezřelé: je nutno pamatovat na to, že jsou příliš subjektivní a nespolehlivé, jestliže je nehodnotí navzájem nezávisle examinační neznalí hypotézy. Psychický vývoj dětí bývá sledován některou z metod používaných v klinické praxi (Gesell, Bühlerová, Cattellová). Nutno však připomenout, že ani tu nebývají všechny studie vždy dost přesné. Hodnota těchto metod je totiž velice závislá na způsobu užití, na správném a opakovaném předkládání úkolů, na klinické zkušenosti vyšetřujícího, na jeho dobrém kontaktu s dítětem apod. Mnozí autoři na to poukázali velmi zevrubně (Gesell, Aubryová) a zdůraznili, že na tom závisí prognostická hodnota této pozorovací metodiky (H. Knoblochová), jež je ostatně mnohem vyšší, než jak se ještě nedávno předpokládalo.

Uvedené obtíže klinických studií vedly experimentální psychology

a fyziology k řadě studií, které by *pokusnou metodikou* mohly lépe oddělit jednotlivé činitele. Poměrně nejlépe je to ovšem možné na zvířatech — o těchto pracích referujeme na jiném místě. Závěry, které z takových experimentálních prací vyplývají, jsou jistě závažné a v mnohém přispívají k pochopení deprivačního působení. Nicméně přenášet tyto závěry do klinické praxe lze jen s velkou opatrností, neboť psychické projevy dítěte jsou daleko složitější a tvárnější než u zvířete. Také experimenty se senzoricou deprivací u dospělých osob mají jen vzdálenou podobnost se skutečnou psychickou deprivací v dětství. Rozhodující experimenty tohoto druhu u dětí samých nelze ovšem z etických důvodů provádět. Tzv. »přirozené experimenty« s extrémní sociální izolací v primitivních nebo kriminálních podmínkách jsou sice běžné klinické deprivaci bližší, ale k tomu, abychom je mohli uznat za skutečný experiment, jim chybí zpravidla přesná kontrola všech podmínek.

Experimentální studie a klinické práce se tedy vzájemně doplňují, ale nenahrazují. Despekt, kterým častují experimentální psychologové a fyziologové klinické pracovníky, není jistě oprávněn a názor, že klinické studie nejsou metodicky dost spolehlivé, a že se tedy s praktickými opatřeními má počkat, dokud základní výzkum dosti nepokročí, je neudržitelný. Předně fakt, že mnoho dětí intenzívně strádá v jistých podmínkách výchovy, je možno pokládat za nesporně prokázaný a vyžaduje opatření bez odkladu. Za druhé shody, které v jednotlivých pracích nacházíme, jsou v některých zásadních bodech takové, že musíme jejich závěry brát jako nejvyš pravděpodobné, přestože žádná z prací sama o sobě nevyhovuje všem požadavkům exaktní experimentální metodiky. (Ostatně samotná přesnost experimentálních studií je někdy jen zdánlivá a závažnost vyvozovaných závěrů značně kolísavá.) Zdá se, že nejvhodnější způsob spolupráce klinika s experimentálním výzkumníkem je tam, kde východisko výzkumného plánu úzce navazuje na předběžné závěry klinika. Ten zpravidla první objevuje problém, prošetřuje složitý terén a ze svých nálezů klade otázky po možném vysvětlení. Experimentální pracovník pak plánuje vhodný pokus, který by mohl přinést odpověď na položené otázky. Klinik jeho závěry opět srovnává se svými zkušenostmi a sám dedukuje ze svého materiálu. Budoucí práce v této oblasti musí proto daleko více koordinovat klinický a experimentální výzkum, který bude muset přejít od pouhých všeobecností, dnes — jak soudíme — již dostatečně prokázaných, k zaměřenějšímu sledování problému.

## V. KLINICKÉ OKOLNOSTI DEPRIVACE

---

Konkrétní situace, za nichž dochází nejčastěji k psychické deprivaci dítěte, mohou být velmi rozmanité a složité. Vedle vlastního nedostatku příležitosti k ukojení základních potřeb uplatňují se v nich různou měrou i různé formy hygienického, výživového a sociálního zanedbání, abnormální traumatizující postoje dospělých, různé konfliktní situace apod. Užíváme-li tedy pojmu deprivace v běžné klinické práci, musíme si být vědomi této skutečnosti, na niž často — jak jsme uvedli — kriticky poukazují experimentální psychologové. Máme nicméně za to, že vztahovat pojem deprivace na jisté typické situace v životě dítěte je oprávněno nejen z hlediska čistě praktického, ale i teoreticky. Předně nás rozbor podmínek v jednotlivých případech vede k přesvědčení, že závažnost poškození sotva může být vysvětlena jinými činiteli. Za druhé svědčí pro tento vliv rozmanitost jednotlivých situací, v nichž deprivace je jedinou společnou podmínkou uplatňující se ve vzniku obdobných závažných poruch.

Není snadné utřídit všechny typy přirozených situací, které bychom mohli pokládat za významné zdroje deprivace, a sotva můžeme za dnešního stavu vědomostí navrhnout klasifikaci skutečně psychologickou — tj. podle druhu potřeb, které především zůstávají chronicky nespokojeny. Pro praxi zatím zůstává nejdůležitějším čistě empirické třídění na určité typy společenských podmínek, v nichž děti nejčastěji psychicky strádají. Jsme si vědomi toho, že mezi jednotlivými kategoriemi jsou četné přechody, že často totéž dítě strádá několika formami deprivace postupně nebo i zároveň a že tíže a druh deprivčního působení jsou i uvnitř jednotlivých typů plynule odstupňovány. Třídění, které dále podáváme, je tedy především diktováno potřebami praxe a nečiní si nároku na úplnost a definitivnost. Přesto je — jak se domníváme — pokrokem proti původnímu ztotožňování deprivace s jedinou situací ústavní výchovy.

### 1. EXTRÉMNI SOCIÁLNÍ IZOLACE

Psychické potřeby dítěte jsou bezpochyby nejvíce uspokojovány jeho každodenním stykem se sociálním prostředím. Proto jistě

nejkrajnějším případem psychické deprivace jsou ty situace, kdy dítě vyrůstá úplně nebo téměř úplně bez lidské společnosti. Starší dítě může již — jako Robinson — svými vlastními silami uhájit alespoň holou existenci a přežít nějaký čas. Malé dítě je však odkázáno v naplnění svých biologických potřeb na cizí pomoc, která je mu v těchto zvláštních případech poskytnuta v krajně omezené míře buď lidmi, nebo — jak se předpokládá — zvířaty. Zájem o tyto případy opuštěných, zbloudilých, zdivočelých nebo přímo »vlčích« dětí je starého data. Pomíne-li různé zkazky a zprávy starověkých a středověkých kronikářů (Herodot, Livius, Salimbene), najdeme mnoho filosofických a pedagogických úvah o tomto předmětu v době humanismu a pak opět v době osvícenské (Rousseau, Herder aj.).

J. Á. Komenský ve své Velké didaktice v kapitole VI., v níž dokazuje, že »má-li se člověk státi člověkem, musí být vzděláván«, uvádí dva velmi pěkné příklady takovýchto »vlčích dětí«, opíraje se při tom o zprávy jiných humanistů, kteří byli současníky popisovaných událostí. Píše: »Jsou příklady, že někteří lidé, kteří byli v dětství uchvázeni dravými zvířaty a mezi nimi vychovávaní, nevěděli nic víc než divoká zvířata, ba že ani jazykem, rukama, nohama nic odlišného od zvířat nedovedli, leč až zase pobýli nějaký čas mezi lidmi. Kolem r. 1540 se v nějaké vsi hessenské, ležící uprostřed lesů, stalo, že tříletý hoch se ztratil nedbalostí rodičů. Po několika letech viděli sedláci mezi vlky pobíhat jakési zvíře rozdílné, čtyřnohé, tváří však se podobající člověku. Když se o tom roznesla pověst, místní představený jim kázal, aby hleděli, zda by bylo nějak možno chytit je živé. Bylo tehdy chyceno a přivedeno k představenému, a konečně i k lankraběti do Kasselu. Když je přivedli do knížecího dvora, vytrhlo se, uteklo a schovalo se pod lavici, hledíc divoce a vydávajíc škaredé vytí. Kníže kázal chovat je mezi lidmi; když se to stalo, zvíře znenáhla zkrotlo, potom se zdvíhalo na zadní nohy a chodilo po dvou, konečně pak začalo rozumně mluvit a stávat se člověkem. A tu vypravoval, pokud se mohl pamatovat, že jej vlci uchvátili a vyživilí a potom že s nimi chodíval na lov... R. 1563 ve Francii několik šlechticů si vyšlo na hon, a zabivše dvanáct vlků, chytili konečně do osidel hochu sedmiletého, nahého, pleti žluté a kadeřavých vlasů. Nehty měl zkřivené jako orel, nemluvil nic, ale vyražel jakési divoké řvaní. Když jej donesli na zámek, stěží mu dali pouta, tak divoce si vedl; avšak když byl několikadenním hladem zmořen, začal krotnout a v sedmi měsících mluvit. Byl voděn po městech na podívanou k nemalému zisku svých pánů. Konečně poznala jakási chudá žena, že je to její syn.« Potud Komenský — a i když je pochybné, že by se první chlapec rozpomněl po letech na události ve svých třech letech, a i když »poznání« matky v druhém případě mohlo být motivováno právě ziskem, který tento zvláštní případ svým pánům přinášel, uvedené popisy se v mnoha bodech pozoruhodně shodují s věrohodnějšími a lépe dokumentovanými zprávami z nedávné doby.

Linné v 1. svazku svého *Systema naturae* (1767) cituje deset případů »divokého člověka« (*homo sapiens feras*) s charakteristickou trias

mutus, tetrapus, hirsutus (němý, čtyřnohý, porostlý vlasy). Z pozdější doby pochází kritický přehled antropologa Blumenbacha (1811) a A. Raubera (1885), nejnověji pak tuto problematiku zpracoval profesor antropologie v Denveru *Robert M. Zingg*, který ve své práci (1940) uvádí 31 relativně věrohodných případů. Podle podmínek, za nichž dítě vyrůstá, je možno tyto případy dále třídit: a) děti, které utekly nebo byly vyhnány do divočiny a přestály tam vlastními silami, b) děti, které byly zavlčeny a přestály s pomocí zdomácnělých nebo divokých zvířat, c) děti, které jsou živeny lidmi, ale jinak zcela izolovány od lidské společnosti většinou zločinnými nebo choromyslnými rodiči.

*Ad a)* První skutečně vědecká zpráva o »zdivočelém dítěti« týká se »divokého hochy aveyronského«, který byl r. 1799 ve věku asi 12 let nalezen nedaleko Aveyronu v jižní Francii lovci. Předpokládalo se, že se ztratil nebo zaběhl do lesů a žil tam jako divá bytost; lezl po stromech, živil se lesními plody, nemluvil a měl zvířecí chování. Lékař a učitel hluchoněmých *J. M. G. Itard* ujal se chlapcovy převýchovy s velkým úsilím, ale s malými výsledky: hoch ztratil sice zvířecí vzhled a chování, stal se z něho milý člověk, ale naučil se jen velmi malému počtu slov a intelektově zůstal na velmi primitivní úrovni. Dožil se 40 let. Vynikající francouzský psychiatr té doby *Pinel* prohlásil chlapce za idiota. Proti tomu však vyvstává vážná námitka, že totiž chlapec měl přece jen dostatečnou inteligenci, aby uhájil v divočině svou existenci bez cizí pomoci.

Obdobný případ, zajímavý i tím, že pochází z našeho území, uvádí *Michael Wagner* v I. díle své »Filosofické antropologie« (1794). Ve Spišském komitátu nedaleko haličských hranic našel polodivokého člověka »Tomka«. Při objevení byl asi 30 let starý a do té doby žil v lese, kde se živil kořínky a syrovým masem, v zimě přespával po kůlnách a v chlévech. Od lidí potravu přijímal, jinak se jim však vyhýbal. Neuměl mluvit nic než »ham« a toto slovo provázel posuňkem chňapnutí. Autor popisu vzal ho do svého domu a podrobil převýchově. Brzy začal Tomko rozumět posuňkům druhých lidí, pak i jejich řeči, nakonec se naučil sám mluvit slovensky a rozumět i německy. Jeho řeč však byla zvláštní: např. »vojá-kem« nazýval každého, kdo měl cop. »Šimon a Jidáš« značil pro něho sníh, protože »v tu dobu obyčejně u nás sněží«. Uměl dát často nečekaně případnou odpověď, ale nenaučil se nikdy počítat ani odříkat z paměti modlitbu — prováděl drobné domácí práce a posílky, a to horlivě a přesně. Zajímavé (a obdobné popisům ostatních »divokých« lidí) je konstatování, že se u něho neprojevovaly žádné sexuální tendence. Pokroky, které učinil, přivedly autora popisu k případnému závěru, že »nejde o slabomyslnost nebo šílenství, nýbrž o divokost vzniklou ze zanedbání«.

Z novější doby uvádí *R. Zingg* historii zdivočelého chlapce (»Tarzanito«), nalezeného ve věku asi 5 let v tropických džunglích Střední Ameriky, kde se prý živil lesními plody a syrovými rybami, spal v jeskyních a na stromech. Ani on ne-

mluvil, vydával jen pronikavé skřeky, výtečně lezl po stromech, bránil se obratně proti chycení a opakovaně utekl. Nakonec však byl vychován v příjemného chlapce, naučil se mluvit a prospíval ve škole. Historie však zůstává neúplná, pokud jde o to, jak se chlapec do lesů dostal — je totiž pochybné, zda by v tak útlém věku mohl vskutku sám přežít. Celá řada podobných, i když snad méně těžkých případů starších dětí žijících osamoceně v přírodě bez lidské společnosti je uváděna z dob po těžkých válečných rozvratech — z dob válek napoleonských i z dob občanských válek v Rusku, Španělsku a Číně. Porůznu se vyskytují i zprávy o dospělých »zdivočelých« lidech, kteří zabloudili v pralesích nebo ztroskotali na osamělých místech a při setkání s lidmi upadli v panickou úzkost a nepřičetný afekt (akutní psychóza?).

Styk s lidskou společností je tedy — jak ukazují i jiná pozorování — potřebný nejen pro rozvoj osobnosti, ale i pro udržování její stability a harmonické výstavby.

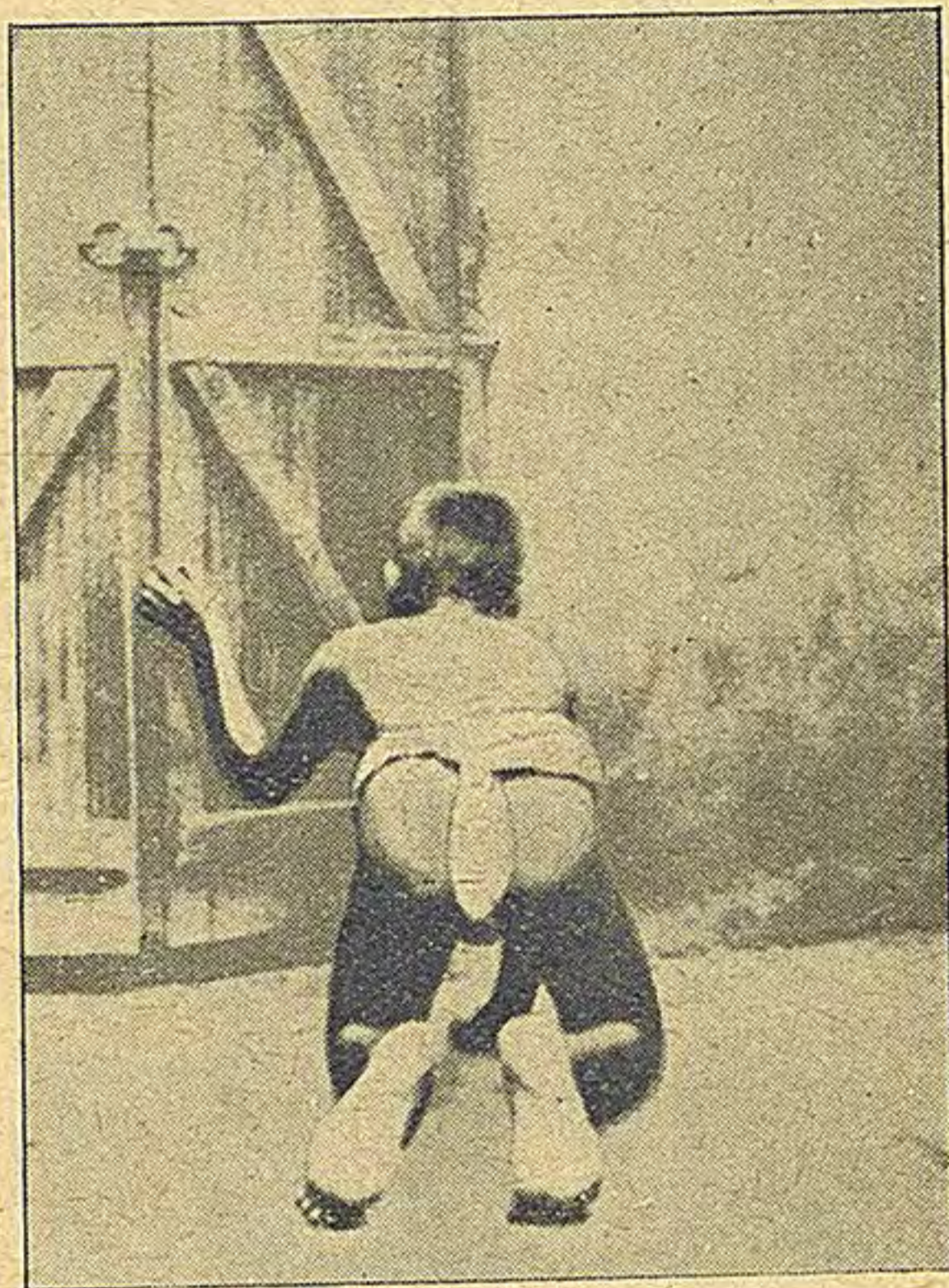
*Ad b)* Je spolehlivě prokázáno, že dítě může být kojeno domácím zvířetem. Celá řada zpráv o tom, jak se dítě naučí sát z koziho veme ne a jak se zvíře naučí přibíhat na křik hladového dítěte, svědčí o tom, že se dítě může přizpůsobit takovým podmínkám. Ještě *Brüning* (1908) podává zprávu o pokusech, které konal s kozami kojícími děti na lipské dětské klinice. Od této skutečnosti je už jen krůček k domněnce, že kojeneček a batole může přestát v přírodním prostředí divočiny jen za pomoci zvířete. Nejčastěji se uvádějí vlčice jako kojné a vychovatelky takovýchto dětí, někdy i medvědice, leopardice, divoké svině aj. Tento motiv najdeme v pradávných pověstech různých národů (Romulus a Remus, Zarathuštra, Wolfdietrich apod.) i v moderním zpracování (např. Kiplingův *Mowgli*). V nové době se však vyskytlo i několik takových zpráv, které si činí nárok na autentičnost a vědeckou důsaznost.

Jistě nejznámější a nejlépe dokumentovaná je zpráva indického misionáře J. A. Singha, kterou v r. 1940 zpracoval A. Gesell a r. 1942 R. W. Zingg. Při návštěvě vesnice Godamuri nedaleko Midnapore se Singh dověděl o zvláštním »lidském duchu«, který straší okolí a pohybuje se se skupinou vlků. Při bližším pátrání se mu podařilo spatřit dvě bytosti před vlčím doupětem se třemi dospělými vlky a dvěma vlčaty. Byla podniknuta zvláštní výprava, při níž dva staří vlci unikli, vlčice, která chránila mláďata, byla zabita a v doupěti byly do sítě chyceny dvě »vlčí děti« a dvě vlčata. Mladší děvčátko (Amala) bylo asi 18 měsíců staré, starší (Kamala) asi 8 let. Podle popsanych tělesných znaků, jež ukazují na dalekosáhlé přizpůsobení životu ve vlčím doupěti, soudí Gesell, že děti žily ve vlčí společnosti asi od svých 6 měsíců. Paží a rukou užívala Kamala jen k lokomoci, uchopovacím orgánem zůstala ústa. Nápadná byla její mohutná ramena a silné nohy, na kolenou, chodidlech, loktech a dlaních byly mohutné mozoly — po čtyřech běhala tak rychle, že bylo těžké chytit ji ve volném prostoru. Kůže byla mimořádně čistá, vlasy však byly slepeny v mohutnou kouli. V listopadu 1920 převezl reverend Singh obě děti do svého sirotčince v Midnapore, kde byla zahájena systematická převýchova, o níž

vedl podrobný deník. Jen hladem byly obě děti přinuceny přijímat potravu v novém prostředí, pily z misky zvířecím způsobem. Lidí se děsily, dítě, které se k nim přiblížilo, Kamala pokousala. Ve dne spaly schoulené v koutku, v noci však oživly, slídily kolem a pravidelně třikrát za noc »vyly« zcela po vlčím způsobu. Jejich hlas



Kamala přijímá potravu svým »vlčím« způsobem. (Podle Gesella)



Kamala lezla jen po kolenou a vstupu do místnosti se dožadovala tím, že drápla na dveře

však nebyl »lidský ani zvířecí« a zprvu děsil pracovníky sirotčince. Jiných zvuků nevydávaly, jen když se přiblížilo některé dítě v době krmení, Kamala výhružně vrčela a cenila zuby. Mladší Amala dělala výchovně poměrně rychlé pokroky — zemřela však za necelý rok. Převýchova Kamaly postupovala jen velmi pomalu a svízelně. Po dvou letech řekla první slovo, za další dva roky obsahoval její slovník 6 slov a teprve po 8 letech mluvila v krátkých jednoduchých větičkách. Za 3 roky dosáhla vzpřímeného postoje, ale první kroky bez pomoci jsou zaznamenány až po 6 letech převýchovy. V této době se také již přijatelně vřazovala do dětské kolektivu, byly jí svěřovány drobné služby a práce — i její citový život byl již poměrně bohatý. Zemřela na urémii po devítiletém pobytu v ústavu, tj. asi ve svých 17 letech. Za nejvýznamnější jev v tomto případě pokládá Gesell »pomalé, ale rovnoměrné a zákonitě postupující upravování zabrzděného mentálního vývoje«. Podle jeho mínění nebyly všechny vývojové možnosti Kamaly ještě zdaleka vyčerpány — předpokládá, že její vývoj by byl ukončen asi v 35 letech, kdy by dosáhla mentální úrovně asi 10 až 12 let. Rychleji se vyvíjející Amala by dosáhla této úrovně asi v 17 letech.

Vedle této závažné zprávy bylo různými autory uvedeno více takových případů: Numberg uvádí zprávu o chlapci žijícím mezi vepři (»Klement z Overdyku«), prof. J. H. Hutton popisuje případ hochá žijícího od 2 do 5 let mezi leopardy, Alfred Greil (1953) uvádí případ polské dívky zavlčené vlky v raném dětství. Nedávno (1957) se v indických novinách objevily zprávy o dvou nových vlčích dětech žijících po celých 6 let v divočině. Zpráva o těchto dětech, podobně jako o řadě jiných, opírá se o výpověď rodičů, kteří prý v nich rozpoznali své syny zavlčené vlky.

X X  
Kdyby byly údaje o »vlčích« dětech vždy průkazně dokumentovány, měly by jistě mimořádný vědecký význam, neboť by představovaly přesvědčivý přirozený experiment o výchově dítěte v »bezlidské« společnosti a ukázaly by nejlépe, kteře duševní vlastnosti člověka jsou vrozené a které závislé na lidské výchově. Většina zpráv ukazuje, že takové dítě je nejen hluboce vývojově opožděné, ale že si osvojilo i řadu zvířecích návyků. Převýchova je velmi obtížná a schopnost »lidského« vývoje se zdá být trvale poškozena.

Mnozí badatelé přijali tyto zprávy a opírají o ně svůj teoretický výklad (psychologové L. A. Kellogg a A. Gessell, biologové A. Portmann a Rostand aj.), naproti tomu jiní (zoolog O. Koehler, pediatr A. Peiper) vyslovují závažné námitky proti věrohodnosti a pravděpodobnosti takových zpráv. Dodatečné vyšetření dítěte je jistě důležité — avšak anamnéza, která by tu měla být opěrným bodem, bývá skoro vždy neúplná a pochybná. Okolnosti, za nichž se dítě do divočiny dostalo, za jakých podmínek a jak dlouho tam žilo, jsou téměř vždy neznámé. Také okolnosti nálezů nebývají dost přesně uvedeny. Jen v Singhově zprávě a o jednom z indických dětí v r. 1957 se dovídáme, že děti byly spatřeny přímo ve společnosti dravců — jinak jsou o těchto okolnostech jen dohady, svědecké výpovědi jsou nepřesné a často pod zřejmým vlivem rozšířených pověstí a domněnek. Lze připustit, že vlčice, která v době kojení ztratila své mládě, může ušetřit dítě a přijmout je za své. Je však pochybné, zda by se dítě po krátké době (asi 4 měsíců) kojení vlčicí mohlo přizpůsobit tak záhy potravě natolik nepřiměřené, jako je syrové maso a zdechliny. Méně závažná je již námitka, že sotva by si dítě mohlo osvojit tak dalekosáhle zvířecí způsoby chování, když reciproční pokus s lidskou výchovou zvířete (např. šimpanze vychovávaného ve společnosti stejně starého chlapce a docela stejným způsobem v pokuse manželů Kelloggových) vykazuje tak skromné výsledky. Stejně tak neobstojí námitka opřená o apodiktické tvrzení, že

dítě je výlučně odkázáno na svou lidskou matku. Peiper, který doklady o »vlčích dětech« rozhodně odmítá, kloní se k názoru, který už r. 1873 vyslovil Wishaw, lékař indického psychiatrického ústavu, že jde o děti slabomyslné, které snad byly rodiči odloženy a vysazeny někde blízko policejní stanice. Proti tomuto názoru však svědčí Singhova dokumentace, která je natolik podrobná a závažná, že sotva připouští takový výklad.

V každém případě však je otázka těchto dětí zatím v mnoha bodech nejasná a sporná, takže z ní nelze vyvozovat rozhodující závěry.

Ad c) Pro klinickou praxi mají větší význam případy dětí vyrůstajících po určité době prakticky v sociální izolaci, k níž byly odsouzeny krutými nebo přímo choromyslnými rodiči. Takové případy jsou ovšem také řídké, ale čas od času se přece i dosud vyskytnou a jsou zpravidla lépe dokumentovány. Klasickým případem je Kašpar Hauser, postava opředená mnoha dohady a zpracovaná i románově. Objevil se záhadně v Norimberku r. 1828 ve věku asi 17 let. Podle své pozdější výpovědi byl od útlého dětství až do té doby zavřen v tmavém sklepení, kde neviděl téměř člověka — chléb a voda byly vedle něho staveny, když spal. Znal jedinou nesrozumitelnou větu, kterou opakoval stále dokola; byl tak sláb, že mohl udělat sotva pár krůčků, ale uměl napsat Kašpar Hauser, jméno, pod nímž byl pak znám v celé Evropě. Jistá míra sociálního kontaktu za jeho pobytu ve sklepení byla tedy jistě zachována. Jeho převýchova byla svěřena vynikajícímu učiteli G. F. Daumerovi, který za 5 let pomohl vytvořit z chlapce o mentální úrovni asi tříletého dítěte mladíka, který plynne mluvil a psal a znal i trochu latinsky. R. 1833 byl nalezen mrtev s těžkým zraněním a nebylo jasno, zda šlo o vraždu či sebevraždu. Hauserovská literatura je velmi početná, dohadů o něm mnoho (byl to legitimní následník bádenského trůnu — nebo podvodník?), ale jistých závěrů málo. (Souborné zpracování u *H. Piese: Kaspar Hauser, 1926*).

V novější době bylo popsáno několik podobných případů. Kingsley Davis ve Spojených státech popsal dva takové případy dětí zavřených ve sklepě po několik roků — jejich mentální vývoj byl v době objevení hrubě opožděn. Jedno z dětí postupovalo v převýchově jen pomalu, druhé však (které bylo méně izolováno od lidí) udělalo značný skok ve vývoji. V Německu Mierke (1955) popsal nemanželské dítě držené téměř 9 let ve skrytu před lidmi a hrubě zanedbané. Ani toto dítě nedokázalo dohonit své vývojové opoždění a zůstalo na úrovni debility. V Anglii popsala takový případ B. E. Willisová (podle Clarkeových),

kde pokrok při jednoduché psychoterapii v nemocnici byl zastaven předčasným umístěním dítěte do dětského domova. Sami jsme měli příležitost setkat se s dvěma takovými dětmi, kde podobná izolace trvala několik let.

F. J. byl nemanželským dítětem psychopatické matky a neznámého otce. Matka žila velmi neukázněným životem, nestálá, střídala ustavičně pracoviště. V těhotenství se pokusila o potrat — najedla se syrových makovic. O porodu není bližších zpráv, byl prý předčasný a »těžký«. Brzy po narození dítěte matka odjela od svých rodičů a žila zprvu jako šatnářka v hotelu (přičemž dítě nechávala u cizích lidí), později jako pomocnice v jedné okresní nemocnici s dítětem na zapřenou. Chlapec zůstával téměř do dvou let po celé dny zavřen v jejím pokoji úplně o samotě, hladový, bez ošetření a ovšem bez jakékoliv výchovy. Když se tato okolnost prozradila, bylo jí dítě odňato a svěřeno do pěstounské péče velmi dobrých a inteligentních pěstounů. V té době (po 2. roce) dosud špatně chodil, stále plakal, všeho se bál (auta, psa, kočky, větru, ale i lidí a hraček — dlouho trvalo, než se odvážil vzít hračku vůbec do ruky). Nemluvil vůbec, znal jen jediný výraz »takn« neurčitého významu. Adoptivní matka — bývalá učitelka — ujala se jeho převýchovy s velkou obětavostí a trpělivostí. Z krajní bázlivosti před lidmi a věcmi přešel hoch brzy do opačné krajnosti: objímal a líbal každého na potkání. Začal mluvit teprve kolem 3 let a 6 měsíců, ale další jeho postup ve vývoji řeči byl rychlý, brzy mluvil v celých větách a srozumitelně. Jen se nesnadno učil tělesné čistotě — teprve kolem 4. roku přestalo pomočování a pokálení. V mateřské škole i doma byl velmi roztěkaný a neklidný, ubližoval dětem a rušil kázeň. Ve škole dobře prospíval, ač byl nevytrvalý a nepozorný. Brzy však začaly stížnosti, které nikdy neustaly: odmlouval, lhal, byl drzý, močil po ostatních dětech, sahal jim po genitálu, lehtal je, válel se nahý po jiném chlapci na dvoře. I s rodiči se chtěl stále jen mazlit a líbat je. Nedal se žádným způsobem ukáznit, žádné své přání nedovedl odložit, v ničem nedovedl počkat a podříditi se. Ještě v 8 letech musel být krměn jako malé dítě. Podle opakovaného vyšetření je jeho inteligence normální (spíše lehce nadprůměrná), má dobře rozvinutou řeč a poměrně bohaté znalosti, svědčící o dobré výchově doma. Při volné kresbě si vybere námět »špajz a záchod«. Při pozorované hře ve skupině stále na sebe strhuje pozornost psychologa dotazy, chlubením a intenzívním mazlením, jehož používá, chce-li něco dostat. Nevyhoví-li se mu, začne být drzý a neklidný. Kde se naskytne příležitost, stahuje si kalhoty a sahá po genitálu, jindy sexuální tendence maskuje agresivitou, pláčem, zlobením, vzbuzováním závisti u druhých apod. Tyto abnormální charakterové rysy trvají ještě v 15 letech. Je stále umíněný, hravý a roztěkaný, ze školy stále nosí poznámky, že ruší ostatní žáky, má rád senzace a stále na sebe upozorňuje. Rád sportuje, až do úplného vyčerpání. Učí se lehce a rychle, ale stejně rychle zapomíná, neboť je nestálý a jeho zájem je přelétavý. Nemá dosud žádného určitého pracovního zaměření.

M. S. přišel do dětského domova ve 3 letech a 6 měsících z rodiny. Otec vyčítal matce, že dítě není jeho — nechávali je proto zcela o samotě ve chlívě, kam mu jen donesli potravu, kde však s ním nikdo nemluvil. Bylo zřejmé, že se ho rodiče chtěli zbavit. Při nástupu do dětského domova byl ve velmi bídném stavu — výška odpovídala sotva dvacetiměsíčnímu dítěti, na kostře stopy po křivici, sval-

stvo chabé. Výživa se poměrně brzy upravila, interní nález byl normální. Chlapec vůbec nemluvil, vydával jen nesrozumitelné zvuky, mluvené řeči také vůbec nerozuměl. Znečišťoval se, neuměl jíst lžící. Apatický, lhostejný ke styku s lidmi, pomalých reakcí, bez afektivních projevů (nepláče ani při bolestivých výkonech). Přitom však projeví určitou vynalézavost při hře s testovými předměty — na úrovni dítěte dvaapůlletého, až tříletého. Po dvou a půlroce převýchovy ve speciálním zařízení se jeho stav v mnohém značně upravil. Vzrůst je stále podprůměrný, jinak je dítě zdravé. Lépe navazuje kontakt a ochotně spolupracuje, je snadno ovladatelné, samo se nají a oblékne, dobře zachovává čistotu. Řeč je vyvinutá, rozumí a tvoří věty, formuluje otázky — výslovnost je však dosud silně patlavá. Jeho intelektový vývoj vcelku odpovídá úrovni debility, ale je značně nerovnoměrný — názorová a motorická složka je zřejmě mnohem lépe rozvinuta než verbální. S diagnózou debility bylo dítě předáno do zvláštního dětského domova.

I když zprávy o dětech částečně nebo úplně sociálně izolovaných jsou většinou méně přesné, než bychom si přáli, přece z nich můžeme vyvodit aspoň některé pravděpodobné závěry: (Sociální izolace je zřejmě nejtěžší deprivací.) Její následky jsou velmi těžké. Duševní vývoj dítěte je hrubě opožděn, řeč není vyvinuta vůbec a užitečné sociální návyky nejsou vytvořeny. Dítě vypadá jako těžce slabomyslné a je také za takové často pokládáno. Proti vrozené oligofrenii svědčí však řada okolností: u dětí z divočiny to, že přečkaly všecka její nebezpečí, u ostatních dětí ta okolnost, že některé jejich výkony dosahují poměrně vysoké, ba téměř normální úrovně. Rauber mluví o »dementia ex separatione«, Tredgold o »isolation amentia«, Clarkeovi o slabomyslnosti u deprivovaných dětí s prognózou odchýlnou od té, jaká je u slabomyslných dětí z dobrého prostředí. Schopnost zotavení je zřejmě různá: u dětí s nejtěžší deprivací je zlepšování vývoje velmi pomalé a nikdy není úplné, děti méně dotčené deprivací postupují zprvu také pomalu, pak však velmi rychle dohánějí své zaostávání. Nelze vyloučit ovšem ani vlivy jiných faktorů. Nehledíme-li k hereditě, může tu působit nedostatečná výživa, úrazy, u dětí zavíraných ve sklepech i zřejmá sensorická deprivace. I tam, kde dojde ke zlepšení intelektového vývoje, zůstávají však obvykle závažné poruchy osobnosti: děti se zprvu bojí lidí, později s nimi navazují vztahy nestálé a nediferencované; nápadná je vtíravost a neukojitelný hlad po »lásce« a pozornosti; sexuální projevy bývají buď autoerotické povahy, nebo nekontrolovaného a nediferencovaného rázu. Citové projevy jsou charakterizovány rovněž chudobou a často nápadným sklonem k prudkým afektům (vzrušení senzací, hněv, sport až do vyčerpání) a velmi nízkou frustrační tolerancí. Vyšší city téměř úplně chybějí a morální lidská superstruktura se tvoří zřejmě jen útržkovitě a povrchně. Nejspecifičtější lidské cha-

rakteristiky se nemohou zřejmě vyvinout bez působení včasné lidské výchovy.

## 2. ÚSTAVNÍ VÝCHOVA

Nehledíme-li k ojedinělým a spíše jen beletristickým zprávám, dostala se otázka ústavu jako výchovného prostředí do popředí pozornosti teprve na počátku tohoto století. Nejprve tu byl jen problém hrozivě vysoké úmrtnosti, s níž se setkávali lékaři téměř ve všech nalezincích a ostatních ústavech. Tak např. pro Německo uvádí Schlossmann úmrtnost kojenců v ústavech na počátku tohoto století 71,5 %, pro USA našel Chapin v r. 1915 v 10 ústavech velkých měst východního pobřeží úmrtnost 31,7 % až 75 %. Přes 50 % uvádějí tehdejší ústavy ruské, francouzské aj.

Podle statistik, které uvádí Alois Epstein (1882), tehdejší primář pražského nalezince, kolísala celková úmrtnost nalezineckých dětí v prvním roce života většinou mezi 50 až 70 %, ale dosáhla v letech 1857 až 1863 tragické výše 80 až 100 % s paradoxním maximem v r. 1858 (103 %), tj. zemřelo více dětí, než bylo nově přijato, přičemž přebytek jde na vrub malého počtu dětí, které přežily z roku minulého. Velká většina těchto dětí zemřela přímo v ústavu a nemohla být, jak se o to snažilo vedení ústavu, předána ani do pěstounské péče. Tak například v r. 1862 z nově přijatých 2336 kojenců zemřelo 1677 (tj. 71,8 %) v ústavě a 615 (tj. 26,3 %) po předání do pěstounské péče. Umístění kojence do ústavu rovnalo se tedy v té době prakticky rozsudku smrti. Proto také například ředitelství pražské nemocnice odmítalo vůbec přijímat kojence k léčebné péči.

Vynikající pediatri té doby (*A. Czerny, Parrot, Pfaundler a Ibrahim, Brennemann, Schlossmann* aj.) uvažovali o příčinách tohoto stavu a počítali — ještě nejasně — souvislost s podmínkami ošetření, stimulace a výchovy. Hlavní váha však byla zatím připisována nedostatečné výživě a většina dětských úmrtí byla vedena pod diagnózou *atrophia infantum*, *debilitas vitae* nebo *marasmus*. Později se důraz přesunul spíše na infekce a nejasná úmrtí dětí v ústavech byla sdružována s diagnózou *rinofaryngitid* a jejich komplikací.

Modernizace ústavního provozu na podkladě nových zásad hygienických (karanténování, separované boxy, asepse při ošetření, očkování a přiměřenější výživa) vedla postupně ke snížení úmrtnosti, takže se například A. Schlossmannovi podařilo během osmi let (1912 až 1920) snížit úmrtnost ze 71,5 % na 17,3 % a v jiném ústavu jen na 10,6 %, což nepřesahovalo tehdejší celkovou kojeneckou úmrtnost v Německu. Podle Teznera byla úmrtnost v ústavu ve Wizoheim v r. 1949 ještě 6 %, v následujících letech však byla snížena na 0,78 %, pak vymizela

vůbec. Pro největší ústav v Berlíně (Königsheim) uvádí *E. Schmidtová-Kolmerová* (1959) kojeneckou úmrtnost v letech 1943—56 číslem 1,12 ‰ a pro největší ústav v NDR v Güstrow 1,2 ‰, což je procento nižší než byla tehdejší celková pozdní kojenecká úmrtnost v NDR.

Změnil se značně i obraz morbidity. Obávané dětské infekce jsou méně časté a probíhají většinou bez komplikací. Tím nápadnější se však stává snížená odolnost vůči banálním infektům právě u dětí trvale izolovaných v ústavech. Průměrná doba nemoci je tam asi dvakrát delší než u dětí v denních jeslích (podle *E. Schmidtové-Kolmerové*). Přetrvává i jisté opoždění tělesného vývoje. *Mayer* (1913) a *Erikson* (1925) pozorovali u tříletých dětí v ústavech ve srovnání s dětmi z rodin opoždění vzrůstu v průměru asi o 7,8 cm a snížení váhy asi o 3,5 kg. *Schmidtová-Kolmerová* zjišťuje dnes z údajů o 8000 berlínských dětech opoždění vzrůstu o 8 až 10 cm a váhy asi o 1,5 kg, ačkoliv porodní délka a váha nevykazovaly odchylek. Ku zcela obdobným výsledkům jsme dospěli (*Matějček* 1960) i při hodnocení tělesného vývoje našich ústavních dětí ve 3 letech podle Proškových tabulek. Vzdělání ústavních dětí se tedy za posledních 30 let mnoho nezměnil, poněkud se však zlepšil vývoj váhový, takže téměř odpovídá výšce a přispívá k relativní harmonizaci celého tělesného vývoje.

V té míře, v jaké úmrtnost a hrozivé poruchy fyzického vývoje ústavních dětí ztrácely na významu, vyvstával s větší a větší naléhavostí problém nový — *problém duševního poškození*. Už po prvních úspěších zdravotnické modernizace ústavů zjišťuje *Erna Schlossmannová* (1926) pesimisticky, že duševní vývoj dětí tam není přes všechnu vynaloženou péči ani zdaleka takový jako u dětí v rodinách vlastních i pěstounských. O konkrétní analýzu činitelů podmiňujících psychologický hospitalismus pokusili se jako první psychologové vycházející z *vídeňské školy Ch. Bühlerové*, především *Hildegard Hetzerová* svým »*Milieuforschung*« (1929, 1930). *H. Durfeeová* a *K. Wolfová* (1934) porovnávaly pomocí »*baby-testů*« vývojový stav 94 různě starých kojenců v 8 různých vídeňských ústavech, které se lišily jednak různě vyspělou hygienickou péčí, jednak různou podnětností prostředí (hračky, příležitost k činnosti apod.) a jednak typem sociálního prostředí (některé děti byly vychovávány svými nemanželskými matkami jiné sestrami, konečně jiné »*pěstounkami*«, tj. matkami druhých ústavních dětí). Korelací těchto faktorů s vývojem dětí byla prokázána největší stimulační hodnota sociálního prostředí — mateřská péče měla nespornou přednost před péčí školeného personálu. Význam matky bylo

možno v této studii posoudit daleko lépe než při pouhém srovnávání dětí z ústavů s dětmi z rodin, kde je mnoho dalších proměnných faktorů. Hodnota mateřské péče se tu projevila přesto, že šlo většinou o ženy svobodné, zanedbané, nevzdělané, jimž dítě bylo spíše na obtíž — autorky to přisuzují okolnostem ekonomickým (sestra má na starosti více dětí), fyziologickým (kojení) a především psychologickým (zájem a motivace k zábavě s dítětem). Povšimly si však již i toho, že právě příliš úzký vztah psychopatické matky narušuje často vývoj dítěte více než neosobní poměr sester a že spojení obojí péče — lásky mateřské a profesionálního ošetření sestrami — poskytuje výsledky nejspokojivější. *v rámci ústavů*

Vedle sociálních činitelů je pro vývoj dítěte významná i podnětnost prostředí. Naproti tomu našly zdánlivou zápornou korelaci mezi hygienou a duševním vývojem dětí: v ústavech s nejlepší hygienickou péčí byl vývoj dětí relativně nejhorší. Příliš přísné sledování pravidel hygieny vedlo totiž k přílišné monotónnosti života (holé stěny, izolované boxy, žádné hračky, jen účelové ošetření atd.). Ideálně sterilní prostředí z hlediska hygienického jeví se často »sterilním« i po stránce duševní podnětnosti.

Zajímavé je, že u kojenců pod 4 měsíce nenašly autorky příznaky hospitalismu, kdežto mezi staršími kojenci se setkaly s několika případy hospitalismu tak těžkého, že děti nebylo možno vůbec testovat (reagovaly na všechny podněty jen úzkostí).

Na uvedenou studii navazuje další z téže školy (I. Gindlová, H. Heterová, M. Sturmová 1937). Prvá z autorek podobnou metodou a speciálním testem řeči porovnávala děti v druhém roce života vychovávané v ústavu, v pěstounských rodinách a ve vlastních rodinách (v každé skupině 20 dětí). Sociální původ dětí byl zhruba stejný, šlo o nejhorší, zanedbané, často rozvrácené rodiny. Přesto děti ponechané v rodinách vykazovaly lepší vývoj než děti ústavní — nejlépe se však vyvíjely děti přeložené do dobré pěstounské rodiny. Opoždění ústavních dětí nebylo rovnoměrné: nejtěžší bylo v oblasti sociálního chování a zejména pak ve vývoji řeči. U starších dětí (21 až 23 měsíce) se nedokonalý vývoj řeči projeví už i v defektním vývoji intelektu. Ústavní děti se však odlišují nápadně i svým narušeným postojem k lidem a věcem. Jsou pasívní, bez iniciativy a úzkostně nebo předrážděně reagují na každou změnu navyklého denního běhu. Hlavní vadu ústavu vidí Gindlová v tom, že tu dítě nemá možnost přirozeného soužití s lidmi. V rodině žije dítě životem společným všem členům rodiny, má tu své

místo a svou důležitost, vidí sociální důležitost všech činností. Dítě v ústavu žije však odtrženo od skutečného života, pro nikoho nic neznamena, jeho prostředí je umělé, skleníkové, všechno je zde přistřiženo na míru dětí bez vztahů k ostatní společnosti. Racionálními výchovnými opatřeními a plánovitým utvářením výchovy nelze plně nahradit onu spontánnost a přirozenost lidského kontaktu, kterému se těší dítě v rodině.

Marta Sturmová doplnila uvedenou studii podrobným 24hodinovým pozorováním denního režimu dítěte vychovávaného do 6. roku v ústavu a dítěte vychovávaného v pečlivé rodině (po 12 dětech ve skupinách). Zjistila značné omezení příležitosti k tvořivosti a samostatnosti u dětí ústavních, nedostatek zkušenosti plynoucí z omezenosti životního prostoru, nedostatek osobní účasti a přílišnou stejnotvárnost života. Tak například dítě v rodině tráví asi 8 hodin denně volnou činností (hrou) a 2 hodiny činností řízenou (hygienickými činnostmi, povinnostmi, příkázanou hrou, procházkou za ruku atd.) — u dítěte v ústavu je tomu právě naopak. Hra ústavních dětí je mimořádně chudá, jde většinou jen o funkční pohybové hry; úlohové hry, kde by se fantazie volně vyžívala, jsou velikou vzácností, stejně jako hry konstruktivní. Mnoho času stráví ústavní děti tím, že čekají, »až na ně přijde řada«. Dostanou do ruky sedmkrát méně hraček a ostatních předmětů než děti v rodinách a zvláště v prvních dvou letech jsou ponechány mnohem více samy sobě. (Dospělý se obrací k dítěti v rodině v 1. roce 97krát denně, v 2. roce 141krát denně — v ústavě jen 19krát, resp. 50krát denně.) Ale ústavní dítě má i menší příležitost obracet se samo aktivně k dospělému (v 2. roce např. jen 12krát denně, v rodině 121krát denně; v 6. roce 35krát denně, v rodině 132krát) a chybí mu vůbec vzor volného vzájemného styku lidí. Hlavní nedostatek spatřuje autorka v umělosti ústavního prostředí. Žádné plánování nemůže nahradit podmínky přirozeného života.

Zajímavé je, že už v té době vidí tyto psycholožky jediné účinné řešení ve vytváření malých domovů (Nest), kde se asi 10 dětem ve věku od 3 do 10 let dostává potřebné individuální péče, dostatečné volnosti, kde se jejich život blíží normálnímu — kde se jim tudíž dostává toho, co nejvíc potřebují. (Pokusy tohoto druhu se konaly v té době již v Berlíně.)

Práce vídeňské školy a ostatních pracovníků z třicátých let (Kniese, Wurzinger aj.) jsou pro pochopení deprivace ústavních dětí základně důležité. Byly přervány druhou světovou válkou a »znovu objeveny«

teprve později, když již byly neprávem zatlačeny do pozadí pozdějšími a leckdy metodicky méně promyšlenými studii. Vycházejí z nich i nejznámější práce *Spitzovy*, zvláště jeho »Hospitalismus« (1945, 1946). R. Spitz se svou spolupracovnicí K. Wolfovou sledoval dlouhodobě 91 dětí v jednom »nalezinci« a 122 dětí v jakýchsi »jeslích« (Nursery) při ženské věznici. Oba ústavy představovaly svým způsobem krajní typy ústavního prostředí. Do »nalezince« přicházely většinou děti z nevybrané městské populace, normální heredity, ze sociálních důvodů — do 3 měsíců byly zpravidla vychovávány (kojeny) svými matkami, potom od nich odloučeny a svěřeny péči ošetřovatelek, z nichž jedna připadla na 8 až 10 dětí. Do »jeslí« přicházely děti delikventních matek narozené ve věznici a byly tam ošetřovány vlastními matkami (pod vedením ošetřovacího personálu) od narození do prvního roku. Tuto okolnost považuje Spitz za rozhodující. Heredita byla zřejmě horší v »jeslích«. V »nalezinci« naproti tomu byly děti daleko více ponechány bez podnětů — měly méně hraček, ležely ve skleněných boxech do 15 až 18 měsíců, a dokud se samy nepostavily, neviděly než strop, neboť po stranách byly závěsy. Jejich pohybování bylo omezeno nejen postýlkou, ale i vyleželou prohlubní v matraci. Okolnost, že každému dítěti se tu dostává jen asi 1/10 afektivní mateřské péče, považuje Spitz za totální afektivní deprivaci.

K těmto dvěma skupinám ústavních dětí přiřadil pak ještě dvě skupiny dětí vychovávaných v rodinách, ale ve velmi rozdílných sociálních podmínkách: děti z velkoměstského prostředí a děti z osamělé rybářské vesnice.

Sledování duševního vývoje dětí v prvním roce života přineslo tyto výsledky:

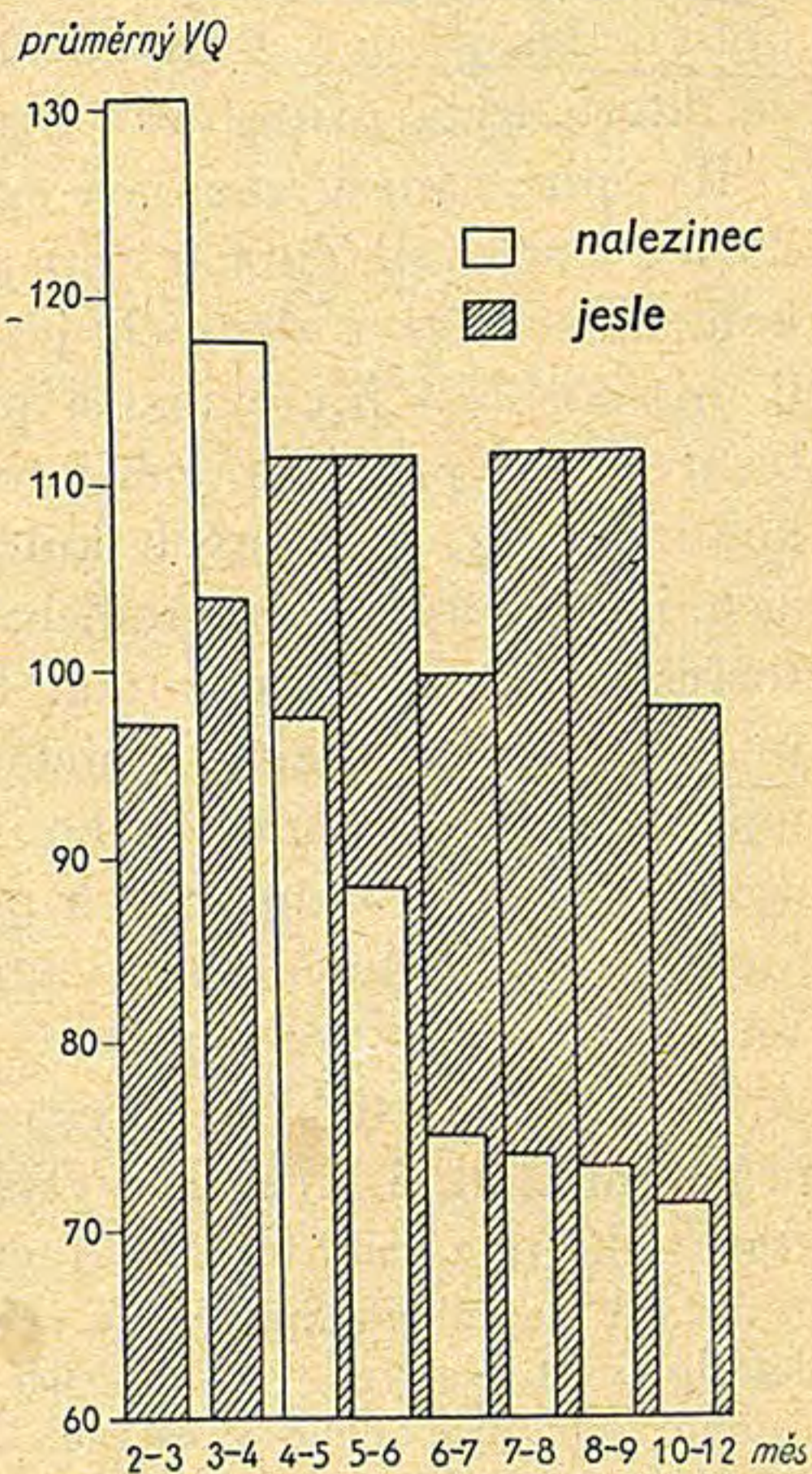
	Průměrný VQ za první 3 měsíce	Průměrný VQ za poslední 3 měsíce
„Nalezinec“ Odpovídající velkoměstské prostředí	124	72
rodinné	133	131
„Jesle“ Odpovídající rodinné prostředí v rybářské vesnici	101	105
	107	108

Děti z *nalezince* začaly tedy skoro stejně jako nejlepší skupina, ale další jejich vývoj se nápadně zhoršil. K poklesu dochází už po 3. měsíci, kolem 4 až 5 měsíců klesá pod úroveň dětí z jeslí. Koncem

1. roku namísto obvyklé reakce na cizí osoby buď ustavičně »ječí«, nebo jsou extrémně přátelské ke komukoliv, přičemž se úzkostně vyhýbají neživým předmětům. Koncem 2. roku poklesl VQ (vývojový kvocient) na 45. Děti se stávaly velmi pasívními, ležely v postýlkách s prázdným výrazem, neobracely se a jejich bizarní krouživé pohyby prstů připomínaly pohyby katatoniků nebo de-cerebrovaných („spasmus nutans“). Snížená odolnost vůči infekcím vede u nich přes dobré hygienické podmínky k marasmu a k úmrtím, nápadným zvláště při epidemii spalniček. (Za sledované dva roky zemřelo 37 % dětí z 91, zatímco v „jeslích“ ani jediné, ačkoliv lékařský dozor tam byl jen příležitostný.)

Děti z *jeslí* se naproti tomu vyvíjely velmi uspokojivě. Na konci 1. roku nebyl problém v tom, zda umějí chodit a mluvit, ale spíše v tom, jak jejich zvědavost a podnikavost brzdit. Nutno ovšem připomenout, že výchova v jeslích nebyla rovněž nikterak »normální«, neboť matky zbavené ve věznici možnosti jiného vyžití měly tendenci upnout se výhradně jen na dítě. Extrémnost situace se pak v plné míře projevila při náhlých separacích matky a dítěte syndromem anaklitické deprese, o němž se zmíníme později. Spitz sledoval vývoj dětí z nalezince dále v pravidelných čtyřměsíčních intervalech a konstatuje, že zlepšení podmínek po 15. měsíci (shromáždění dětí do skupin, aktivní stimulace, stálá přítomnost tří až pěti ošetřovatelek) nestačí kompenzovat způsobené škody, které se zdají být ireverzibilní. Děti z »jeslí« byly sledovány zčásti rovněž ve více než ročním odstupu, jejich vývoj byl velmi dobrý, běhaly, mluvily, hrály si a byly velmi aktivní.

Význam Spitzových studií spočívá v tom, že ukazují jasně možnost velmi těžkých následků totální afektivní deprivace. V pravém slova smyslu alarmovaly všechny pracovníky, kteří měli co činit s ústavní



Graf. 1. Změny vývojového kvocientu u dětí v ústavech podle R. Spitze. (R. Spitz: Hospitalism. The Psychoanalytic Study of the Child; Vol. I., 1945, N. York. S laskavým svolením autora.)

výchovou dětí, a byly mocným podnětem k nejrůznějším nápravným opatřením. Na vrub tomuto stimulujícímu vlivu nutno zčásti přičíst i fakt, že studie o vývoji ústavních dětí přinášejí v posledních letech výsledky nepoměrně příznivější a jsou ve svých závěrech nepoměrně optimističtější, než byly závěry Spitzovy — vycházejí totiž už ze situace, která byla připravena právě Spitzem a jeho následovníky.

R. Spitz sám v různých svých studiích podnikaných po dobu téměř 20 let uveřejnil data o 366 podrobně pozorovaných dětech (vedle několika set dětí z denních jeslí), z nichž 256 bylo sledováno déle než 6 měsíců, 246 filmováno a podrobena kinematoanalýze, všechny byly testovány v pravidelných intervalech. Pozorování bylo prováděno na 3 kontinentech, v různých kulturách a různých rasách, různých institucích i rodinných prostředích. Přesto ani tato rozsáhlá práce nemohla rozřešit celou problematiku. Předně sotva lze bez dalších důkazů přijmout jako prokázané Spitzovo tvrzení, že nepřítomnost matky nebo její náhrady je jedinou nebo hlavní příčinou celého opožďování a všech pozorovaných dramatických poruch, když vedle toho byli zřejmě v činnosti i jiní činitelé (např. extrémní sensorická a motorická deprivace). Vůbec je nutno ve Spitzových pracích přísně odlišovat zjištěná fakta od psychoanalytických interpretací. S. R. Pinneau (1955) podrobil tyto práce důkladné kritice, vytýká hlavně nedostatky v dokumentaci a statistickém zpracovávání a vznáší také vážné námitky metodologické.

Jistým doplňkem Spitzových studií je práce Liselotte Fischerové (1952) na 189 dětech vyšetřovaných v 6 měsících metodou Cattellové při výběru pro adopci. Vyšetření bylo prováděno v ústavu, kde sester byl dostatek a kde vědomě bylo podporováno vytváření náhradních mateřských vztahů. Syndrom »hospitalismu« byl vyznačen asi u třetiny dětí, průměrný IQ byl 76, přičemž opožďení bylo nerovnoměrné s nejvýraznějším nedostatkem v uchopování a v manipulačních činnostech, jinak tak typických pro děti tohoto věku. Emoční chování dětí ztěžovalo nebo přímo znemožňovalo testování. Přitom bylo možno rozlišit dvě skupiny: na jedné straně děti celkově pasívní, apatické, bez sociální odezvy, nacházející uspokojení jen v intenzívním dumání palce — na druhé straně pak děti sociálně aktivní, často až hyperaktivní, se silnou sociální odezvou, náročné na pozornost dospělých, ale bez zájmu o hračky a vůbec o svět »věcí«. Rozdíl je snad způsoben růzností temperamentu nebo rozdíly v citlivosti na hmatovou, sluchovou a zvláště zrakovou stimulaci (ta se snáze uspokojí za podmínek mateřské deprivace). Vývojové opožďení ústavních dětí v této době neznačí ještě špatnou prognózu: v lepších podmínkách a někdy i při další ústavní výchově se spontánně upravuje, ač je otázka, zda jisté emoční poruchy přece jen nepřetrvávají. Příčinu vývojového opožďení, které se pravděpodobně může vyskytnout i v jeslích, nemocnicích a zanedbávajících rodinách, vidí Fischerová v tom, že ústavní dítě nemohlo vytvořit v druhé čtvrtině prvního roku uspokojivý vztah k matce, a proto se také nemohlo obrátit ani k světu neživých »věcí«.

Z jiného teoretického stanoviska — totiž z pozic Hullovy teorie učení — vycházejí obsáhlé a dobře kontrolované studie newyorského psychologa *William Goldfarba* (1943—49), navazující na průkopnickou práci *Lowreyho* (1940). Goldfarb srovnával pečlivě párované skupiny dětí, které se lišily podstatně jen v jednom bodě: děti první skupiny žily od nejútlejšího věku v pěstounských rodinách, děti druhé skupiny žily nejpozději od 6. měsíce v ústavu, kde zůstaly přibližně do 3 let, a pak byly rovněž umístěny v pěstounských rodinách. Heredita je příznivější spíše ve skupině »ústavních« dětí, neboť do pěstounské péče šly děti matek, u nichž od počátku byla zřejmá neschopnost k výchově. Ústav sám zajišťoval dětem dobré ošetření tělesné, ale byl velmi »neosobní« (děti zprvu v individuálních boxech, později ve skupinách po 15 až 20 dětech, ošetřovatelky bez erudice, málo zaměřené na výchovu). Goldfarb děti podrobně studoval pomocí testů inteligence, Rorschachovou metodou, speciálními testy, hodnotícími škálami atd. ještě za ústavního pobytu a pak kolem 4, 6, 8, 12 let. Výsledky jsou velmi průkazné. Tak například dvě skupiny po 15 dětech ve věku 34 a 43 měsíců vykazovaly tyto rozdíly:

	Ústavní skupina		Kontrolní skupina	
	I. test v 34 měs.	II. test v 43 měs.	I. test v 34 měs.	II. test v 43 měs.
Test inteligence (verbální) Terman IQ	68,1	75,84	96,38	101,52
Test inteligence (nonverbální) Merrill-Palmer IQ	78,9	77,8	90,5	89,7
Sociální zralost (Vinelandská škála) SQ	100,52	87,98	103,32	109,32

Porovnáním dvou skupin po 15 dětech ve věku 10 až 14 let zjištěny opět mimo jiné tyto výsledky:

	Ústavní skupina		Kontrolní skupina	
Inteligence (Wechsler)	IQ	72,4	IQ	95,4
Konceptualizace (Weigl)	bodů	2,4	bodů	6,8
(Vygotskij)	bodů	0,5	bodů	4,7
Sociální zralost (Vinelandská škála)	SQ	79,0	SQ	98,8
Schopnost ustavovat normální sociální vztahy (z 15 dětí v každé skupině)		2 děti		15 dětí
Schopnost podřizovat se pravidlům		3 děti		12 dětí
Alespoň průměrný vývoj řeči		3 děti		14 dětí

Neschopnost se soustředit	10 dětí	1 dítě
Intenzivní potřeba lásky	9 dětí	2 děti
Špatný školní prospěch	15 dětí	1 dítě

Z výsledků svých studií uzavírá Goldfarb, že těžká psychická deprivace podmíněná ústavní výchovou v raném dětství způsobuje tyto trvalé poruchy:

1. *Defekt abstraktního pojmového myšlení*, který se obráží v obtížném zacházení s početními pojmy, v obtížné orientaci časové i místní, v nedokonalém postřehnutí toho, co je v dané situaci podstatné apod. Ještě jako adolescenti jsou tito jedinci nápadní svým ulpíváním na konkrétním myšlenkovém postupu, jejich výkon bývá nerozvážený, určený jen okamžitou situací, neumějí předvídat a plánovat.

2. *Nedostatek normálního útlumu*, který se opět projevuje v těkavosti a hyperaktivitě, v neukojitelné zvědavosti a v afektivních výbuších.

3. *»Hlad po lásce«* — jak jej vidíme v afektivní náročnosti těchto dětí, které se na každého věší, vtíravě se dožadují stálé pozornosti a »nemají nikdy dost«.

4. *Agresivnost a hostilitu*, která není doprovázena a kontrolována úzkostí a tenzí jako u normálně vyvinutých osob. Nezdary a provinění jsou přijímány bez konfliktních prožitků a bez pocitů viny.

5. *Emoční nezralost* a plochost, chudobu a mělkost citových vztahů k lidem. Na odloučení od pěstounů sotva už reagují, změny vztahů přijímají apaticky.

6. *Opoždění v sociálním vyspívání*. I když je sociální úroveň leckdy udržována v ústavu zvláštním výcvikem, rychle se hroutí, přijde-li dítě do volného prostředí, kde se má starat samo o sebe.

Vcelku tedy ústavní deprivace způsobuje vážné poruchy ve vývoji intelektovém i emočním. Ještě v době dospívání se deprivované děti chovají v mnohém jako děti předškolní — nevyspěle, nediferencovaně, primitivně. Opoždění se nevyrovná ani v pozdějším podnětnějším prostředí pěstounských rodin, pod dohledem sociální péče a často ani za speciální psychologické terapie. Vyústí v »quasi — konstituční fixaci na nejprimitivnější úrovni pojmového a emočního chování«. Je pravda, že děti vychovávané od narození v pěstounských rodinách mohou mít a také mívají poruchy chování — ty jsou však jiného typu a vyplývají spíše z narušených rodinných vztahů.

Ani Goldfarbovy studie nepřinášejí však odpověď na všechny otázky a nevyhnuly se jistým nedostatkům — zejména nemohou dokázat relativní významnost jednotlivých činitelů pro vznik deprivčního syndromu »ústavnictví«. Je proto třeba hledat doklady další. Zčásti tu přináší doplnění práce Bowlbyho (1946), v níž se srovnává skupina 44 dětí se sklonem ke krádežím se stejně početnou skupinou dětí bez deliktů. Jediným významným faktorem, který diferencuje skupiny, je dlouhodobý nedostatek mateřské péče (odloučení dítěte od matky nebo pěstounky v prvních 5 letech na dobu delší než půl roku):

	časná deprivace	bez deprivace
delinkventi	17	27
kontrolní	2	42

Ještě nápadnější je však tento rozdíl, jsou-li vyňaty zvláště děti, které Bowlby zařazuje do typu »bez citového vztahu« (affectionless character).

	časná deprivace	bez deprivace
delinkventi »bez citového vztahu«	12	2
delinkventi ostatních typů	5	25
kontrolní »bez citového vztahu«	0	0
kontrolní ostatních typů	2	42

Naproti tomu heredita nediferencuje mezi skupinami a ani u dětí »bez citového vztahu« nezdá se být nijak významná. Bowlby tedy uzavírá, že děti, které v prvých pěti letech strádaly nedostatkem mateřské péče, jsou trvale poškozeny ve své schopnosti tvořit citový vztah k lidem a v krádežích, k nimž se uchylují, hledají uspokojení své potřeby lásky. Tito »bezcitní« psychopaté jsou nápadní povrchností svých sociálních vztahů, neodpovědností, jsou nepřístupni nabízené pomoci, neschopni učit se ze zkušenosti a zřejmě defektní v abstraktním postoji (žijí jen okamžiku, neplánují). Na rozdíl od Goldfarbových dětí nejsou opožděny intelektově, což lze vysvětlit tím, že jejich deprivace nebyla tak dlouhá a že tu nešlo současně v takové míře i o deprivaci senzorickou a motorickou jako u dětí ústavních.

Bowlbyho studie má ovšem nedostatky všech retrospektivních prací, vyrostla neplánovaně z klinické praxe a psychoanalytické interpretace se tam leckdy směšují neoprávněně s ověřenými výsledky.

Studie právě uvedené, které můžeme pokládat do jisté míry za reprezentativní, upozorňují tedy vesměs na značné nebezpečí výchovy v ústavech pro duševní vývoj dítěte. I tu je však patrný jistý postup. Dřívější studie zdůrazňují tragickou závažnost hrubých poruch, homogennost poškození u všech dětí a skoro beznadějnou prognózou i po převedení do lepších podmínek — studie pozdější uvádějí i výskyt mírnějších poruch, velkou různorodost klinického obrazu (od poruch psychotického rázu až k relativně dobrému vývoji osobnosti) a možnost zlepšení buď spontánního (Clarke), nebo navozeného výukou (iowští pracovníci). I když sotvakterá z uvedených studií by plně obstála před přísnými kritérii statistickými a experimentálními, shodují se v tom, že ukazují zřetelné poškození většiny dětí i jistou společnou bázi pozorovaných poruch.

Velká řada dalších studií z doby po Bowlbyho souhrnné monografii (1951) z různých zemí a z nejrozmanitějších ústavů, často velmi dobře navenek vybavených, ukazuje jako prakticky jisté, že za běžných dosavadních podmínek ústavní děti trpěly zřetelným deprivacním poškozením. Tak například ve Francii *Roudinescová-Aubryová* (1950) podnikla řadu obsáhlých výzkumů s početným týmem spolupracovníků. V jedné práci srovnává skupinu dětí, které nedávno přišly do ústavu (Fondation Parent de Rosan) ze špatných rodin, s dětmi, které jsou v ústavě již dlouhou dobu a mnohdy se vůbec netěšily afektivnímu osobnímu poutu. Průměrný vývojový kvocient (podle Gesellových norem) dětí ústavních mezi 1. a 3. rokem po nejméně 2měsíčním pobytu byl 59, zatímco kontrolní skupina dětí přišlých z rodin měla průměrný VQ 95. Autorky popsaly řadu případů nejtěžších deprivacních poškození vedoucích k vývojové regresi až na úroveň idiotie a zachytily konkrétní obrazy takového vývoje otřesnými filmovými záběry. Zároveň však dokumentovaly možnost zlepšení i u těchto dětí při účinnější afektivní péči («maternage»).

V Belgii srovnával *E. A. Sand* (1957) děti vychované v rodinách s dětmi žijícími od narození v ústavech (vybrány 3 dobře vybavené belgické ústavy) a našel statisticky vysoce významné rozdíly na všech věkových stupních.

Ve Švýcarsku podnikla *Marie Meierhoferová* (1961) rozsáhlý průzkum o vývoji dětí od 3 měsíců do 6 let v ústavech curyšského kantonu. I ona dokumentuje nepříznivé následky nedostatku mateřské péče naučným filmem a konstatuje, že většina dětí v kantonálních kojeneckých ústavech a předškolních dětských domovech nese známky výraz-

ného hospitalismu s opožděním motorických a psychických funkcí a nápadnou apatií v chování.

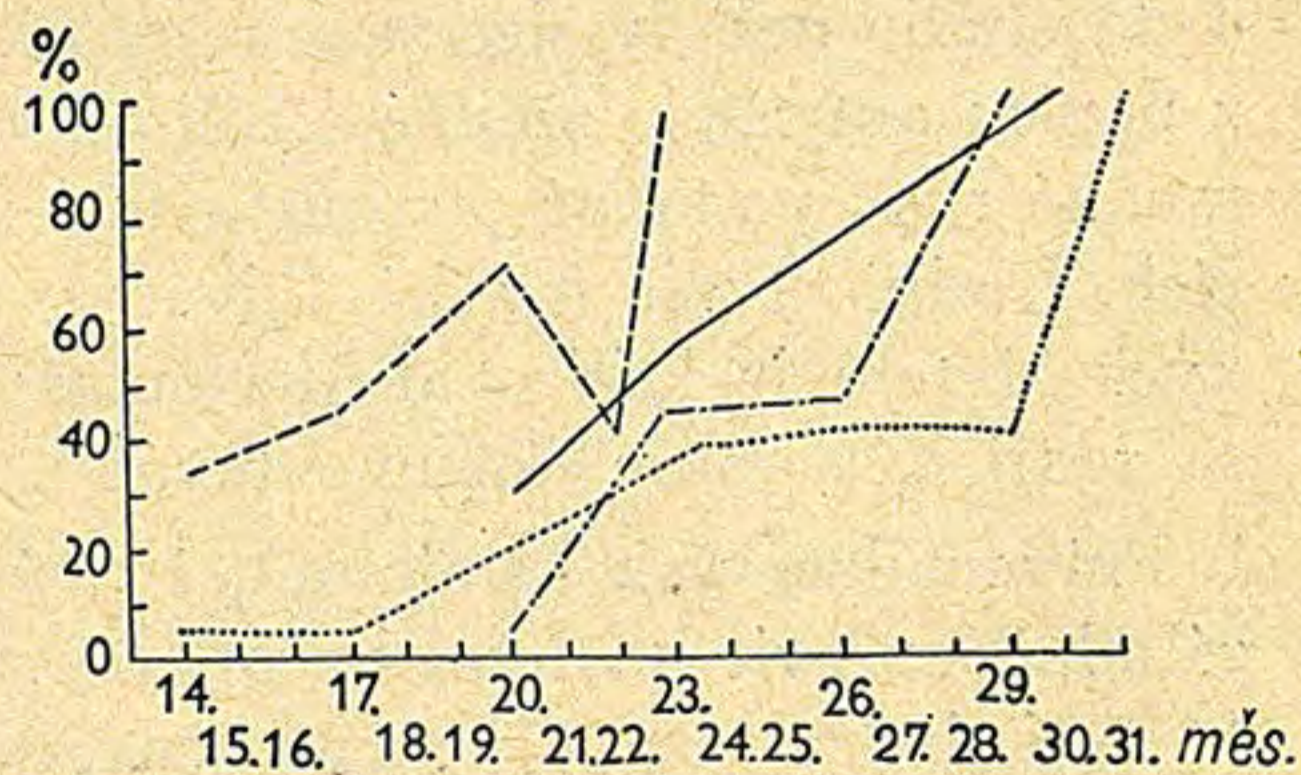
V NSR *Jürgen Weidemann* (1959) srovnával 121 dětí ve věku od 1 měsíce do 6 let v 6 různých ústavech s 62 dětmi téhož věku vychovávanými v rodinách a zjistil opoždění ústavních dětí při použití čtyř různých hodnotících škál asi o 20 % pod normu a pod úroveň dětí z rodin. Opoždění však bylo nejnápadnější mezi 3. až 5. rokem a postihovalo především učení, sociální chování a vývoj řeči. Autor se domnívá, že větší aktivita v péči o ústavní děti v posledních letech způsobila posun vývojového opoždění do pozdějších období, nestačila mu však zabránit docela. Ukazuje také na rozdíly ve vývoji dětí v různých ústavech: nejlépe se vyvíjejí děti z malých domovů s »rodinnou atmosférou«.

*A. Dürsenová* (1958) uvádí ve své monografii, že našla u dětí z ústavů jen 25 % školsky zralých začátečníků proti 85 % dětí z rodin a 60 % dětí z pěstounské péče.

V NDR zjišťuje opoždění ústavních dětí proti dětem z denních jeslí *Eva Schmidtová-Kolmerová* (1957, 1959). Vývojová úroveň dětí v ústavech koncem 3. roku jen v motorice dosahuje VQ asi 75, v ostatních ukazatelích zůstává pod VQ 70.

Také mnoho pediatriů z nejrozličnějších zemí upozorňovalo na závažnost psychického poškození ústavních dětí výstižnými klinickými popisy — *Ščelovanov* v SSSR, *H. Bakwin* v USA, *Nitschke* a *Köttgen* v Německu, *Mormone* v Itálii aj.

Poučným může být i »pokus« provedený nacisty za druhé světové války. I když chybějí přesnější data, z nichž by bylo možno vývoj dětí posoudit, dává přece jen přímou odpověď na námitku, že poruchy ústavních dětí mohou být způsobeny převážně negativním hereditárním výběrem. Máme na mysli zrůdnou akci tzv. »Lebensborn« (viz *Kraus-Kulka* 1958). Podle rasistických představ byli vybíráni mužové a ženy po



Graf 2. Vývoj řeči u dětí z rodin a z kolektivních zařízení. Diagram udává procento dětí z různého prostředí, které v daném věku vyslovují první smysluplná slova (»jednoslovné věty«). (Podle *Schmidtové-Kolmerové*, Z. ärztl. Fortbild. 53:1440, 1959)

důkladné psychiatrické prohlídce, tělesně a duševně zcela zdraví a zdatní, u nichž bylo prokázáno, že nepocházejí z rodin zatížených dědičnými chorobami. Ve zvláštních tajných táborech pak žili po nějakou dobu partneři společně, dokud žena neotěhotněla. Po porodu bylo dítě matce zakrátko odňato a vychovávalo ve speciálním dětském domově s účelem vytvořit »nadmídi« čistě rasy. Podle zprávy takového ústavu v Neubibergu se však všech 20 dětí, které tam byly opatrovány, ve vývoji těžce opožďovalo. Jen jedno dítě bylo »normální«, ostatní pozdě mluvily a mnohé se naučily zachovávat tělesnou čistotu až po 5. roce. Z některých byli přímo »idioti«. O příčinách se podává tato zpráva: »Scházelo jim to nejdůležitější, láska, skutečná láska matky. Nemluvňata ležela jako telátka v líhni. Nikdo k nim nepromluvil laskavého slova.«

Náš přehled následků ústavní péče by byl příliš jednostranný, kdybychom si nepovšimli i prací uvádějících *příznivější výsledky* a vyvozuje z nich nadějnější výhledy.

Předně je třeba uvést studie pracovníků z *Iowské university* (Skeels et al. 1938, 1940, 1945, 1948), kteří sledovali vliv soustavného výcviku na dětech v předškolním dětském domově. Skupina dětí podrobená výcviku (didaktickému — po vzoru mateřské školy) ve srovnání se skupinou bez výcviku se zlepšila v »inteligenci« (u dětí s inteligenčním kvocientem nad 80 činilo toto zlepšení po 400 dnech 16 bodů IQ), v motorickém vývoji, sociálním vývoji i v celkové úrovni chování. Tyto studie nebyly sice zaměřeny na rozbor poruch ústavních dětí, ale z popisu autorů je zřejmé, že šlo o děti deprivované, které měly jinak mnohé rysy podobné jako ústavníci v Goldfarbových a Bowlbyho pracích. I když studie Iowské university nezůstaly bez kritiky (ze statistických zřetelů je kritizoval McNemar), přece jen hlavní jejich výsledky se zdají být dobře dokumentovány.

Právem lze však namítnout, že vývojový stav dětí v ústavech nelze zásadně upravit pouhým formálním vyučováním jako v mateřské škole. Ani dítě v rodině není vyučováno mluvením a chůzí — učí se samo tím, že žije se svými rodiči společným denním životem a napodobuje je, »protože je má rádo«. Spíše než učení potřebují ústavní děti takový druh péče, který jim nahradí ztracený život rodinný. O to se pokusily již za války D. T. Burlinghamová a A. Freudová (1943) tím, že v ústavu pro děti do 4 let vytvořily »umělé rodinky«. Každá sestra dostala do *trvalé* péče skupinku 4 až 5 dětí, které se tak bohatě dostávaly do afektivního kontaktu s jednou dospělou osobou. Již po několika týdnech se u dětí vytvořily podobné vztahy jako u sourozenců (charakterizované směsí snášenlivosti a žárlivosti) a jejich vývoj se všestranně urychlil. Do 6 měsíců byl dokonce lepší než v průměrné

rodině. Nicméně i za těchto podmínek se po 6. měsíci projevilo jisté motorické opoždění a některé poruchy afektivní. Kolem 2 až 3 let se vývoj opět vyrovnával, ale přetrvávalo opoždění v řeči a v osvojování návyku tělesné čistoty.

Nadějnější prognózu zdůrazňuje i *Beres a Obers* (1950). Sledovali 38 mladistvých a dospělých, kteří strávili různě dlouhou dobu před svým 4. rokem věku v témž ústavu, odkud bral své případy *Goldfarb*, a kteří pak další léta prožili rovněž v pěstounské, adoptivní nebo rodinné péči. Ačkoliv jejich výběr byl spíše negativní (dobře zařazení unikli z evidence), přece jen našli ještě 7 osob (18%) zcela uspokojivě přizpůsobených. Nevylučují ovšem, že by pečlivá explorace mohla objevit pozůstatky deprivace prožitku i u těchto lidí. Z 28 případů, kde byl test opakován v delším časovém odstupu, našli v 16 vzestup IQ o 10 až 45 bodů, v jednom případě dokonce extrémní vzestup z IQ 59 na IQ 105. Domnívají se proto, že následky deprivace mohou být zčásti vyrovnány v pozdějším věku: rozdíl proti závěrům Goldfarbovým může plynout z toho, že k úpravě dochází v pozdější adolescenci nebo v dospělosti, kdežto Goldfarb sledoval děti jen do puberty. (K témuž závěru docházejí ostatně i *Clarkeovi*.) Našli také daleko rozmanitější klinický obraz obtíží a poruch u ostatních sledovaných osob, i když opět jejich společný základ vidí v »nezralosti charakterové struktury« (charakterizované mělkými vztahy k lidem, poruchou sexuálních vztahů, matnými životními ideály, neschopností snášet frustraci, nízkou výkonností a častým antisociálním chováním).

K podobným závěrům dochází i *Hilda Lewisová et al.* (1954) rozborem nálezu u 500 dětí přijatých do záchytu, z nichž skoro polovina byla v předškolním věku odloučena od rodiny a většinou prošla ústavní výchovou. Tyto ústavní děti byly zřetelně »narušenější« než ostatní děti, které přišly většinou z krajně špatných rodin. Přesto však 16% jich bylo relativně dobře přizpůsobeno, což odpovídá zhruba procentu, které vypočítal *Beres a Obers* (18%) i *Bowlby* (14% — viz dále).

*Bowlby* sám se pokusil v pozdější studii (1956) ověřit svou hypotézu o vlivu protrahované separace na charakterový vývoj dítěte lépe plánovaným katamnestickým sledováním 60 dětí umístěných před dokončením 4. roku v sanatoriu pro tuberkulózu na různě dlouhou dobu (většinou kratší než 18 měsíců). Srovnával je s třikrát větší kontrolní skupinou vybranou z jejich spolužáků stejného pohlaví a věkově nejbližších. Podle poměrů v sanatoriu soudě, byly tam podmínky pro deprivaci zřetelně menší než například v *Goldfarbově* ústavu, ale skutečné náhrady za matku nebylo ani zde dosaženo. Sanatorní děti se v pozdějším životě od kontrolní skupiny lišily především mnohem silnější tendencí k dennímu snění, nedostatkem koncentrace, iniciativy a sebedůvěry, za druhé pak větším sklonem k hrubosti, agresivitě a výbuchům zlosti. To odpovídá *Goldfarbovým* popisům i původní *Bowlbyho* hypotéze. Co do inteligence se však obě skupiny nelišily — a co

bylo ještě významnější, bylo tu 14 0/0 dětí velmi dobře přizpůsobených (podle přísného kritéria), i když výskyt nepřizpůsobenosti (64 0/0) zdá se být přece jen zvýšen. Delinkvence byla proti očekávání relativně řídká. Bowlby tedy opravuje svou původní domněnku, že děti vychovávané v ústavech po jistou dobu v útlém věku vesměs mají těžké poruchy osobnosti (psychopatické, bezcitné charaktery) a že se vyvíjejí v relativně homogenní skupinu »ústavníků«. Ve skutečnosti jsou rozdíly mezi dětmi, které prošly podobnou zkušeností ústavní deprivace, značné a jsou často závislé na vztahu k matce před separací, přičemž řada dětí projde relativně nedotčena.

Nepříznivý vliv časně ústavní výchovy na vývoj řeči prokazuje *M. L. Pringleová* a *V. Bossio* (1958, 1960) srovnáním 18 párů čtyřletých dětí z denních a z trvalých jeslí. Pečlivé měření ukázalo, že ve všech případech byl vývoj řeči u dětí z denních jeslí (žijících jinak ve špatných rodinách) podstatně lepší než u dětí z ústavů. Toto opoždění zjišťuje pak *Pringleová* a *Bossio* v další studii také u dětí starších — v 8, 11 a 14 letech. Ústavní děti byly mnohem častěji školsky nezralé, jejich výuka se opožďovala (bylo mezi nimi 2krát více špatných čtenářů než v normální populaci), vykazovaly vážnější stupně emočních poruch, vyznačených regresivními symptomy nebo snahou získat si pozornost. Přitom však přes 30 0/0 dětí bylo vcelku přizpůsobeno, což opět svědčí pro to, že ne každý ústavní pobyt musí dítě hrubě poškodit. Porovnáním dobře a špatně přizpůsobených dětí došla pak *Pringleová* a *Bossio* k důležitému závěru, že nepřizpůsobené děti byly ve skutečnosti »psychologicky deprivované«, tj. nevítané, zavrhované od útlého věku, bez trvalého citového vztahu k dospělé osobě, zatímco děti přizpůsobené přes své ústavní umístění byly milovány a ceněny, měly vztah k někomu mimo ústav (k rodičům, příbuzným, přátelům). Fyzická separace od rodičů a od domova a delší ústavní pobyt nemusí vést k emočním a intelektovým poruchám — záleží jedině na kvalitě lidských vztahů, které má dítě k dispozici.

Poslední léta přinesla několik dalších prací, které jasně ukazují možnosti dalekosáhlého zlepšení psychologické péče v ústavech. Tak *duPan* a *Roth* (1955) sledovali 14 dětí umístěných od narození v jednom instrukčním kojeneckém ústavu u Ženevy, kde personální a materiální vybavení bylo velmi dobré (1 žákyně na 2 až 3 děti) a kde byla propagována zásada »učinit život dětí co nejpodobnější životu v rodině«. Průměrné VQ podle Gesellových norem bylo 95 (nižší v řeči a sociálním chování a vyšší v motorice) a chování dětí působilo zcela normálním dojmem. *Wissler* a spolupracovníci (1954) pozorovali vývoj 27 dětí do 3 let hospitalizovaných pro tuberkulózu i nespecifická onemocnění dýchadel průměrně 5 měsíců v sanatoriu. Děti měly dost volnosti pohybové a přes den byly opatrovány touž sestrou, která měla na starosti 4 až 6 dětí. U tří čtvrtin dětí nebyl prokázán žádný významnější pokles VQ. (U 7 dětí nicméně byl pokles zřetelný.)

Ve Švédsku *G. Klackenberg* (1956) srovnával vývoj dětí z kojeneckého ústavu s vývojem dětí vychovávaných nejméně do 6 měsíců u matky a pak nejméně po 3 měsíce v ústavu a s vývojem dětí vychovávaných po celý první rok v pěstounské rodině. Dostal tyto výsledky:

	Průměrný VQ podle Bühlerové	Počet dětí
I. Děti stále v kojeneckém ústavu	108	46
II. Děti do 6 měsíců u matky a pak v kojeneckém ústavě	105	44
III. Děti stále v pěstounské rodině	120	21

I když děti III. skupiny jsou ve vývoji významně lepší než děti prvních dvou skupin, možno považovat vývoj ústavních dětí za velmi dobrý. Ani emoční poruchy, přestože se vyskytují, nejsou zdaleka tak výrazné jako ve studiích Spitzových. Ústav ovšem dbal na to, aby byla zajištěna náhrada za matku a stabilita péče — 1 sestra na 2 až 3 děti.

*Bertoye* (1957), který pozoroval 1219 hypotrofických kojenců v ozdravovně v Lyonu, usuzuje, že není nutné zhoršení psychomotorického vývoje, jsou-li učiněna potřebná opatření, čímž rozumí jednu sestru na dvě děti, minimální střídání personálu a jeho výběr s ohledem k osobním vlastnostem.

V Sovětském svazu, kde řada pracovníků upozorňuje na problémy hospitalismu a »pedagogického deficitu«, zejména v oblasti vývoje řeči (*E. I. Tichajeva* 1948), ale i v oblasti emocionální (*Ščelovanov-Aksarinová, Loginov*), se v poslední době stále častěji referuje o ústavech, kde tento problém je již prakticky z největší části vyřešen.

*Bakwin v USA* (1949) referuje o velkém nalezinci, kde mezi 250 dětmi nenašel ani jediný výrazný případ emoční deprivace a kde děti »vykazovaly všechno to, co ještě před lety bylo velkou vzácností — normální vývoj«.

*O. Tezner* (1956), který v dětském domově u čtyřletých dětí zjišťuje IQ mezi 100 až 75 a přiznává opožďování některých dětí, upozorňuje zároveň na nápadné zlepšení dětí přicházejících z velmi špatných rodin.

Zajímavé jsou téměř 40leté zkušenosti s kolektivní výchovou v Izraeli (viz *Caplan, Glaser, Woolf, Golan, Rabin, Rapaport*). Hnutí *kibuc*, jež vyrostlo z protestu proti patriarchální buržoazní židovské rodině, směřovalo od počátku ke kolektivnímu životu, a vychovávalo proto děti od narození až do 18 let za zcela specifických podmínek. Děti žijí od samého počátku v dětských domovech odděleně od rodičů pod vedením pěstounky (*metapelet*) ve skupině svých vrstevníků, zachovávají si však přitom úzký vztah k rodičům. V prvním roce, zejména po dobu kojení, má hlavní péči o dítě matka, od druhého roku je však role matky ve výchově vedlejší a spíše jen »přátelská« (a tedy i velmi permissivní), zatímco úkol socializovat a ukáznit dítě připadá odpovědné pěstounce. Každý den odpoledne tráví děti 2 až 3 hodiny u svých rodičů, v sobotu a o svátcích většinu dne.

(Rodinná pouta jsou tedy zachována a v poslední době je patrna tendence spíše je posilovat.) Metapelet pečuje v určitém věkovém období stále o tytéž děti, které k ní přilnou jako k matce a živě se k ní hlásí, i když už přejdou do jiné, vyšší skupiny, k jiné metapelet. Dítěti v kibuci nedostává se tedy docela jednotné spojitě mateřské péče, ale spíše střídající se mateřské péče (»intermittent mothering«), rozdělené nejméně mezi dvě osoby. Občas dochází i ke konfliktům a žárlivosti mezi rodiči a metapelet. Vcelku bývají tyto pěstounky aspoň částečně profesionálně vzdělané a zpravidla dosti citově vřelé k svěřeným dětem. Za těchto podmínek, jež se odlišují dosti značně od běžných ústavních podmínek a podobají se spíše velké pěstounské rodině, vyvíjejí se děti většinou velmi příznivě. V batolecím věku, kdy dítě má velmi silné citové potřeby, je však i zde patrné jisté zastávání vývoje proti dětem z rodin (A. I. Rabin). Tento rozdíl se však v pozdějším věku vyrovnává — v 9 až 11 letech není už žádné významné diference, spíše děti z kibuce předčí děti z rodin. Také Kurt Glaser (1956) uvádí opožďování v batolecím věku a některé rysy typické pro ústavní děti v 5 až 7 letech a pak úplné zotavení a dobrou přizpůsobivost v adolescenci a dospělosti. Katamnstická sledování svědčí pro to, že děti vychovávané v kibuci, které již dosáhly dospělosti, jsou valnou většinou zdravé osobnosti s výbornou schopností adaptace. G. Caplan shledal, že mládež z kibuce je stabilní, vyrovnaná, kooperativní, bez závislosti a agresivity, bez delinkvence a sexuálních deviací. Počet neurotických jedinců byl minimální. Nicméně i tak se řada autorů vyslovuje s pochybnostmi o tom, zda za podmínek větší životní nejistoty a samostatné odpovědnosti mimo ochranné kolektivní společenství kibuce nebo mimo armádu by se zdánlivá stabilita nezhroutila. Tak časná socializace dítěte vede jistě k vytvoření silného pocitu skupinové solidarity a ke skupinové kontrole individuálního chování, jak ukázala H. Faiginová (1958): Děti brzy užívají termínů »my« a »naše« a soutěživost existuje spíše mezi skupinami než uvnitř skupin. Zůstává ovšem stále otázkou, do jaké míry je tato intenzivní socializace pro vývoj dítěte výhodná.

### ČESKOSLOVENSKÉ STUDIE O ÚSTAVNÍCH DĚTECH

Po přehledu nejdůležitější světové literatury můžeme si položit otázku, jaké jsou problémy deprivace ústavního dítěte v *našich podmínkách*. Poměry v jiných zemích jsou v mnohém odlišné od podmínek a možností kolektivní výchovy za socialistického zřízení, a nelze tedy beze všeho cizí zkušenosti přenášet k nám. V posledních desíti letech došlo v našich ústavech k podstatnému zlepšení výchovných podmínek a péče o psychický vývoj se dostala leckde do popředí zájmu ústavních pracovníků. Nicméně ani u nás (stejně jako v NDR nebo v SSSR) není problematika »institucionalismu« ještě beze zbytku vyřešena, jak dobře vědí sami pracovníci z dětských domovů.

Tak píše ředitelka dětského domova pro předškolní děti M. Vacková (1958): »Je stále ještě častým zjevem, že dítě přicházející z dětského domova pro děti do tří let nepronese ani jediné srozumitelné slovo.« Poukazuje rovněž na to, že šestileté ústavní děti nejsou zralé pro školu

a doporučuje u nich odklad školní docházky o rok. Jiná vychovatelka z dětského domova L. Nohejlová-Vokounová (1958) všímá si spíše nedostatečných citových a sociálních zkušeností ústavních dětí, které až do dospělosti nikdy nepoznají život v rodině, lásku, teplo domova, a ptá se: »Jak asi bude vypadat rodina, kterou sami jednou založí?« Časté příznaky hospitalismu a citového otupění u dětí v jeslích s nočním provozem popisuje také L. Pevná (1961).

Sami jsme měli příležitost již vícekrát zachytit celé skupiny dětí předávaných z určitého batolecího dětského domova do předškolního s příznaky hrubé deprivace. Příznačné v těchto případech vždy bylo, že celá skupina takovýchto nových dětí se zcela nápadně odlišovala nejen od ostatních dětí v předškolním domově, ale i od dětí přijatých z jiných ústavů. Všechny děti vykazovaly překvapivě shodné vývojové opoždění, většinou velmi závažné, nezkušenost v běžném zacházení s hračkami a nedostatek hygienických a sociálních návyků. Personál ústavu měl za těchto okolností pochopitelnou tendenci tuto skupinu jen dále separovat, aby »nenarušovala« nebo »nezatěžovala« kolektiv. Stejně příznačné však bylo, že při vhodné péči v novém, stimulačně bohatším a vydatnějším prostředí celá skupina poměrně rychle opoždění vyrovnávala, přičemž byla patrná již i větší individuální variabilita vývojového postupu, temperamentu a vůbec rysů osobnosti, jež byly dříve deprivací takřka úplně setřeny.

Pro ilustraci uvádíme aspoň zkrácené kasuistiky dvou dětí, které přišly v září 1961 do dětského domova pro děti od 3 do 6 let z ústavu pro batolata spolu s dalšími 14 dětmi. Všech 16 dětí vykazovalo hrubé poruchy vývoje a chování, žádné nebylo možno označit jako »normální«. Podle záznamů bylo možno zjistit, že se tyto poruchy zřejmě postupně vyvíjely a zhoršovaly s každým přesunem do nového prostředí.

První z těchto dětí, Věra Š., byla přijata do kojeneckého ústavu ve věku 3 měsíců z rodiny s nevyhovujícími bytovými podmínkami. Dítě do té doby v jeslích špatně prospívalo, trpělo nechutenstvím. První měsíc v ústavu prodělalo dyspepsii, bylo léčeno transfúzí; později kromě rýmy a furunkulózy nestonalo. Při propuštění z ústavu uvádí lékař přiměřený neuropsychický vývoj: sama stojí, pokouší se o samostatné krůčky. Při přechodu do dětského domova je plačtivá, nehraje si. Po měsíci se však zdá, že se přizpůsobuje a zvyká si na kolektiv dětí, je veselější. Dobře zachovává tělesnou čistotu a dobře jí. V dalších měsících však dále trvá a ještě se prohlubuje zlostnost a plačtivost. Opoždění v řeči je stále nápadnější, udržování tělesné čistoty se zhoršuje. Koncem pobytu se zdá vychovatelkám opět živá a se zájmem, dobře vyvinutá. Při dalším přemístění do předškolního dětského domova po 3 letech je však její chování hrubě abnormální: je velmi úzkostná, vydrží pro maličkost plakat i několik hodin bez přestání, pak odmítá jídlo, hračky i lidi, sedí v koutku s neurčitým pohledem do prázdna, intenzívně

dumlá a provádí stereotypní kývavé pohyby. Brání se jakékoliv změně, i do šatny musí být odvedena násilím. Pomočuje se v noci i ve dne. Řeč je obsahově chudá, těžce patlavá, skoro nesrozumitelná. Celková úroveň intelektových projevů odpovídá slaboduchosti, ač nonverbální úkoly ukazují na poměrně dobré vlohy. Somaticky je přiměřené výšky, velmi drobné kostry a nápadně chabého svalstva. (Vadné držení těla, plochá záda a vbočené ploché nohy. Adenoidní vegetace, hypertrofické tonzily. Bez známek organického poškození CNS.) Byla nápadně upnuta na jedno dítě, které s ní sdílelo téměř celou ústavní dráhu; bez něho je úzkostná a ještě tupější.

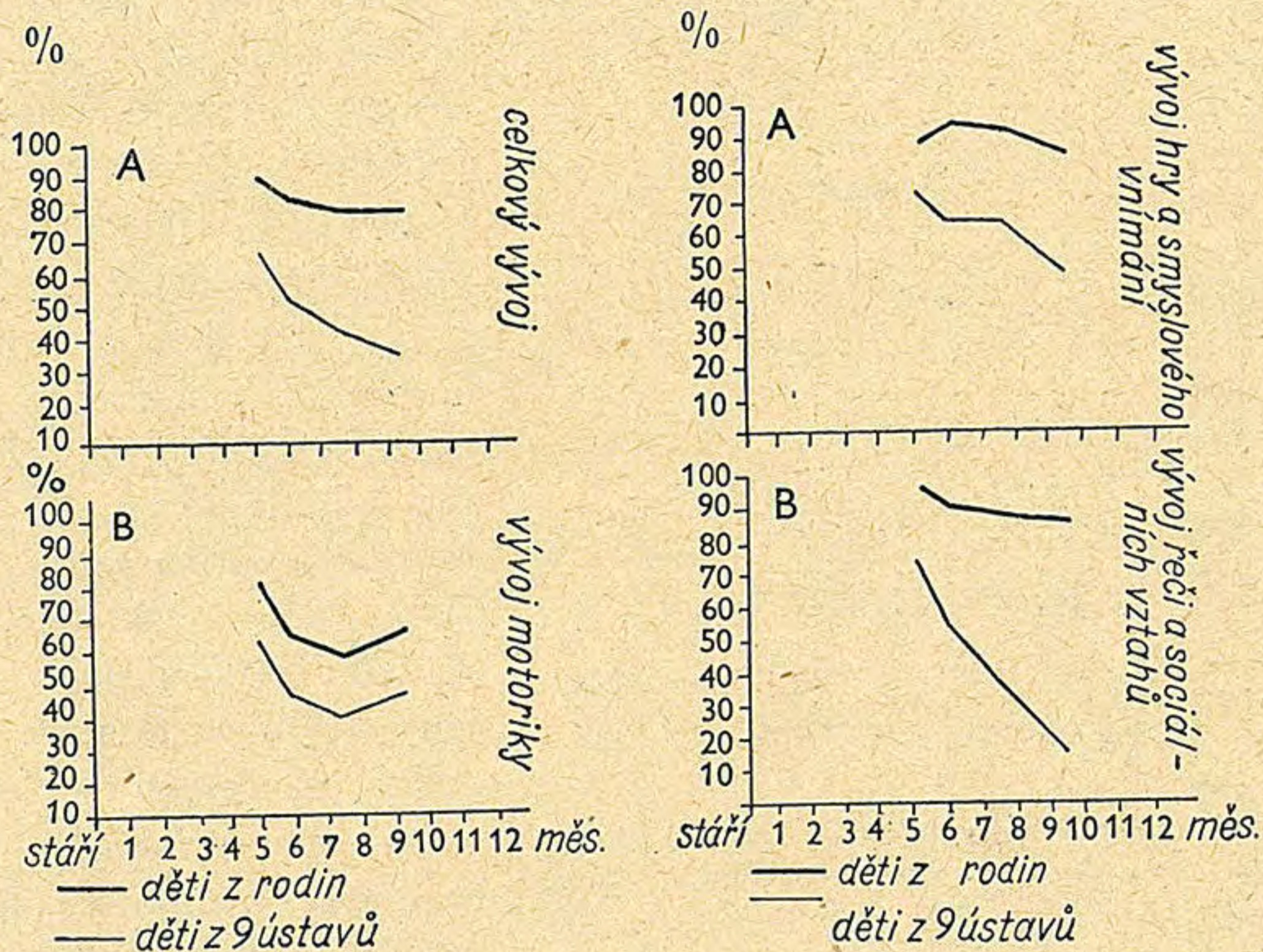
Toto druhé dítě, Jiří Š., přišlo do kojeneckého ústavu se svobodnou matkou a do 6 měsíců se tam vyvíjelo dobře. Po odchodu matky mělo recidivující rino-faryngitidy. Chlapec je při propuštění posuzován rovněž jako normálně vyvinutý, ale přijímající pedagog v dětském domově poznamenává, že chlapec sám nechodí, nejí, neudrzuje čistotu. Opoždění v řeči a v sociálních návycích se během pobytu v domově postupně vyrovnávalo. Po příchodu do předškolního dětského domova je však i jeho chování hrubě narušeno: je agresivní, bije a kouše děti i dospělé. V ničem neposlechne, dělá si, co se mu zachce. Ničí hračky, vyhazuje jídlo a strká je dětem za košili, hrabe se rukama ve výkalech, které i jí, pobývá co nejvíce na záchodě. Usíná velmi pozdě, klátí sebou na posteli s rukama v ústech, přitom křičí a ruší ostatní děti. Kývavé automatismy a masturbace jsou velmi nápadné. Pomočuje se při nočním i při denním spánku. Terapie chlorpromazinem zůstala bez efektu. I psychický vývoj chlapcův odpovídá slaboduchosti. Somaticky má nápadně chabé svalstvo. Mírná obezita, ploché vbočené nohy, vadné držení těla. Bez známek organického poškození CNS.

Také všech dalších 14 přeřazených dětí vykazovalo hrubé poruchy chování a podobný stav somatický, ovšem v různém stupni a s převahou buď plačtivého, závislého chování, nebo s agresivními tendencemi.

*O. Meszárošová a M. Jurčová* (1956) zjistily pozorováním 186 dětí z denních jeslí, 87 dětí z týdenních jeslí a 43 dětí z trvalých ústavů ve věku 6 až 24 měsíců významné opoždění ústavních dětí nejvíce v řeči, ale i v motorice, ve hře a v osvojování užitečných návyků. Děti ústavní měly také daleko nejvyšší výskyt pohybových automatismů a dumláním. Příčinu spatřují pracovnice v nedostatečném kontaktu dítěte s dospělými.

*M. Damborská* prováděla pečlivé vyšetřování kojenců v ústavu, který vede, po řadu let a z několika hledisek. Při původním pozorování (1957) ústavních dětí a dětí z rodin (24 přijatelně zpárované dvojice ve věku  $\frac{1}{2}$  roku a 12 dvojic ve věku  $\frac{3}{4}$  roku) vyšetřených Gesellovým testem zjistila: Do 3 měsíců se děti z kojeneckého ústavu proti dětem z rodin neopožďovaly (v té době pečují o děti v ústavu ještě většinou matky). Ve 2. čtvrtletí začíná se vývojové opoždění projevat hlavně v motorice, ale už i v přípravné fázi řeči. Po 6. měsíci se ústavní děti opožďují v sezení (ale dříve lezou — což je vlivem meto-

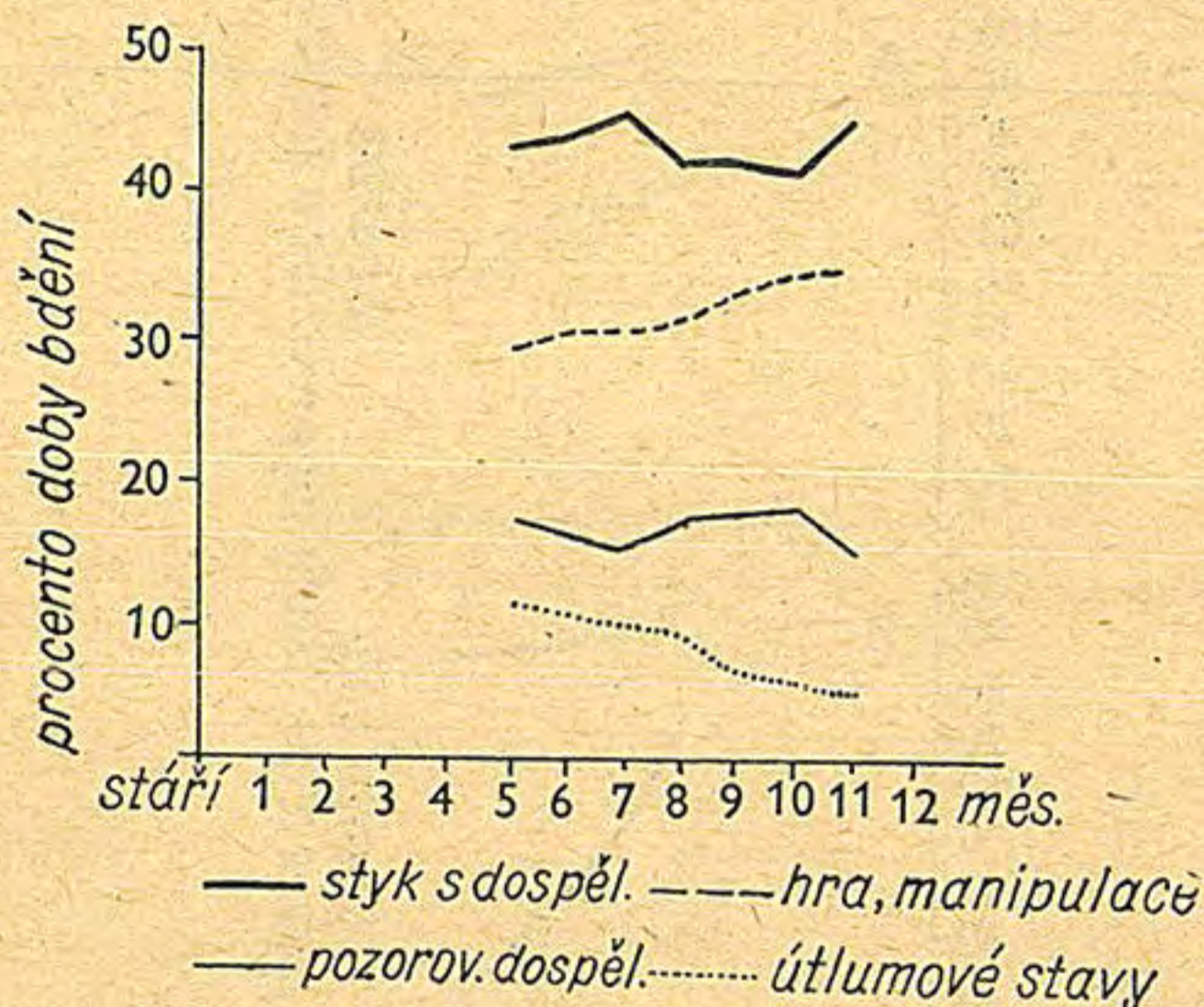
díky pohybové výchovy), nejnápadnější je však opoždění řeči. Tělesný stav ústavních dětí je většinou velmi příznivý, nicméně přibývají méně na váze, zvláště ve 2. a 3. čtvrtletí a mívají více respiračních infekcí, zvláště dlouhotrvající typické rýmy. (Zcela obdobný nálezn z moskev-



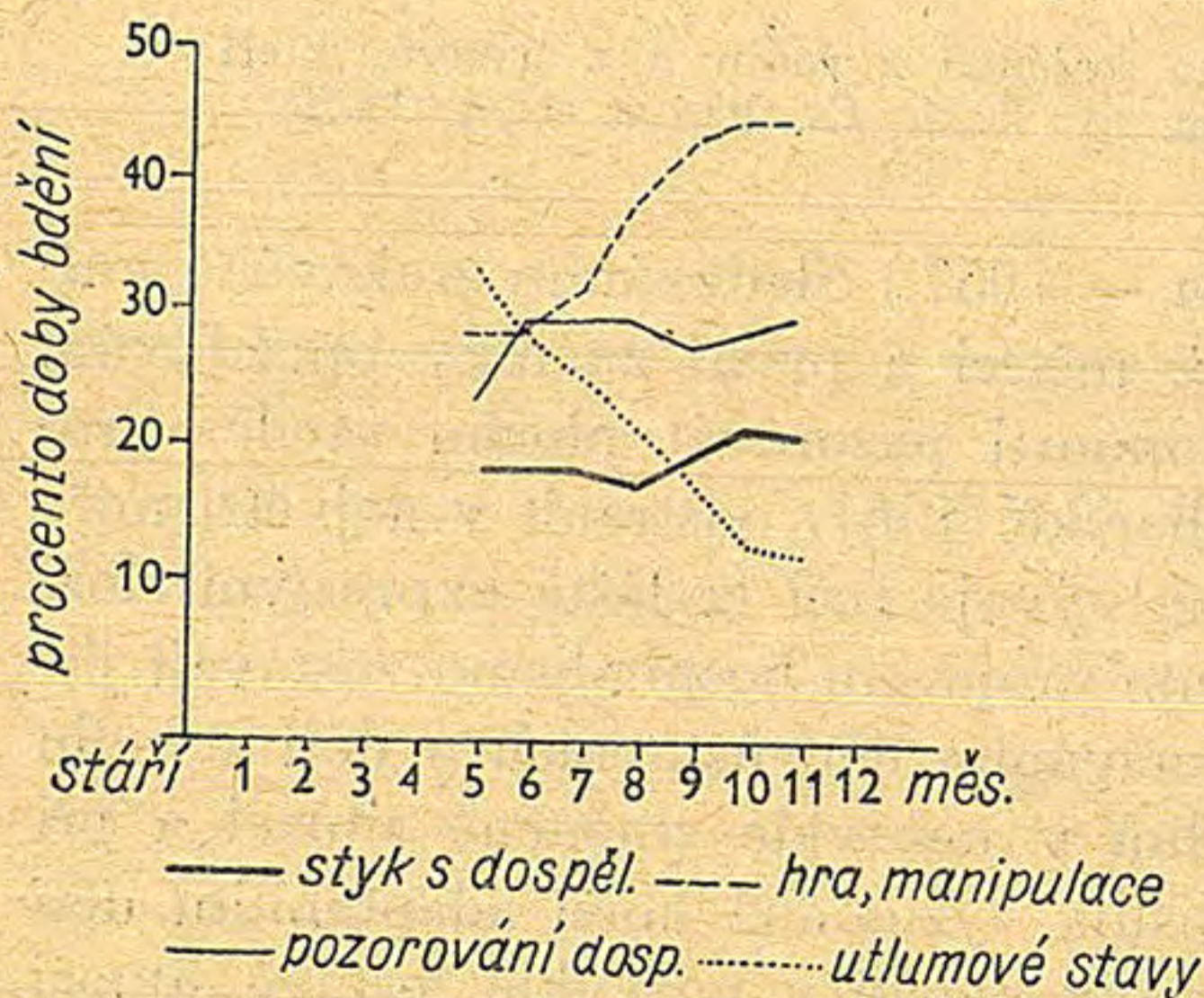
Graf. 3 a 4. Srovnání procenta kojenců z rodin a z ústavů, kteří splnili neuropsychická kritéria. (J. Koch, Čs. Pediat. 14/4, 1961)

ských jeslí uvádí K. P. Veselkova — 1957.) Sledováním zrakového vnímání zjišťuje dobrý vývoj ve 3. měsíci a první známky opoždování v tomto sektoru teprve ve schopnosti pozorovat plochu vsedě. Prohloubenou péčí podařilo se Damborské (1961) odstranit v největší míře vývojové opoždování dětí, kromě vývoje řeči (zvláště expresivní složky), ale nejnápadnějším zbývajícím projevem hospitalismu zůstávají jisté poruchy ve sféře citové. Srovnáváním dětí ústavních a dětí z rodin (40 párů) starých 24 až 40 týdnů v nezvykle změněné situaci a při předložení neznámých hraček zjistila významně horší adaptabilitu dětí z kojeneckého ústavu. Silné projevy napětí v nezvyklé testové situaci (v neznámé vyšetřovně a za testovacím stolcem), tj. chudší vokalizace, vymizení úsměvu, zhoršené soustředění, zrychlené dýchání, pláč aj., pozorovala u dětí ústavních třikrát častěji, silné projevy strachu při

předložení neznámého předmětu dokonce sedmkrát častěji než u dětí z rodin. Autorka vidí hlavní příčinu v tom, že děti v rodinách mají větší variabilitu prostředí a systematicky přivykají změnám, přičemž mají stálého průvodce v osobě matky. U dětí ústavních je tomu právě naopak. Avšak i tyto děti, mají-li intenzivní citový vztah k jedné osobě, překonávají své napětí a strach výrazně snadněji v přítomnosti této osoby.



Graf 5. Rozdělení doby bdění u kojenců sledovaných v rodinách. (J. Koch, Čs. Pediat. 14/4, 1961)



Graf 6. Rozdělení doby bdění u kojenců sledovaných v kojeneckých ústavech. (J. Koch, Čs. Pediat. 14/4, 1961)

J. Koch (1961) srovnává vývoj kojenců v rodinách s vývojem dětí v 9 našich kojeneckých ústavech a dochází ke zjištění, že v 5. měsíci splňuje vývojová kritéria 90 % dětí z rodin a jen 70 % dětí z kojeneckých ústavů. V 10. měsíci však už jen 35 % ústavních dětí zvládá úkoly, které jsou tomuto věku přiměřené. Grafy, které uvádíme, ukazují časový průběh vývoje obou skupin v několika základních funkcích. Největší rozdíl je zaznamenán ve vývoji řeči a sociálních vztahů, kde v 10. měsíci jen 12 % ústavních dětí splňuje vývojová kritéria proti 90 % dětí z rodin.

Podrobným sledováním dětí v určité vymezené době bylo možno prokázat, že u kojenců v rodině připadá 75 % doby bdění na styk s lidmi a aktivní hru, kdežto 25 % na sledování lidí a na stavy nečinnosti. U ko-

jenců v ústavech zabírá přímý styk s lidmi relativně nejméně času a pasívní pozorování dospělých je mnohem častější. Navíc však bylo zjištěno, že pozoruhodné rozdíly v uvedených ukazatelích jsou i mezi jednotlivými ústavu. Tak např. v »nejlepším« ústavu jsou děti v kontaktu s dospělými dvakrát častěji než v ústavu »nejhorším«. Stejný poměr je u »pozorování dospělých« a v případě »útlumových stavů« je dokonce 1 : 4. Autor konstatuje, že doba, po kterou děti setravávají v útlumových stavech, je ukazatelem výchovné úrovně ústavu. Současně však je možno zjistit, že i jednotlivým dětem v téže místnosti a v péči téže sestry se dostává zcela jiných podnětů. Tak např. »nejpřitažlivější« dítě ve skupině bylo s dospělými v kontaktu třikrát častěji než dítě nejméně přitažlivé, které naopak bylo šestkrát častěji v útlumových stavech. »Nejlepší« ústavy dávají dětem v některých oblastech výchovy už dnes skoro tolik, kolik dává průměrná rodina, a »oblíbené« děti se skoro ve všech ústavech rozvíjejí tak jako děti v rodinách. Jsou tedy ještě mnohé rezervy v našich možnostech, které — jak soudí autor — nás opravňují předvídat, že co se dnes daří s jednotlivými dětmi a v jednotlivých ústavech, může se stát zítra obecným jevem.

Problematiku ústavních dětí školního věku studovala *Olga Kolaříková* (1961) z Dětské psychologické poradny v Brně. Podstatnější opožďování vývoje shledává u 40 až 50 % ústavních dětí a u zbývajících alespoň »neúplnou školskou zralost«. Varovné je její zjištění, že v domovech se zvýšenou výchovnou péčí (DZVP) bylo 38 % dětí s předchozí pětiletou i delší ústavní výchovou. Jádro malformace ústavního dítěte vidí v emoční plochosti a nedokonalosti emočně sociálních vazeb, jejímiž nejčastějšími projevy bývá předčasná sexuální aktivita nebo disociálnost (časné drobné krádeže, potulky).

#### **VLASTNÍ STUDIE**

##### a) Děti z domovů se zvýšenou výchovnou péčí

Nálezy O. Kolaříkové můžeme zčásti potvrdit i z našeho materiálu. Rozborem údajů o chovancích DZVP ve Středočeském kraji shledali jsme například, že ze 163 zachycených případů v letech 1960 a 1961 bylo 47 (tj. 29 %) v péči dětských domovů po 5 a více let. Zatímco v celé skupině jsou nejčastějším důvodem přijetí krádeže a toulky, jsou ústavníci depravanti přijímáni pro agresivitu (ubližování menším, pračky apod.), pak pro »nekázeň« a porušování ústavního řádu a pak

teprve pro toulky, krádeže, útoky aj. Také jejich chování v DZVP je charakterizováno jinak než chování ostatních chovanců. U těch totiž jsou přibližně stejným počtem zastoupeny dvě krajnosti: dítě je buď pohodlné, líné, bez zájmu o práci a o školu, nebo je to opozičník, drzý, vzpurný, umíněný, negativistický apod. Depravanti s časnou ústavnickou historií jsou však převážně charakterizováni jako »těkaví, nestálí, neklidní, náladoví, hraví, infantilní«. Často je udávána i předčasná sexuální aktivita. Zatímco věkový průměr celé skupiny dětí v DZVP je 14 let, činí průměrný věk podskupiny chovanců s časnou ústavnickou historií jen 12 a půl roku. Znamená to, že se dostávají do zařízení pro nápravnou výchovu poměrně nejčasněji a patrně i nejsnadněji, neboť přemístění ústavního dítěte činí menší obtíže než přemístění dítěte z rodiny. Ve společnosti starších, silnějších a »ostřílenějších« chovanců pak velmi rychle ztrácejí svou agresivitu a ostatní rysy chování, jež bylo původně důvodem přemístění, a zůstává jim jen ona základní »ústavní« charakteristika, tj. nestálost, náladovost, infantilismus. Potvrzuje to do jisté míry i šetření, které jsme provedli v r. 1962 formou sociogramu se 110 chlapci z DZVP Středočeského kraje. Každý chlapec odpovídal nejprve na řadu otázek a pak měl uvést jména 3 chlapců, které ve svém ústavu pokládá za své nejlepší kamarády, které za největší zbabělce, které za nejhodnější, nejodvážnější, nejinteligentnější, největší sobce, ulejšváky atd. Stejně hodnocení prováděli i všichni vychovatelé. Průzkum měl ukázat, jak je dítě ve své skupině zařazeno, a měl přispět vychovatelům k orientaci jejich nápravného působení. V uvedené skupině bylo 12 dětí vychovávaných v ústavech již od doby před 3. rokem. Z těchto 12 dětí jich 5 (tj. 42 %) bylo hodnoceno mezi největšími zbabělci (z celé skupiny bylo takových dětí jen 15, tj. 14 %) a stejný počet jich nebyl hodnocen ani příznivě, ani záporně, jakoby jejich osobnost nevyvolávala v kolektivu pražádnou odezvu (v celé skupině včetně těchto »ústavníků« bylo takových dětí jen 20, tj. 18 %). Máme za to, že tu jde o jistý typ »ústavního dítěte«, který je patrně vyhrocením nebo jednou z variant sociální »hyperaktivity«, s níž se setkáváme u předškolních dětí v ústavech velmi často. Poněvadž jsme většinu těchto dětí sledovali na jejich ústavní dráze již od prvních let života, můžeme zpětně přehlédnout vývoj těch povahových rysů, které je nakonec přivedly z »normálního« ústavního kolektivu do kolektivu ústavu nápravně výchovného. Ve školním dětském domově bývá jejich chování charakterizováno většinou jako obtížné, nezvládnutelné »zlobení«, uvádějí se stále provo-

kace vůči vychovatelům, naschvály, rušení ústavního řádu, ubližování druhým dětem, útky atd. V předškolním ústavu jsou uváděny rovněž nejčastěji agrese, úzkostné projevy a provokativní zlobení. Konečně v batolecím dětském domově působí tyto děti dojmem stálé neuspokojenosti a krajní nevyrovnanosti. Zmocní se hračky, ale nehrají si s ní, jen ji drží a jsou stále připraveny ji bránit. Jsou zřejmě rády ve společnosti dospělého, ale odpuzují ho svými zlobnými výbuchy při každé příležitosti. Sestry o těchto dětech sdělují, »že kolektiv je obtěžuje a ruší a naopak že ony ruší a obtěžují kolektiv«.

Typickým příkladem tohoto typu je chlapec Z. P., nyní dvouletý. Provokuje všemožně pozornost dospělých a na druhé děti je »zlý«. Sestrám je »protivný, jak si všechno vymáhá«. I na oddělení nemocnice, kam byl na krátkou dobu přeložen, byl právě tím »všem protivný«. V posledním půlroce je u něho patrná vývojová stagnace. Jeho snaha po kontaktu je takového rázu, že budí odpor — a tím u něho vzniká nedostatek kontaktu.

Nadměrná pohyblivost, která vede ke stálým srážkám s požadavky »výchovního režimu«, je jedním z nejnápadnějších rysů jejich chování. (Jistě není náhodou, že mezi těmito dětmi bývají mnohé diagnostikované současně jako případy lehké dětské encefalopatie, a že tedy výsledný obraz obtíží je tu dán často souhrou nepříznivých činitelů endogenních i exogenních, jak se o tom ještě dále zmíníme.)

Zde pro ilustraci uvedeme aspoň jeden typický případ děvčete M. F., které bylo vyšetřeno poprvé ve svých 9 měsících v kojeneckém ústavu. Ve vývoji je mírně opožděno, má intenzivní zájem o hračky, které si brání a nikomu nevydá. Při novém vyšetření ve 3 letech a 3 měsících, kdy je u ní shledána spastická paraparéza, dosud jen naznačená, a jiné drobné známky poškození CNS, je hodnocen její mentální vývoj jako podprůměrný. Nápadné jsou však afektivní projevy. Je »nesmírně zlostná«, současně však milá. Provokuje pozornost tím, že nereaguje na pokyny a zákazy, ničí hračky. Po vyšetření, když má odejít z vyšetřovny, ztropí scénu, válí se po zemi, křičí, vzteká se. Po celou dobu pobytu se tyto rysy chování udržují. Nesnáší se s dětmi, bere jim věci, je-li nějaké dítě sestrou pochváleno, napadne je divoce. Později ve školním dětském domově byla »kázeňsky nezvládnutelná« — byla převedena do zvláštní internátní školy. Tam je její chování, jež bychom nejspíše označili jako »sociální provokaci«, obohaceno o další prvky: ruší ve škole, kope do lavic, bije děti a často znemožní vůbec vyučování — dovede být velmi milá k vychovatelce a současně »nepředvídatelně« neposlušná. Stále chce být první: je-li např. vyvolán někdo jiný, vzteká se a truceje. Na vycházkách zásadně dělá to, co se nepovoluje, a nedělá to, co se žádá — provokuje i hrubými nadávkami. Obraz dokresluje charakteristický návrh školy a ústavu: umístění v domově se zvýšenou výchovnou péčí.

Jiné děti tohoto hyperaktivního typu, jejichž chování však není vyznačeno provokacemi, agresivitou a vzpourou proti výchovnému ve-

dení, ale snahou domoci se pozornosti předvádivým a vtíravým chováním, děti s přepjatým zájmem sociálním a minimálním zájmem pracovním, dostávají se spíše do zvláštních dětských domovů, i když jejich intelektové schopnosti jsou dobré. Děti útlumového typu, které nepůsobí v kolektivu obtíže, nemají zvláštních zájmů a přizpůsobují se vedení natolik, že dělají to, co musí, zůstávají nejspíše v normálních dětských domovech.

Na rozlišení ústavních dětí na inhibovaný (pasivní) a agresivní typ v předškolním věku upozornila už J. Roudinescová, Fischerová, u nás Damborská už u kojenců (útlumový — hyperaktivní typ), Nováková u dětí v předškolních dětských domovech (utlumení — uvolnění). Souvislost s pozdějším vystupňováním v určitý typ deprivované osobnosti bude ovšem nutno teprve podrobněji prozkoumat.

#### b) Děti z normálních dětských domovů

Pokud jde o otázku školní zralosti, můžeme potvrdit názor, že děti z předškolních dětských domovů nebývají v 6 letech zralé pro školní docházku (viz A. Smržová, 1957), podrobnější studií, kterou jsme podnikli v jednom ústavu Východočeského kraje. Vyšetřili jsme koncem školního roku 26 dětí (po vyloučení dětí oligofrenních), které měly po prázdninách jít do školy. Z nich 9 bylo v ústavní výchově již před svým 3. rokem (I. skupina) a 17 jich žilo v útlém věku v rodinách, a to vesměs velmi špatných, a teprve po 3. roce byly umístěny většinou na soudní usnesení v dětském domově (II. skupina). Mezi oběma skupinami byly nápadné a statisticky významné rozdíly v řadě ukazatelů. Průměrný IQ podle Termana byl u I. skupiny 78,2 a u II. skupiny 93,3. Průměrný čas při Seguinově zkoušce vkládání formiček byl u I. skupiny 50,7 vt. (7,3 chyby), u II. skupiny 35,4 vt. (2,2 chyby). I. skupina byla také zřetelně horší při práci na Lurijově pokusu, ač překrývání zde bylo větší. V Kernově zkoušce školní zralosti, doplněné řadou dalších úkolů, ukázaly se děti I. skupiny vesměs jako školsky zcela nezralé (jen 3 děti dosahovaly částečné úrovně středního stadia, žádné pozdního stadia), zatímco děti II. skupiny patřily v průměru ke střednímu stupni. Zajímavé je, že posouzení maturace podle vyzrálosti základních rytmů na eeg nepřineslo tak zřetelných rozdílů: po této stránce většina dětí obou skupin vykazovala přiměřeně zralý záznam (na rozdíl od dětí oligofrenních) bez ohledu na to, kdy byly do ústavu přijaty.

Důkladný přehled o psychickém vývoji ústavních dětí u nás podávají

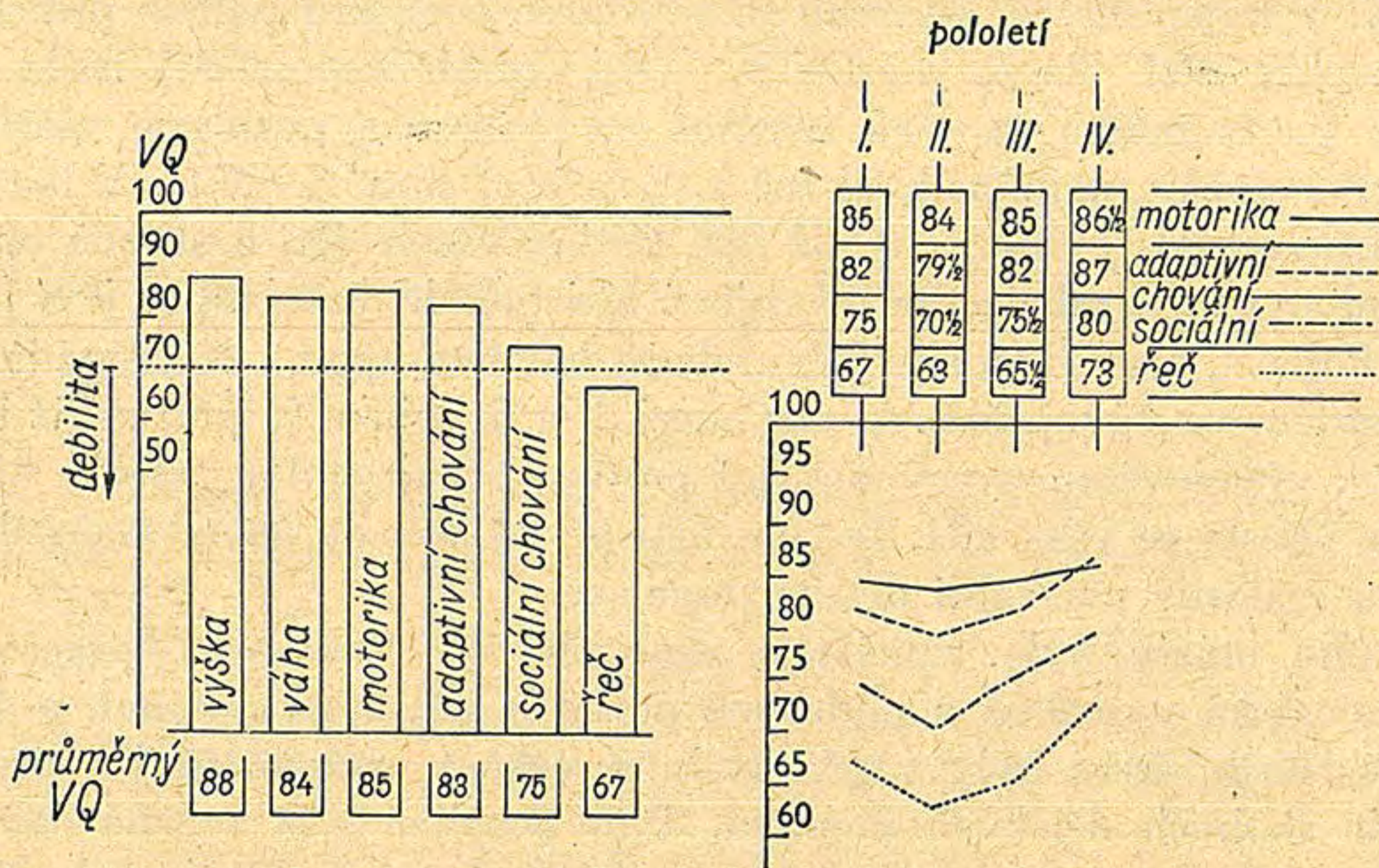
i pracovníci krajské psychiatrické poradny pro děti a mládež v Praze, kteří přešetřili v několika etapách děti v dětských domovech Středočeského kraje. Výsledky této práce, jež jsou podrobněji uvedeny jinde (Nováková, 1957, Smržová, 1957, Matějček, 1960, 1961), zde uvádíme jen v přehledu.

V první etapě výzkumu zpracovala *M. Nováková* výsledky 2126 psychologických vyšetření provedených v letech 1953 až 1956 v osmi předškolních dětských ústavech Středočeského kraje a dospěla k těmto závěrům: V kojeneckých ústavech je vývojové opoždění patrné přibližně u poloviny dětí. Do 6. měsíce je toto opoždění poměrně málo závažné, po 6. měsíci se však zřetelně prohlubuje a postihuje všechny vývojové složky, nejnápadněji řeč a spontánní činnost dítěte. V batolecích ústavech byly opožděny již dvě třetiny všech dětí a stupeň opoždění odpovídal zhruba jedné vývojové fázi (mladší batolata se jeví jako starší kojenci, starší batolata jako mladší batolata apod.). Nejnápadnější je opoždění ve vývoji řeči. U dětí mezi 3. a 6. rokem je patrna již tendence k vývojovému vyrovnání, jež postupuje nejrychleji mezi 5. až 6. rokem. Přesto se však zdá, že tyto děti při vstupu do školy nedosahují »školní zralosti« normální dětské populace.

K této otázce bylo zaměřeno zkoumání *A. Smržové*. Zpracovala psychologická vyšetření a podrobné posudky dětských domovů a škol o 138 dětech, které byly v předškolním věku v ústavní péči a přešly pak do školních dětských domovů. Tato skupina byla srovnávána se skupinou chovanců týchž školních dětských domovů, kteří však přišli do ústavní péče až po svém 6. roce. Ukázalo se, že nejnápadněji se jeví skupina dětí z předškolních ústavů v první třídě. Vykazuje většinou klasické znaky školní nezralosti, k níž navíc přistupuje nedokonalý vývoj řeči po stránce artikulační, skladebné i obsahové. V dalších třídách těchto nápadností ubývá, můžeme je však zachytit ještě ve 3. a 4. třídě, kdy je stále ještě mnoho stížností na »hravost, nepozornost a neklid«. K tomu nutno podotknout, že ubývání diferencí mezi skupinami tu nemusí být jen důsledkem urychleného vyspívání dětí, ale spíše důsledkem menší diferenciační schopnosti použitých metod ve starším školním věku. Děti z obou sledovaných skupin měly přibližně stejně špatný školní prospěch a stejně často propadaly — nápadný rozdíl byl však v tom, že děti z předškolních dětských domovů propadly většinou v prvních dvou třídách, kdežto děti z rodin opakovaly až od 3. třídy. Podkladem školního neúspěchu byla tedy u dětí z předškolních domovů s největší pravděpodobností sociální nezralost a nepřipra-

venost pro školní život, u dětí z rodin pak nejvýše nedostatek intelektových schopností.

V další etapě zkoumání byla pozornost zaměřena k onomu vývojovému období, které se ukázalo jako zvlášť »ohrožené«, tj. k věku mezi 1. až 3. rokem. V podélné studii jsme v jednom batolecím domově sledovali po pět let všechny děti. Byly vyšetřovány v pravidelných intervalech jedním psychologem a touž metodou (Gesellovou). V konečné fázi zkoumání byly zachyceny celkem 82 děti. Výzkum měl uká-

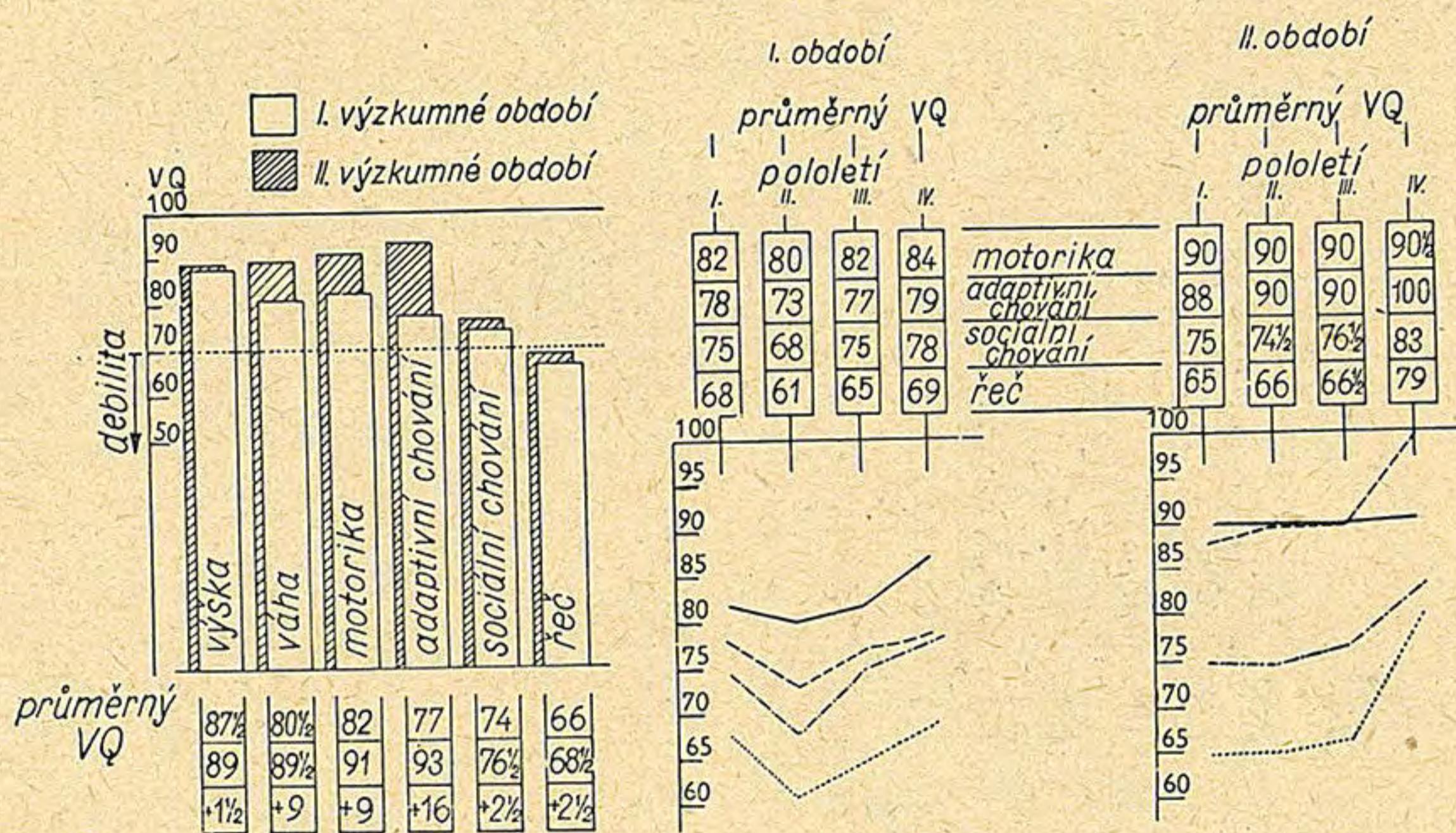


Graf 7. Vývoj dětí v batolecím věku v dětských domovech  
Diagram udává průměry vývojových hodnot v době mezi 1. a 3. rokem u skupiny 82 ústavních dětí a časový průběh psychického vývoje celé této skupiny. (Z. Matějček, Čs. Pediat. 15/3, 1960)

zat poměr jednotlivých vývojových složek v časovém průběhu a jejich závislost na některých známých a kontrolovatelných činitelích v prostředí. Výsledky ukázaly, že se ústavní děti v tomto věku za daných podmínek opoždují více v tělesné váze než ve vzrůstu, že opoždění motorického vývoje není ještě závažné, kdežto opoždění intelektových schopností je již povážlivé a opoždění v sociálním chování a ve vývoji řeči klesá na úroveň, kterou by bylo jinak nutno hodnotit jako hranici debility. Opoždění se ve všech ukazatelích prohlubuje ve druhém roce dítěte, přičemž ke konci třetího roku je již zřetelně patrna opět tendence vzestupná. Opoždění je tedy největší jednak v těch projevo- vých oblastech, k jejichž rozvoji je nejvíce zapotřebí citového kontaktu

dítěte s dospělým, a jednak v té době, kdy se za normálních okolností snaha dítěte po takovém kontaktu prudce rozvíjí. Tato koincidence je pokládána za zvlášť významnou.

Jestliže byla sledovaná skupina rozdělena ve dvě podskupiny, z nichž první tvořily děti vychovávané ústavně od kojeneckého věku, a druhou děti, které přišly až po svém prvním roce z rodin (skoro vesměs velmi špatných), ukázalo se, že vývojové křivky v obou skupinách jsou pozoruhodně shodné a že shodné je i pořadí, v němž se jednotlivé vývojové



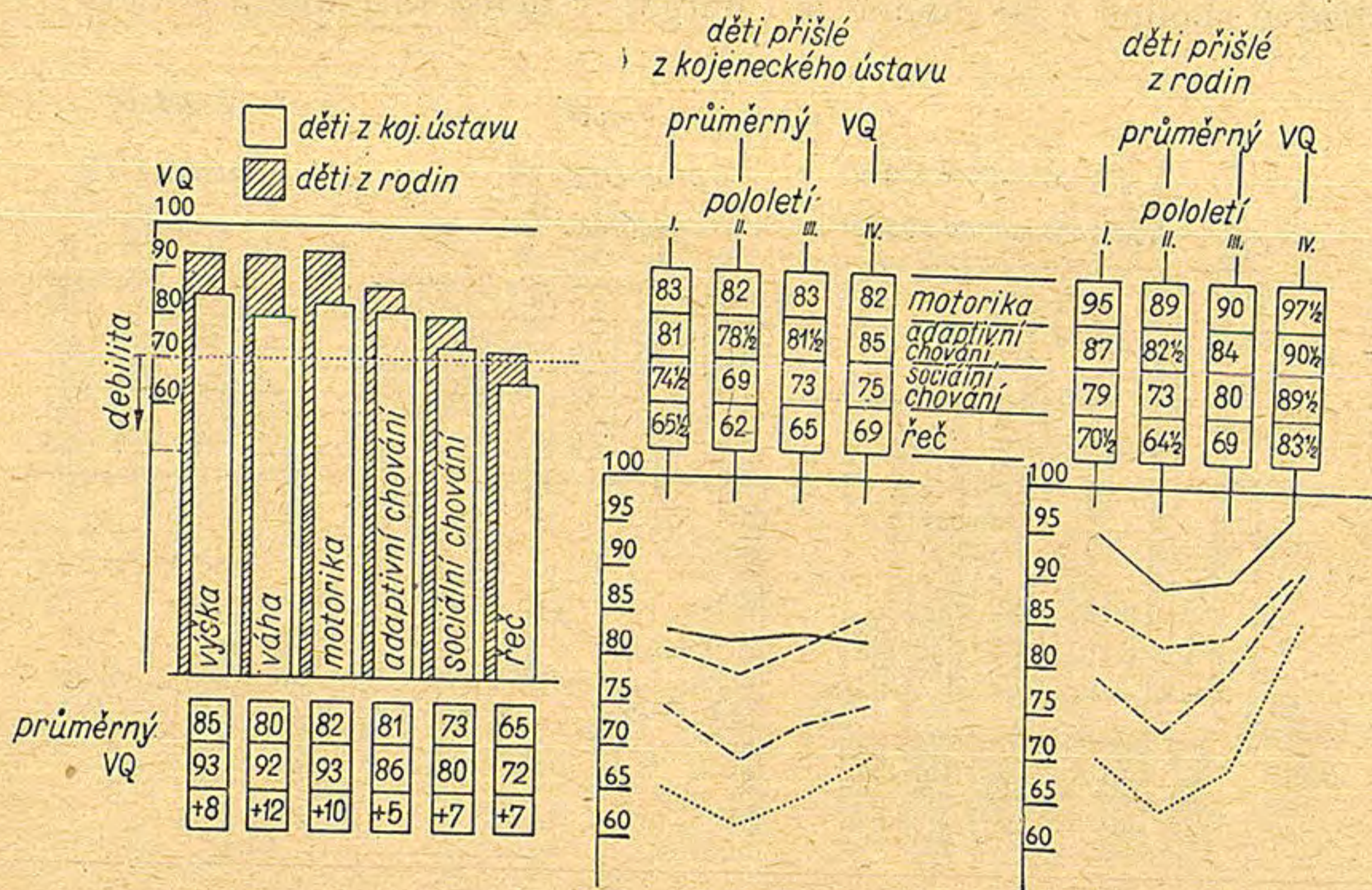
Graf 8. Průměry vývojových hodnot u dětí přišlých do dětského domova z kojeneckého ústavu a u dětí přišlých z rodin. Časový průběh psychického vývoje dětí v obou skupinách. (Z. Matějček, Čs. Pediat. 15/3, 1960)

složky opožďují. Nástupní hodnoty dětí, které přišly z rodiny, byly však v průměru zřetelně vyšší, udržovaly se výše po celou dobu sledování a ke třetímu roku jevíly zřetelnější tendenci k dosažení průměru než hodnoty dětí vychovaných ústavně od kojeneckého věku.

Konečně byla celá zkoumaná skupina rozdělena ve dvě podskupiny podle dělítky časového. Zvlášť byla zpracována vyšetření v prvních třech letech (I. období), kdy nebylo zvláštní snahy o nápravu, a v dalších dvou letech (II. období), kdy byla nápravě věnována intenzivní pozornost. (Byl zvýšen stav personálu, zlepšena jeho kvalifikace, doplněno vybavení, zavedeny instruktáže a sledování vývoje dětí podle Kochovy metodiky atd.) Výsledky této snahy se velmi příznivě obrá-

žely ve vývoji adaptivního chování a ve vývoji motoriky, méně již v sociálním chování a sotva zřetelně ve vývoji řeči. Rozpětí mezi složkami nejvíce a nejméně vyspělými se v průměru ještě zvětšilo.

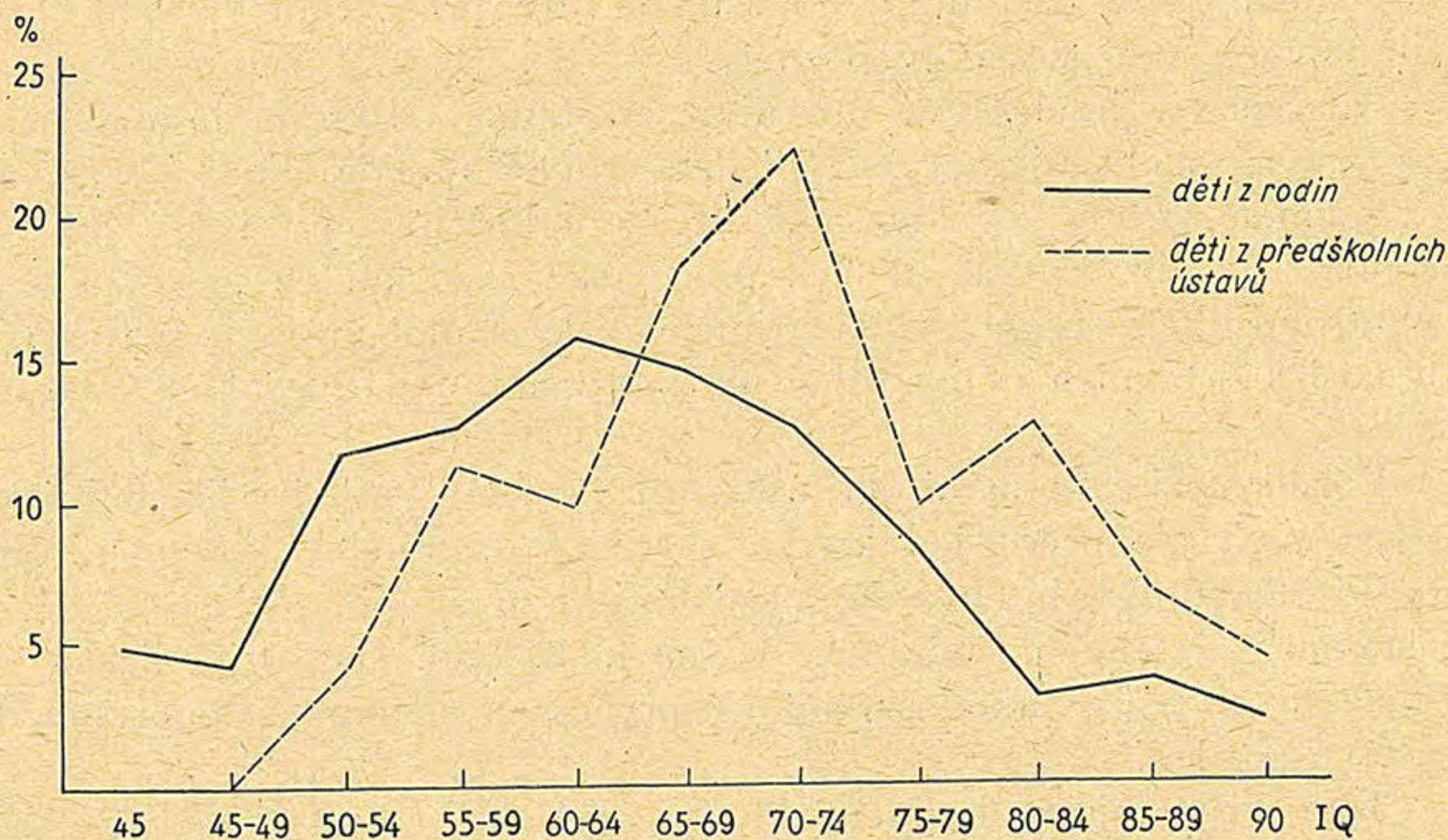
Tento výsledek zřetelně naznačoval, že materiálními, technickými a organizačními opatřeními lze dosáhnout v ústavních podmínkách velmi cenných pokroků ve vývoji dětí, a že je tedy nutno tato opatření



Graf 9. Průměry vývojových hodnot v I. výzkumném období ve srovnání s II. výzkumným obdobím a časový průběh psychického vývoje dětí v obou výzkumných obdobích. (Z. Matějček, Čs. Pediat. 15/3, 1960)

dále rozpracovat a prohlubovat. Naproti tomu však k dosažení plného úspěchu by patrně bylo nutno upravit a prohloubit emocionální vztahy mezi dítětem a ústavním vychovatelem. Práce je proto uzavřena několika praktickými požadavky: 1. zabývat se důkladně otázkou kvalifikace a výběru ústavních vychovatelů, 2. nerušit jednou navázaný citový vztah a jednou dosaženou adaptaci ústavnímu prostředí přesuny dítěte do dalších ústavů, 3. hledat takové organizační formy, za nichž by mohlo dojít k optimálnímu uspokojení všech vývojových potřeb dítěte, včetně emocionálních. Konečně je vysloven názor, že přílišné rozpětí ve vývoji jednotlivých psychických funkcí u našich ústavních dětí v batolecím věku (motorika a adaptivní chování jsou jen mírně pod průměrem)

měrem, kdežto řeč je opožděna velmi těžce) je — jako ostatně každá disharmonie — zdrojem jistého vnitřního napětí, a tím i zvýšené dráždivosti, neklidu, agresivity a úzkostných projevů ústavních dětí. Sociální a pracovní postoje za těchto podmínek mají pak tendenci vyvíjet se »odchylně, zvláště«, takže dítě nemůže dobře uplatnit své intelektové schopnosti, i když se rozvinuly v podstatě normálně.



Graf 10. Sledování duševního vývoje dětí ve zvláštních dětských domovech. Rozložení mentální úrovně dětí z rodin a dětí z předškolních dětských domovů ve zvláštních dětských domovech. (Z. Matějček)

### c) Děti ze zvláštních škol internátních

K této otázce je pak zaměřena třetí etapa výzkumu, která není dosud uzavřena. V r. 1960—1962 byly vyšetřeny všechny děti ve zvláštních dětských domovech Středočeského kraje, z nichž 348 prošlo dosud jen rodinnou výchovou a 96 bylo vychováno v předškolní době v ústavech. Připojený graf ukazuje, že děti ústavní selhaly ve škole (a proto se dostaly do zvláštní školy) častěji vzdor vyšší inteligenci než děti z rodin. Rozdíl je statisticky vysoce významný a dotvrzuje, že ve školním neúspěchu ústavních dětí se daleko více uplatňují činitele mimo-intelektové povahy než v neúspěchu dětí z rodin.

Celá zkoumaná skupina byla rozdělena ve čtyři podskupiny:

A) děti z dobrých či aspoň přibližně normálních rodin (do zvlášť-

ního dětského domova byly umístěny jen proto, že nemohly z místa bydliště do zvláštní školy dojíždět),

B) děti ze špatných, primitivních, asociálních rodin, pro něž umístění bylo opatřením nejen vyukovým, ale i výchovným a sociálním a bylo podloženo často soudním usnesením,

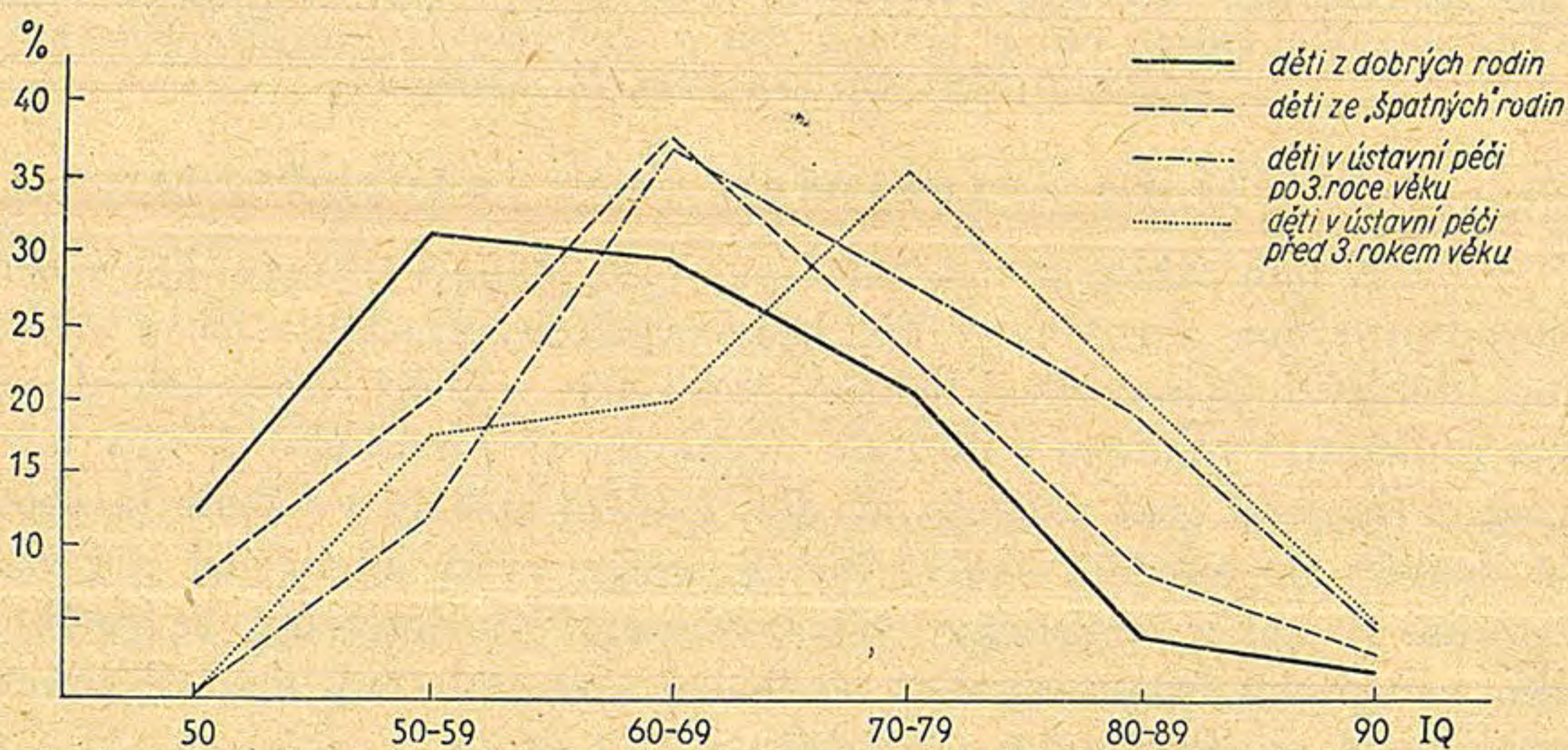
C) děti, které nastoupily do ústavní péče po svém 3. roce,

D) děti, které nastoupily do ústavní péče před třetím rokem a rodinnou výchovu sotvakdy poznaly.

Diference v intelektové úrovni prvních tří podskupin je statisticky významná a ukazuje, že ústavní děti vzdor dobré inteligenci selhávají významně častěji ve škole než děti z dobrých rodin i než děti ze špatných rodin. Vytváření těch pracovních a sociálních postojů, které umožňují dítěti účelně využívat intelektu ke školní práci, je tedy zatím u našich ústavních dětí zřejmě obtížnější než u dětí z obou kategorií rodin.

Rozdíl mezi skupinami dětí ústavních (C a D) není sice již statisticky významný, ale přece jen křivka značící procentuální zastoupení jednotlivých stupňů intelektové vyspělosti je u skupiny dětí »nejdříve«  
ústavních zřetelně posunuta k vyšším hodnotám. Dobrá inteligence je jim tedy menší zárukou školního úspěchu než dětem nastoupivším do ústavu později.

Tato zjištění jsou doplněna konstatováním, že ústavní děti ze skupiny C a D, které školsky selhaly vzdor průměrné nebo jen podprů-



Graf 11. Zastoupení jednotlivých stupňů mentální úrovně u dětí přišlých do zvláštních dětských domovů z rodin a z předškolních ústavů (Z. Matějček)

měrné inteligenci (IQ vyšší než 80), se skoro vesměs vyznačovaly těmi rysy chování, které charakterizují »hyperaktivní typ« ústavních dětí (na rozdíl od typu pasivního, útlumového). Z 37 dětí z dobrých i špatných rodin, které se dostaly do zvláštních internátních škol s inteligencí ne horší než podprůměrnou, k útlumovému typu patřilo 11, k hyperaktivnímu 13, přičemž dalších 13 bylo charakterizováno jinými formami chování, víceméně přechodnými mezi oběma krajnostmi. Z 20 takovýchto dětí, které přišly z předškolních ústavů, však k útlumovému typu patřilo jen jedno, k přechodným typům 5 a k typu vyznačenému sociální hyperaktivitou 14 (!).

Tyto děti navazují kontakt bez zábran a bez rozpaků, s výraznými předvádívacími tendencemi, kontakt je však zcela povrchní a nestálý. Mají stejně živý a stejně povrchní zájem o všechno dění kolem sebe a jsou až přepjatě lačnými diváky. Zájem sociální nápadně dominuje nad veškerým zájmem věcným a pracovním, mění se v jakousi společenskou hyperaktivitu, až neklid. I psychologické vyšetření a školní vyučování jsou jim situacemi společenskými a nikoliv pracovními. Není tu však agrese a sociální provokace, které vyznačují onen typ ústavních dětí přicházejících do DZVP (jen výjimečně se sem dostanou takovéto děti, a to spíše jen dívky, pro něž není v každém kraji DZVP — viz náš případ M. F. na str. 57). Naopak tyto ústavní děti jsou ve zvláštních internátních školách celkem rády přijímány, nápadně nezlobí, ochotně se účastní všech společných činností, rády pomohou a působí roztrpčení svým vychovatelům a učitelům jen tím, že zřejmě nepracují na úrovni svých schopností.

Poněvadž jsme většinu těchto dětí sledovali opět již od časného věku, můžeme se pokusit zachytit některé společné rysy v jejich chování již ve věku batolivém a odlišit je od typu, který byl charakterizován »sociálními provokacemi« a který měl výraznou tendenci dospět do DZVP. Sociální »hyperaktivita« těchto dětí je patrna již v první polovině 2. roku, kdy navazují s »cizím« experimentátorem sociální kontakt zcela spontánně a iniciativně, bez rozpaků a zábran. Podanou hračku si ihned berou a zase vracejí, konstruktivní hra se dá u nich těžko navodit, zato primitivní sociální hra zcela dominuje. (Děti s tzv. »sociální provokací« si hračku vymáhají, rozčilují se a pak ji drží a nedají si ji vzít — nechtějí se podříditi vedení při hře a na přerušení kontaktu reagují zlostným výbuchem. Nelze u nich navodit dobře ani sociální, ani konstruktivní hru. Děti »útlumového« typu si podávanou hračku vezmou až po delším zdráhání, hrají si s ní pak autisticky,

nestarají se o zásahy zvenčí. Dá se u nich navodit hra konstruktivní, jen velmi obtížně však hra sociální.) V pozdějším batolivém věku jsou tyto děti nápadné tím, že se chytají každého nového návštěvníka, mazlí se s ním, pozorují s nevšedním zájmem jeho počínání — zdají se proto čilé i milé. Ve výchovných programech však nespolupracují, obtížně si osvojují nové návyky i nové vědomosti — »špatně se učí«.

S novou naléhavostí se tedy vrací otázka, již by bylo třeba věnovat pozornost v širěji založeném výzkumu, totiž: Jaké děti, jakého typu VNČ či vůbec jakého základního psychického utváření za specifických (a dnes již do značné míry známých) podmínek ústavního života mají zvláštní náchylnost k obtížím tohoto druhu, z nichž školní selhání je zajisté jen jedním z mnoha. Vysvětlení těchto obtíží sotva lze hledat jen v působení vnějších podmínek, ale daleko spíše v interakci specificky strukturované osobnosti dítěte se specificky strukturovaným ústavním prostředím. Cestu k tomuto zkoumání naznačuje zkušenost, že ústavní děti se již v batolecím věku diferencují v několik výrazných typů (zřejmě pod vlivem daleko větší uniformity ústavního prostředí ve srovnání s prostředím rodinným), že i v pozdějším věku se u těchto dětí setkáváme s daleko větší uniformitou projevů než u dětí z rodin a že v každém z jednotlivých typů školních ústavů se setkáváme s poměrně výrazným »typem« dětí vychovávaných ústavně od předškolního věku — jiným ve zvláštních dětských domovech, jiným v domovech se zvýšenou výchovnou péčí, jiným v normálních dětských domovech.

Soudíme, že i v našich podmínkách je již připravena cesta pro takováto náročná zkoumání, která mohou obohatit významně psychologickou praxi i teorii. Navíc pak naše jednotná soustava ústavů, odstupňovaných podle věku dětí a rozčleněných jen do několika málo typů podle jejich mentální úrovně, popřípadě podle výchovných obtíží, zkoumání tohoto druhu vysloveně nabízí.

Přehlížíme-li výsledky všech četných prací o vývoji ústavních dětí, vidíme předně, že naprostá většina studií shodně poukazuje na nevýhody ústavu jako výchovného prostředí pro dítě. Srovnání vývoje dětí z rodin a z ústavů téměř vždy potvrzuje horší vývoj ústavních dětí po stránce intelektové, emoční a charakterové. Studie se také vesměs shodují v tom, že nevýhoda ústavního prostředí se dotýká zvláště dětí nejútlejšího věku — do 3 nebo snad do 5 let. Děti vychovávané

v ústavech prakticky od narození jsou postiženy daleko více než ty, které tam přicházejí až ve školním věku.

Jdeme-li však dále za tato všeobecná zjištění, nacházíme už daleko menší shody v konkrétních údajích o rozsahu, závažnosti, formě a trvalosti poškození. Původní práce (Goldfarbovy, Spitzovy, Bowlbyho) zdůrazňovaly všeobecnost prakticky stoprocentní, hrubé poruchy, homogenost klinického obrazu a ireverzibilnost poškození. Novější práce jsou v tomto směru daleko kritičtější. Prokázalo se, že určité procento (udává se 14 až 30 %) dětí vychovávaných v ústavech v časném věku po delší dobu zůstává psychicky ne-li zcela intaktní, tedy alespoň do-cela dobře přizpůsobeno sociálně i individuálně. Stupeň poškození průměrného ústavního dítěte je ve skutečnosti velmi různý a zabírá řadu od VQ 45 zjištěného při zvlášť hrubé karenci Spitzem po VQ 108 udávaného Klackenbergem — jež je tam ovšem ještě podprůměrem proti VQ 120 u dětí z rodin. Nejčastější — mohli bychom říci »typická« — úroveň VQ (IQ) je kolem 80, značně však kolísá podle věku dětí, podle životních podmínek v jednotlivých ústavech a jeví se různě v různých složkách vývoje (i podle různých testů). Předpokládaná homogenost skupiny »ústavních dětí« popsaná Goldfarbem nebo Bowlbym jako »bezcitný charakter« se rozplynula v dalších studiích, které ukázaly diferenciaci klinických projevů už u kojenců a batolat a v pozdějším věku pak již formy velice rozmanité (Beres a Obers, Bowlby 1956). Teprve v poslední době se znovu ozývají hlasy upozorňující na možnost jisté klasifikace ústavnícké symptomatologie, a to spíše ve formě »typů« než ve formě nosologických jednotek.

Studie souhlasí sice v tom, že za běžných ústavních podmínek nejvíce bývá postížen vývoj dětí v oblasti řeči (zvláště v expresivní složce) a v sociálním chování, ale ani to neplatí absolutně a kolísá jak s věkem, tak s možností učení, jak dokazují některé studie iowské i některá opatření učiněná u nás a zvláště pak sovětské studie Kolcovové, Luriji aj. o fyziologických základech vývoje řeči. Rovněž byla v posledních letech opakovaně prokázána možnost dalekosáhlé úpravy poruch a vývojových opoždění v lepších podmínkách, buď spontánně, nebo záměrným zásahem. Nové práce vcelku potvrzují zásadní význam nedostatku stálého osobního vztahu vychovatele k dítěti v etiologii poruch ústavních dětí, jak byl zdůrazněn Spitzem, Bowlbym a dalšími autory, současně však ukázaly znovu i na význam nedostatečné stimulace sensorické a vůbec na vliv rozmanitých životních podmínek dítěte v ústavu.

Závěr, který byl šířen v prvých dobách a nabyl značné popularity hlavně zásluhou Bowlbyho souhrnné monografie, že totiž ústavy jsou veskrze špatné, kojenecké ústavy že by se měly zavřít a že je třeba dát přednost rodinám byť jakýmkoliv, je dnes překonaný a neudržitelný. Nehledě ani k tomu, že ústavy jsou často jediným opatřením, které máme pro děti bez rodin k dispozici, je dnes také jisto, že ústav je často i jedinou a skutečnou záchranou pro dítě ze špatné rodiny. Je třeba vždy blíže určit, o jaké nedostatky v ústavu jde, stejně jako je nutné blíže vymežit nedostatky rodiny po stránce zdravotní i výchovné, jak na to ještě poukážeme. Prokázané těžké následky vývoje ústavního dítěte nelze přenášet z určitých podmínek beze všeho na jiné a rozšiřovat na ústavy vůbec. Nové práce ukazují, že poškození dítěte vychovávaného v ústavu není nutné a že jsou možná velmi účinná opatření k jeho zamezení (např. speciální psychologická péče, přiblížení ústavní výchovy výchově rodinné, dokonalé vybavení personální a věcné, zvláštní výběr personálu, organizace v malé skupiny, kontinuita výchovy apod.). Není to ovšem snadné (a zvláště ne pro děti útlého věku) a o způsobu nápravy není dosud shody — tím méně je pak vypracovaných nápravných systémů. Jedna tendence jde směrem úpravy dosavadních ústavů (jejich vnitřní reformou) — druhá je revolučnější a žádá radikální přestavbu celého systému ústavnictví. Obojí však dalekosáhle přizpůsobuje výchovu v ústavech dobré výchově rodinné, zejména prohloubením vztahu dospělého k dítěti. V ústavech, kde bylo dosaženo největších úspěchů, byl poměr jednoho dospělého na 2 až 3 děti (jak je tomu i v SSSR), zatímco běžně zůstává u nás dosud velmi nepříznivý poměr jednoho dospělého v průměru na 7 až 8 dětí, a to ještě s velkým střídáním. K těmto otázkám se vrátíme v závěrečné kapitole.

### 3. SEPARAČNÍ PROŽITKY

Nevýhody ústavní péče pro duševní vývoj dítěte možno spatřovat jednak v nedostatečné stimulaci v podnětově chudém prostředí, jednak v nedostatku afektivního vztahu dospělého k dítěti. Bowlby zvláště precizoval hypotézu, že dlouhodobá odloučení dítěte od matky (nebo jiné osoby na jejím místě) v prvých 3 až 5 letech vedou pravidelně k narušení duševního zdraví se znatelnými stopami ještě v dospělosti. Je proto důležité zkoumat zvláště, jak reagují děti na přímé odloučení od matky a jaké to zanechává následky v delším časovém odstupu. Při nedostatku důkladných podélných studií i systema-

tických studií katamnestických musíme se zatím opírat hlavně o data získaná buď metodou retrospektivní, nebo přímým pozorováním bezprostředních reakcí dítěte.

### RETROSPEKTIVNÍ STUDIE KLINICKÝCH PŘÍPADŮ

Kliničtí pracovníci povšimli si následků odloučení dítěte od rodičů a od domova vůbec nejprve na jednotlivých kasuistikách psychicky narušených dětí. *Edelston* (1943) popsal 42 případy dětí z materiálu londýnské Child Guidance Clinic, kde v anamnézách mohl sledovat vznik psychických poruch (neurotických symptomů) v souvislosti s hospitalizací. Domnívá se, že odloučením dítěte od rodičů je ohrožena základní potřeba dítěte — potřeba jistoty a závislosti. Protože dítě nerozumí ještě situaci, vykládá si ji špatně, jako »odvržení« a »potrestání«. Odtud vyplývá emoční nejistota, separační úzkost — úzkost »ze ztráty matky«, jež je kořenem mnoha neurotických poruch. Nejtěžší reakce bývají tam, kde situace nasazuje na citlivý už terén dětí senzitivních, bázlivých nebo naopak agresivních, u nichž nově vzbuzená úzkost křísí staré konflikty.

Podobně jako *Edelston* u neurotických dětí, nachází *Bowlby* (1946) protrahované separace v anamnéze 44 mladistvých delinkventů a domnívá se, že bezprostřední reakce na odloučení mohou přecházet postupně v ony symptomy, které byly popsány u ústavních dětí, a že je tedy mezi oběma stavy přímá spojitost. Rozvedl a zpopularizoval názor nadhozený už také *Edelstonem* a dřívějšími autory londýnské školy (*Suttie, Dicks, Hadfield*), že separací je narušen především normální proces organizace pocitů úzkosti. Podle těchto představ má každé malé dítě nejen pocity lásky a závislosti, ale i nenávisti a vzdoru. Proto cítí vinu a strach, aby neztratilo své rodiče jako následek svého hněvu. Za normálních okolností mu stálá přítomnost rodičů pomáhá překonat a uspořádat tyto pocity, když však je zbaveno tohoto uklidňujícího elementu, úzkosti oživnou, dezorganizují všechno chování a naruší vývoj.

Domněnky o nepříznivých následcích separací (zvláště časných, dlouhodobých a opakovaných) byly ověřovány nověji několika obsáhlejšími studii. *Jan Oswald* (1958) našel například významně častěji historii separací, a to zvláště časných, u skupiny vojáků s různými neurotickými obtížemi oproti skupině pacientů s ojedinělými epileptickými paroxysmy. *Berg a Cohen* (1959) našli časnou trvalou separaci (většinou náhlou při úmrtí matky), významně častěji v anamnézách 40 schizofre-

nických žen. Mají za to, že náhlá prolongovaná těžká deprivace základních afektivních potřeb může být jedním z faktorů (vedle konstitučních a jiných důležitých v etiologii schizofrenie. Douglas a Blomfieldová (1958) v obsáhlé studii o 5386 nahodile vybraných dětech rovněž našli statisticky významný rozdíl ve výskytu emočních obtíží a »zlozvyků« (nočních děsů, kousání nehtů, dumlání prstů, enurézy, samotářství) u dětí s historií delšího (alespoň čtyřtýdenního) odloučení v předškolním věku na rozdíl od dětí bez separace (poměr 37 % : 21 %). Ale tento rozdíl platil jen pro děti, které byly odloučeny od obou rodičů a od celého domova. Bylo-li dítě odloučeno jen od jednoho z rodičů a zůstalo přitom doma, nebyl patrný žádný rozdíl ve výskytu poruch. Tento náález by bylo možno pokládat za významný, pokud by se potvrdil — autoři však užívali jen velmi hrubého posudku emočních obtíží a je možné, že by se našly rozdíly při jemnějším zkoumání. K odlišnému nálezu dochází B. H. Sklarew (1959) rozborem anamnéz mladistvých s obtížemi v sociálním zařazení, kteří byli podrobena reedukačnímu pokusu ve speciální instituci. Když posuzoval zařazení těchto mladistvých podle různých kritérií (počet přestupků, aktivní zapojení do zaměstnání a sociálního řádu, útky atd.), našel zřetelně horší zařazení u hochů s historií časného odloučení od rodičů, ale spíše lepší zařazení u dívek s touž historií. Okolnost, že dívky, jsou-li odloučeny od rodičů, se zařazují lépe, než když zůstávají ve špatné rodině, kdežto chlapci naopak, vykládá autor zvláštnostmi psychiky chlapců a dívek. Je-li tento názor zpola opačný než původní domněnka, pak Howells a Layngová (1955) vyslovili se zcela protichůdně — soudí, že vliv separace byl přeceněn a že je v etiologii duševních poruch zanedbatelný ve srovnání s emoční deprivací, kterou dítě strádá ve své špatné rodině. Tento závěr opírají však jen o poměrně malý počet (37) emočně narušených dětí (neurotiků a delinkventů) ošetřovaných dětskou psychiatrickou klinikou a o týž počet zdravých jedinců. Opakovaných separací bylo v obou skupinách přibližně stejně, avšak separací dlouhodobých (déle než 3 měsíce) v době do 5 let věku bylo mezi neurotiky přece jen mnohem více — v poměru 6 : 1. Autoři si tento rozdíl vysvětlují tak, že táž příčina, která vedla k odloučení (nepřizpůsobenost rodičů, nemocnost matky, manželský rozkol), měla zároveň vliv přímo i na emoční narušení dítěte. Zdůrazňují, že ve skutečnosti bylo mnoho separací (61 %) podle výpovědi rodičů spíše radostnou událostí pro dítě. Tam, kde dítě zřejmě odloučením trpí, bývají následky ostatně prý jen přechodné. Howellova práce však není dost průkazná (malý počet

případů, dotazníková metoda) a Edelston ve své odpovědi správně podotýká, že oba krajní názory — separace vede neproměnně k poruchám, separace je vůbec neškodná — jsou jen polopravdou. I kdybychom předpokládali, že jen malý počet separací zanechává těžší a trvalejší traumatické následky, přece to nesmíme brát na lehkou váhu, neboť i malý počet vážnějších psychických poruch je varovným znamením. Je třeba individuálně odlišit případy dětí zvláště vnímavých, pro něž separace může být závažně škodlivá, od případů rezistentních, které jsou dočasným odloučením nedotčeny nebo z něho dokonce mají zisk.

Pro ilustraci zde uvádíme jeden z četných našich případů, který ukazuje, jak je důležité pátrat v anamnézách našich narušených dětí po separačních prožitcích a psychologicky je hodnotit.

Chlapec M. Ř. je ve 3. třídě, kde mu hrozí propadnutí, ačkoliv je zřejmě dobře nadaný. Je velmi neklidný, roztěkaný, stále by si jen hrál, o učení nemá zájem — ze školy a z družiny přicházejí stále stížnosti na jeho »zlobení«. Přitom je nápadně bázlivý, ustrašený, nechce být nikde sám, do 8 let neusnul jinak než v matčině posteli, dosud na matce úzkostně lpí, je příliš dětský, naivní, proti druhým dětem prý »opozděný«. Heredita je významná a nutno připustit možnost jistého citlivějšího terénu. Somatické ani psychologické vyšetření nepřináší závažnějších nálezů, intelektová výkonnost je normální. Pod přímým vedením chlapec pěkně spolupracuje a bystře se orientuje v úkolech. Anamnéza však uvádí historii opakovaných separací s prudkými reakcemi dítěte, jež lze uvést ve vztah k dnešním obtížím. V 7 měsících, když matka onemocněla těžkou srdeční chorobou, byl umístěn v kojeneckém ústavu a jevil se tam jako pasivní, apatické dítě. Když mu byl jeden rok, vrátil se domů a za dva měsíce si tu velmi »zvykl«. Když pak byl předán do dětského domova pro batolata, reagoval již hlubším útlumem. Při návštěvě matky nevydal nikdy ani hlásku a seděl jí na klíně zcela apaticky. Za další 3 měsíce byl ústavní pobyt vystřídán pobytem doma, chlapec se stal opět čilým dítětem, na matce však jenom »visel«. V jeslích, kam jej nosila, se jí křečovitě držel, plakal, křičel, odpoledne jí čekal u dveří a nedal se pohnout k jiné činnosti. Pak znovu přišel do dětského domova a odtud na měsíc do nemocnice pro otitidu — při návštěvě matky byl vždy zaražený, ale když jej vedla z nemocnice do ústavu, vzpíral se a zuřivě ji bil. Ve 2 letech a 6 měsících se definitivně vrátil do rodiny, chodil zprvu do jeslí, pak do mateřské školy a konečně do školy — jeho neklid, dráždivost, autistická hravost a špatný kontakt s ostatními dětmi spolu s úzkostným vztahem k matce trvají od té doby dosud.

Na druhé straně jsme ovšem i my pozorovali děti, které po přechodném odloučení ztratily dosavadní neurotické příznaky a které zřejmě dosáhly vyššího stupně emoční a sociální vyspělosti.

Dočasného odloučení dítěte s různými neurotickými stesky (anorexií, enurézou, různými neurčitými stesky) od rodičů (většinou také neurotických) se dávno užívá jako terapie, která je přes vznesené námitky nesporně účinná. Dočasný pobyt v nemocnici, v ozdravovně apod. je

leckdy prvním krokem k readaptaci, na niž pak mohou lépe navázat další zákroky. Od ostatních pacientů, kteří se za pobytu v nemocnici domů těší a žádostivě počítají dny, se tyto děti nápadně liší svým nezájmem o domov nebo vědomým či polovědomým odmítáním návratu. V nemocnici rychle ztrácejí své obtíže, které se však znovu objevují, jakmile děti uslyší zmínku o návratu domů. Dosti často, ne vždy, jde o děti z horších socioekonomických podmínek, i tělesně zanedbané, špinavé a špatně živené, jichž rodiče užívají doma nadměrně k práci a jeví o ně jen povrchní zájem. I když to bývají většinou již starší děti, nechybějí ani případy z předškolního věku.

### PŘÍMÁ POZOROVÁNÍ SEPARAČNÍCH REAKCÍ

Jak je zřejmo, nedávají retrospektivní klinické a statistické studie nikterak jednoznačné výsledky, a je proto jisté důležité hledat další poznatky spíše v přímém detailním pozorování reakcí dítěte na odloučení. Nejčastější životní situace, kdy bývá dítě od rodiny v raném věku odloučeno, bývají: odchod matky, která dítě dosud kojila, z kojeneckého ústavu; umístění dítěte z rodiny do nemocnice nebo sanatoria, do dětského domova, popřípadě do celotýdenních jeslí; odchod matky nebo otce z domova pro nemoc, rozvod, vojenskou službu, evakuaci; úmrtí některého z rodičů atd. Zde pojednáme zvláště o prvních dvou situacích, které úzce souvisejí s ústavní péčí — o dalších pojednáme ve spojitosti s deprivací dítěte v rodině, popřípadě s deprivací dětí za války.

#### *Reakce na odchod matky u dítěte v kojeneckém věku*

Mimořádně těžké reakce dětí na odchod matky, která dosud své dítě v ústavu ošetřovala, popsal Spitz a Wolfová (1946) jako tzv. syndrom »anaklitické deprese«. Děti do té doby usměvavé, roztomilé, spontánně aktivní a v přátelském, volném kontaktu s okolím, stávají se nápadně plačtivými, smutnými nebo bázlivými, při pokusu o kontakt se zoufale tulí k dospělému, dožadují se pozornosti, přestávají si aktivně hrát. V dalším období se prohlubuje mrzutá nálada a dráždivost dítěte. Přiblíží-li se někdo, dítě křičí — na odchod dospělého již nereaguje. Postupně mizí plačtivost a prohlubuje se odvrát dítěte od okolí: leží v postýlce s odvráceným obličejem nebo v patognomické pozici na břicho. Apatie a autismus se v dalším průběhu stupňují, dítě nabývá rigidního, »zamrzlého« či melancholického výrazu, sedí nebo leží dlouhé hodiny nehybně s očima široce rozevřenými, letargicky,

jako by ani nevnímalo okolí. Někdy jsou přidruženy »autoerotické« aktivity. Kontakt s dítětem je stále obtížnější a nakonec nemožný. Nejde-li k vhodnému vnějšímu zásahu, pak syndrom dále postupuje až k určitému bodu, kdy se stává ireverzibilním — přechází v typický syndrom hospitalismu, v některých případech až k stuporózní katatonii nebo agitované idiotii. Vývojový kvocient stále klesá, dítě ubývá i na váze, objevuje se nespavost a nápadně zvýšená náchylnost k respiračním infekcím a k ekzémům. Syndrom se objevuje zpravidla v době mezi 6. a 11. měsícem a je vázán na náhlý odchod matky, která se do té doby o dítě láskyplně starala, a stane se nápadným obyčejně do 4 až 6 týdnů po separaci. Spitz jej nikdy nepozoroval u dítěte, u něhož matka zůstávala, ale neviděl jej ani ve všech případech, kdy matka odešla. Ze všech pozorovaných 123 dětí projevovalo tento syndrom ve výrazné podobě 19 dětí, v mírnější formě 26 dětí. Zda a jak se syndrom po odchodu matky projeví, záleží podle Spitze na tom, došlo-li se dítěti vhodné náhrady, a také na tom, jaké byly vztahy matky a dítěte před odloučením (dítě s příliš intenzívním vztahem k matce snáší odloučení mnohem hůře než dítě se vztahem povrchním). Syndrom se už ve svých počátcích liší od pouhé normální úzkosti, kterou děti kolem 8. měsíce projevují při spatření cizího člověka a kterou lze poměrně rychle překonat při správném postupu. Po mnohé stránce je popsán syndrom podobný depresi dospělých, a protože je vázán na přerušení primitivních sociálních vztahů dítěte — »anaklitických«\* (anaklinních) vztahů opory a závislosti na matce — nazývá jej Spitz anaklitickou depresí. I když se syndrom rychle upravuje po návratu matky (často až dramaticky stoupá VQ), přece jen není jisto, zda jisté následky nepřetrvávají. *Richmond a Herscher (1958)*, kteří sledovali jedno dítě s typickou anaklitickou depresí, jež byla odstraněna umístěním v pěstounské rodině, nacházejí v 5 a půlroce příznivý intelektový vývoj, ale poruchy v oblasti emoční.

Je zatím málo soustavnějších studií, které by ověřovaly výskyt tohoto syndromu. Je otázka, zda je to tím, že tento stav zůstává často nepoznán, nebo tím, že je skutečně řídký, nebo konečně tím, že byl

\*) Jde o termín přejatý z psychoanalytické teorie a odvozený patrně z řeckého »ana-klinó« — nakláním se, opírám se. Označují se tak vztahy libidinální katexe k osobě, která dosud uspokojovala především sebezáchovné potřeby dítěte, tj. poskytovala mu potravu, ošetření a ochranu. Tyto vztahy jsou podle psychoanalytických představ teprve později vystřídány trvalejšími sociálními vztahy založenými již na sexuálních impulsech a přáních.

dosud často skryt pod jiným teoretickým hlediskem v ostatních studiích. První možnost je ovšem málo pravděpodobná a jistě správně bylo poukázáno na to, že ve Spitzově případě byly patrně podmínky pro vznik anaklitické deprese krajně »příznivé«. V ústavu, kde internované matky zbavené všeho jiného společenského uspokojení vyvíjely ne- zvykle těsný vztah k dítěti, bylo dítě emočními podněty až nezdravě přesyceno, a reagovalo proto na jejich odnětí mnohem bouřlivěji než za jiných podmínek. *Klackenberg* (1956) pozoroval mezi 14 dětmi, přicházejícími od svých matek do kojeneckého ústavu někdy po 6. měsíci na dobu alespoň 3 měsíců, pouze jediný případ s projevy připomínajícími anaklitickou depresi. Podotýká však, že emoční instabilita, která se u dětí umístěných do ústavu projevuje četnými jinými příznaky, může být ve skutečnosti počátečním stadiem poruchy, která při plném rozvinutí vykazuje tragické rysy anaklitické deprese. *Klackenbergem* sledovaný ústav byl ovšem daleko lépe vybaven personálně a emoční klima bylo tam jistě příznivější než v ústavech sledovaných *Spitzem*.

*Damborská* (1957, 1961) pozorovala během 6 let reakci celkem 150 dětí na odchod matky, která zprvu kojila dítě a pečovala o ně v ústavu. U dětí mladších než 2 měsíce nezjistila žádnou reakci, ale z dětí starších reagovalo 90 % (z toho dvě třetiny velmi výrazně). Reakce spočívala v poklesu na váze (nebo aspoň v oploštění váhové křivky) a ve změně nálady a aktivity (plačtivost, neklid nebo apatie, nezájem o hračky, nechůť k jídlu, úbytek vokalizace a spontánní pohyblivosti). Reakce jsou různého trvání a různé intenzity podle individuality dětí i podle osobnosti matky, zpravidla však nedosahují závažnosti *Spitzových* obrazů. *Damborská a Blažková* (1959) popsaly však také případ zvláště prudké reakce dítěte na separaci od matky, jež do značné míry připomíná anaklitickou depresi (i když jej tak autorka sama neoznačuje). Dítě i později reaguje vysloveně »neuropaticky«, zejména na každé odloučení od matky. *Brunecký* správně podotýká, že šlo asi o dítě, které vidělo nebezpečí ve všem cizím a ve své matce mělo jediný zdroj bezpečí, ale spekulativní zůstává dohad, že to byl důsledek předchozí těžké traumatizace domácím prostředím; je totiž možný i alternativní výklad, že intenzivní vztah dítěte k matce byl věkově přiměřený a že by se dítě bez separace vyvíjelo příznivě. Zdá se, že děti obojího typu (s normálním těsným vztahem k matce i se vztahem patologicky těsným a konfliktním) jsou s to reagovat prudce na odloučení za jistých podmínek.

## Reakce na umístění do ústavu u dětí v batolecím věku

Reakce na odloučení od rodiny v druhém roce života sledovali francouzští a angličtí autoři pracující koordinovaně pod záštitou Centre International de l'Enfance. J. Roudinescová, M. Davidová a J. Nicolašová (1952) sledovaly podrobně 20 dětí ve věku 12 až 17 měsíců odloučených od svých rodičů a umístěných na přijímacím oddělení, kde zůstaly asi 15 dní. I když se některé děti zdály zprvu nedotčeny tímto zážitkem, byly veselé a hravé, bylo to jen chování přechodné: všechny děti docházejí k bodu, kdy se tato jejich rovnováha hroutí a kdy vykazují známky zjevného »zoufalství«. Některé děti ostatně hned od počátku silně pláčí nebo zaujímají vyčkávací postoj, s výrazem zarmouceným a napjatým. Plně rozvinuté poruchy projevují se různými příznaky (poruchou chuti k jídlu, apatií k hračkám, nelibostí k ostatním dětem, kolísáním nálad a pravděpodobně i některými somatickými poruchami), ale nejpodstatnější zdá se narušení vztahu dítěte k dospělým, kteří je ošetřují. Děti buď ignorují dospělého nebo aktivně odmítají jeho pokus o kontakt — anebo se zoufale věší na každého a vyžadují ustavičně jeho přítomnost. Rozmanitost těchto reakcí v době největší závislosti dítěte na matce zdá se být určována dvěma činiteli: potřebou přítomnosti dospělého jako zdroje jistoty a opory a strachem z cizích lidí. Děti, které dosáhly již jakéhosi stupně nezávislosti (které jsou např. zvyklé i na ošetřování jinými lidmi než matkou), se přizpůsobují poměrně snáze. Reakce dítěte vyvolávají odezvu u dospělého (netrpělivost, odmítání), a to opět působí na vývoj dalších poruch u dítěte. Ve své pozdější práci Aubryová-Roudinescová (1955) studovala reakce dětí hned po odloučení a zjistila tam ještě více nápadných reakcí stísněnosti, ať už byly sdruženy s pláčem, nebo s inertností (apatií). Uzavírá, že každé normální dítě ve věku jednoho roku až dvou let, odloučené poprvé od svých rodičů, vykazuje příznaky stísněnosti, jejíž formy jsou závislé na četných okolnostech — především na stupni dosavadní závislosti dítěte na rodičích a na kvalitě náhradní péče. Ať však je forma stísněnosti jakákoliv, vždy je spojena s obtížemi navazovat vztahy k lidem, a proto je provázena i psychomotorickou regresí a poruchami chování. Návrat domů neznamena nikterak okamžité vymizení těchto poruch — často dlouho přetrvává úzkostnost a přecitlivělost na každou, třebaš malou změnu životní situace. Trvá-li nedostatek mateřské péče dlouho, stupňují se tyto poruchy a nabývají závažnějších forem (poruchy chování, hrubé opožďování vývoje, úzkostné neurózy nebo

i psychotické stavy autistického typu), jaké v celé pestrosti nacházíme u dětí ústavních. Akutní šok separace přechází tak ve skutečnou depřivaci, jež narušuje trvale schopnost dítěte navazovat mezilidské vztahy se všemi důsledky pro pozdější uplatnění v práci, v lásce i v rodičovství.

48  
Anglický tým (J. Robertson-J. Bowlby 1952, 1957) navazoval na pozorování francouzských autorů sledováním reakcí dětí ve věku od 18 do 24 měsíců. Zjišťují tři typické fáze v chování dětí odloučených v tomto věku poprvé od matek a umístěných v neosobním ústavu (dětském domově, sanatoriu nebo nemocnici): 1. Fáze protestu, kdy dítě křičí a zmítá sebou, volá matku a čeká na základě své předchozí zkušenosti, že ona bude na jeho křik reagovat. — 2. Fáze zoufalosti, kdy dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně a odvrací se od okolí ve stavu hluboké stísněnosti. — 3. Fáze popření touhy po matce,\*) kdy potlačí své city k matce a buď se připoutá k někomu, kdo je ošetřuje, nebo — nemá-li nikoho k dispozici — ztrácí vztah k lidem a upoutává se spíše na věci. Jednotlivé fáze trvají u jednotlivých dětí různě dlouho (několik hodin, dnů i týdnů) a nemusejí ovšem být u všech dětí stejně pravidelné a oddělené. Třetí a někdy už i druhá fáze bývají pokládány leckdy za příznak kladné adaptace, ale autoři odmítají tuto domněnku, neboť — jak soudí — jde tu o reakce obranné, které mohou v dalším vývoji dítěte působit nepříznivě. Tyto reakce jsou zcela přirozenou a normální odezvou na situaci — nedostaví-li se, je to obyčejně známkou toho, že se dítě do té doby netěšilo potřebnému těsnému poutu s matkou a že je vůči separaci už příliš »otučeno«.

#### *Naše zkušenosti s reakcemi batolat na umístění v ústavu*

Naše pozorování svědčí o tom, že separační reakce batolat umístěných do ústavu jsou časté a výrazné, méně však již o tom, že uvedené fáze jsou tak pravidelné a všeobecné, jak je popisováno. Ve skutečnosti reagují jednotlivé děti na příchod do ústavu velmi rozmanitě, různě intenzívně a různě dlouho a i jejich konečné přizpůsobení je velmi odlišné. Závisí to zřejmě na psychické konstituci dítěte, na kvalitě jeho vztahů k matce a k domovu, na předchozích separačních zkušenostech a na stupni »otučilosti«.

\*) Bowlby a Robertson nahrazují později (1960) termín »popření touhy po matce« (denial), který vedl k mnoha těžkostem, termínem »odpoutání od matky« (detachment).

Při sledování dětí v naší skupině neměli jsme sice možnost zachytit jejich reakce ihned po příchodu do dětského domova, ale průběh celého procesu přizpůsobování během prvního čtvrt roku svědčí zřejmě o velkých individuálních rozdílech mezi dětmi v tomto směru, o řadě »forem« a jejich mezistupňů, jak se ustavují po překonání počátečního traumatického prožitku separace.

Forma »aktivního protestu«, provázeného afektivními výbuchy, agresivitou vůči ostatním dětem, zlomyslnostmi a provokacemi, je patrně méně častá, avšak velmi nápadná a obtížná z hlediska vychovatelů. Forma útlumová, vyznačená apatií, autistickými tendencemi a smutkem, jež nejspíše by mohla být pokládána za předstupeň anaklitické deprese, je patrně častější, avšak snáze ujde pozornosti, neboť nepůsobí takových obtíží v kolektivní výchově. Nejsou vzácností případy, kdy se dítě i několik měsíců jeví vychovatelům jako zcela tupé, neschopné těžit z výchovných programů, a pak během krátké doby »rozváže« a překvapuje svými dovednostmi. To, co se někdy přičítá ústavu jako výchovný úspěch, je ve skutečnosti jen překonáním či odezněním takovéto protrahované separační reakce.

Pozorovali jsme dítě, které po 3 měsíce mluvilo jen několik upozornovacích slůvek a jehož slovník se jen těžce, »ústavnicky« rozvíjel. Jednoho dne však jakoby si »vzpomnělo«, začalo mluvit zcela samozřejmě ve větách a užívalo slov v ústavu zcela neobvyklých. Sledovali jsme i vývoj chlapce, který po příchodu z rodiny se po 8 měsících v ústavu neusmál a neprojevil se radostně, i když jinak se v kolektivu choval aktivně a vyspěle, ba i s jistou dávkou agresivity. Ke konci pobytu se již aktivně domáhal pozornosti sester, s dětmi se však »nesžil«. Byl-li sám, intenzívně dumlal prsty, stěna kolem jeho postýlky byla celá okousaná. Jiný chlapec, přijatý do ústavu ve 3 letech, normálně vyspělý ve všech směrech, takže v kolektivu nápadně vyniká, ztrácí postupně svou aktivitu, verbální projevy jsou chudší, začíná se pomočovat a po dvou měsících se přidává i enkopresa. Personál konstatuje spontánně, že přes všechnu výchovnou snahu chlapec upadá, a vidí záchranu v tom, že bude vrácen matce. I tento chlapec však aktivně vyhledává přítomnost dospělých, mazlí se s nimi a nápadně při takovémto intimnějším kontaktu »oživne«. Konečně další chlapec se projevuje docela jiným, avšak neméně nápadným způsobem. Vyvíjí horlivou snahu upoutat k sobě pozornost sester, aniž některé dává zvláštní přednost, je ochotný, poslušný, přítulný. Všechny ostatní dospělé, kromě sester, prudce odmítá, odtahuje se, vzteká. Ani k matce, která přichází častěji na návštěvy, se nechová lépe, je prý »hrozný«. Psychologická vyšetření, jichž bylo za dva roky celkem šest, se pro tento nepřekonatelný odpor k cizím osobám dala provést jen s krajním úsilím a za vydatné asistence personálu. V kolektivu je zprvu »žárlivý« a agresivní vůči ostatním dětem, pak se zapojí normálně — děti rád diriguje.

I když takové protrahované separační reakce někdy odezní ještě



Typická reakce dítěte na přiblížení  
cizího člověka

Na uvedených příkladech zřetelně vidíme, že variabilita reakcí na separaci a změnu prostředí je pozoruhodně velká a že každý pokus o jejich klasifikaci nutně bude trpět nadměrným zjednodušením. Uvádíme přehled charakteristických rysů chování u 44 dětí převedených po prvním roce věku do dětského domova z rodin (vesměs velmi špatných) a u 85 dětí převedených z kojeneckého ústavu, jak jsme je zachytili při psychologickém vyšetření v prvním čtvrtletí po přijetí a jak jsme si je ověřili konfrontací s vychovatelskými a neuropsychickými záznamy vedenými ústavem.

	Děti přijaté z rodin	Děti přijaté z kojeneckých ústavů
1. nápadná pasivita, apatie, minimální kontakt s okolím, autismus, úzkostné projevy - regrese chování	14	9
2. nápadná dráždivost, zlostné výbuchy, agresivita	3	6
3. přepjatá sociální aktivita a zájem, domáhá se úporně pozornosti dospělých	3	10
4. bez zvláštních nápadností a obtíží - dítě se jeví jako přijatelně přizpůsobeno	17	52
5. není spolehlivých údajů	7	8
	<u>44</u>	<u>85</u>

v ústavu a jindy po návratu do rodiny, nelze předpokládat, že dítě naváže přesně tam, kde před několika měsíci přestalo. Mezidobí patologického stavu nejen zdrží vývoj, ale vede i k tomu, že dítě skutečně zapomene to, co nemá příležitost v nových podmínkách oživit a uplatnit. Navíc patrně pozmění i základní strukturu jeho prožívání s dalšími důsledky v motivaci jeho jednání a tím i v celém vnějším projevu, který opět dále vyvolává »odpovídající« reakce vychovatelů, ať již ve smyslu nápravném, nebo jen odvetném. Celý spirálový vývoj příčin a následků může tu mít svůj počátek.

Z tabulky je patrné, že děti přicházející z rodin reagují na přechod do nového prostředí nepříznivě nebo přinejmenším »nápadně« nepoměrně častěji než děti z kojeneckých ústavů. Nutno si přitom uvědomit, že rodiny, z nichž děti do ústavu přicházejí, většinou neposkytují svým dětem ani zdaleka plnou vývojovou stimulaci ani plné emocionální uspokojení a ponechávají je více nebo méně ve stavu deprivace. Navruba této okolnosti možno patrně přičíst poměrně značné procento dětí, jimž přechod do ústavu nepřinesl zřetelných obtíží. Pokud jde o typ zachycených reakcí, je útlumová forma častější (statisticky významně) právě u dětí z rodin než u dětí z kojeneckých ústavů. Naproti tomu děti ústavní reagují na takovýto přechod častěji (i když ne již statisticky významně) zvýšenou snahou upoutat k sobě pozornost dospělých a získat si či přímo »přivlastnit« nové lidi v novém prostředí. K tomuto typu chování, který je pro část ústavních dětí velmi příznačný, se ještě vrátíme v jiných spojitostech.

#### *Reakce na přechod z jednoho ústavu do jiného*

Že podkladem separační symptomatologie v chování dítěte nemusí být vždy výhradně odloučení od milující mateřské osoby, ale prostě vytržení z celého komplexu životních podmínek, ukazují nejlépe reakce dětí ústavních na přechod z kojeneckého ústavu do dětského domova pro batolata a odtud dále do domova pro děti předškolní. U těchto dětí nelze předpokládat všeobecně zvlášť intenzivní citový vztah k nějaké »mateřské náhradě« — přesto bývají jejich reakce na přemístění do nového ústavu často velmi výrazné a dramatické, přetrvávají někdy velmi dlouho a jejich symptomatologie se shoduje v mnohém s tou, která byla dříve popsána. Naše tabulka (viz str. 78) srovnávající reakce dětí přicházejících do batolecího domova z rodin a dětí z kojeneckých ústavů uvádí sice, že v 68 % případů došlo k adaptaci ústavních dětí bez větších poruch nebo nápadností (u dětí z rodin jen ve 46 %), nicméně zbývající 32 % se zřetelnými adaptačními poruchami jsou stále číslem zasluhujícím zvláštní pozornosti. Vzhledem ke způsobu, jímž byly reakce dětí hodnoceny, nutno tyto poruchy pokládat již za »vážné«. Jak jsme již připomněli, je reakcí útlumového typu u dětí ústavních významně méně než u dětí z rodin, naproti tomu je poněkud častější přepjatá sociální aktivita a snaha upoutat k sobě pozornost nových, neznámých dospělých.

Je běžnou zkušeností, že děti po příchodu do batolecího domova mnoho »zapomenou«, takže kojenecký ústav se dostává do podezření,

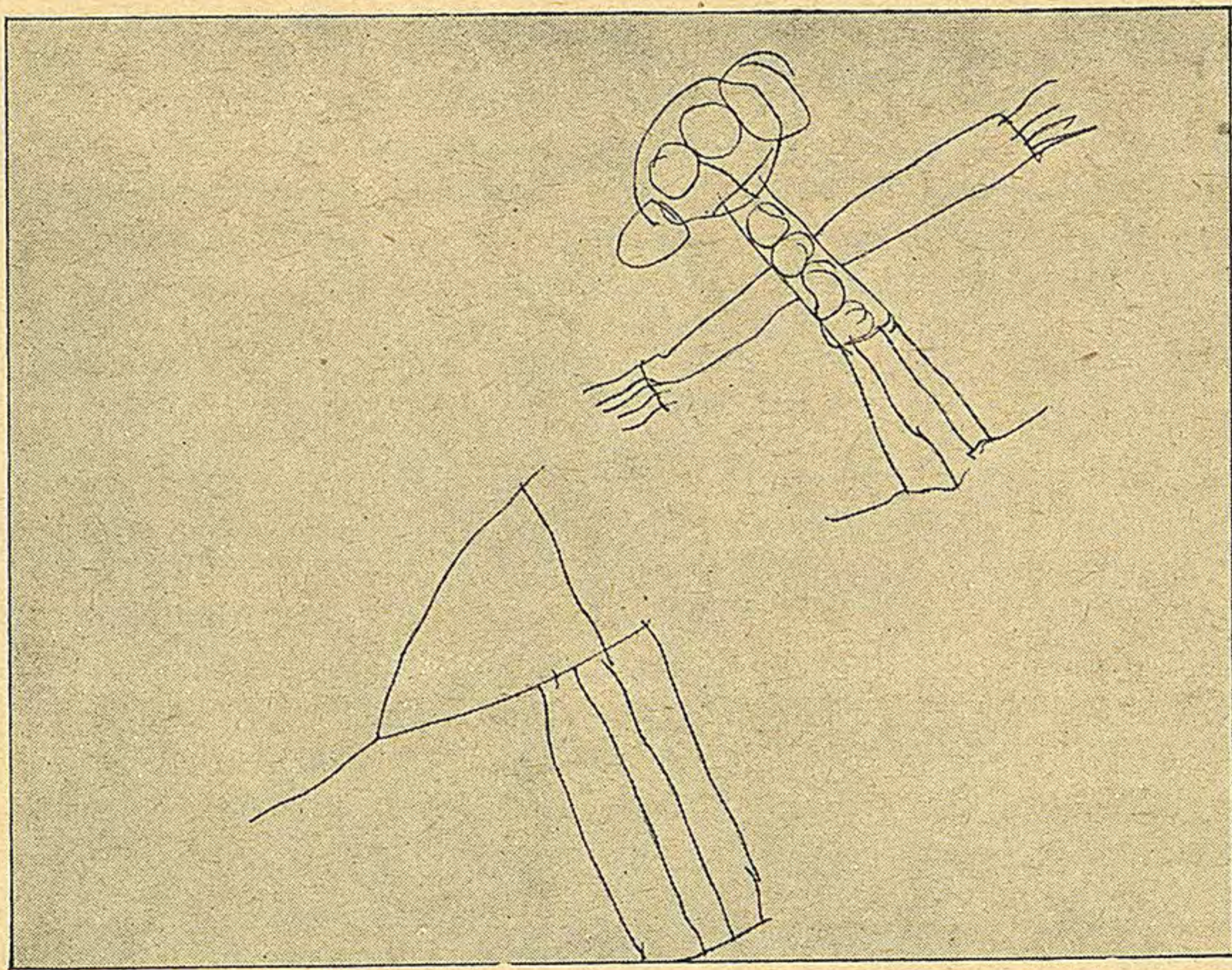
112 že chování svých dětí při předávání nadcenil. Do stejného podezření se však dostává za další dva roky batolecí ústav vůči předškolnímu domovu a ten opět za další tři roky vůči domovu školnímu. Pracovníci dětské psychiatrické služby, kteří sledují vývoj dětí ve všech typech ústavů, mají ovšem příležitost toto podezření vyvrátit, neboť zachycují nejen poruchy regresivního rázu, ale i řadu poruch dalších, které přechody z ústavu do ústavu provázejí. Snad jen ta okolnost, že v našich ústavech nemá dítě dosud mnoho příležitosti navázat k někomu hlubší vztah, je chrání před hrubou traumatizací při tak častých změnách prostředí. Nepřímé potvrzení tohoto předpokladu nacházíme ve studii M. Mikešové (1957), která sledovala reakce na nové ústavní prostředí u 68 dětí vychovávaných od 3 týdnů v kojeneckém ústavu, kde právě emocionální vztah mezi sestrou a dítětem byl silně zdůrazňován a kde i organizačně byly pro něj vytvořeny podmínky (každá sestra se zvláště stará o 2 až 3 děti ve skupině). Reakce na převedení do batolecího dětského domova, kde prostředí bylo nejen fyzicky, ale i emocionálně docela jiné než v kojeneckém ústavu, byly sledovány od chvíle přijetí po několik dalších dnů. Úbytek na váze se projevil u 66 % dětí, ve stejném procentu byla zaznamenána zvýšená teplota (37,5° až 39°) bez příznaků onemocnění, u poloviny dětí se objevily zlovyky dříve nepozorované, zvláště excesivní dumláni, v 76 % byla zaznamenána změna nálady (dětí mrzuté, ustrašené, bez kontaktu s okolím) a skoro ve 40 % zřetelná regrese chování — jen u 10 dětí (15 %) nebyly zachyceny významnější reakce na změnu prostředí. Šlo vesměs o děti, které se už v kojeneckém ústavu jevily jako pomalejší, klidné, nevzrušivé.

Nižší procento adaptačních obtíží uváděných v naší tabulce ve srovnání s touto studií M. Mikešové se dá vysvětlit jednak tím, že v našem zkoumání nebyly zachycovány reakce bezprostřední, nýbrž s jistým časovým odstupem, a tedy zřejmě jen výraznější a závažnější, a jednak patrně i tím, že v ústavech, z nichž děti přicházely do našeho batolecího domova, nebyla výchova zdaleka tak zaměřena k vytvoření citového pouta a podmínky pro vznik separační symptomatologie nebyly tedy zdaleka tak »příznivé«.

Uvádíme aspoň jeden příklad prudké a protrahované reakce na dvojí změnu ústavního prostředí.

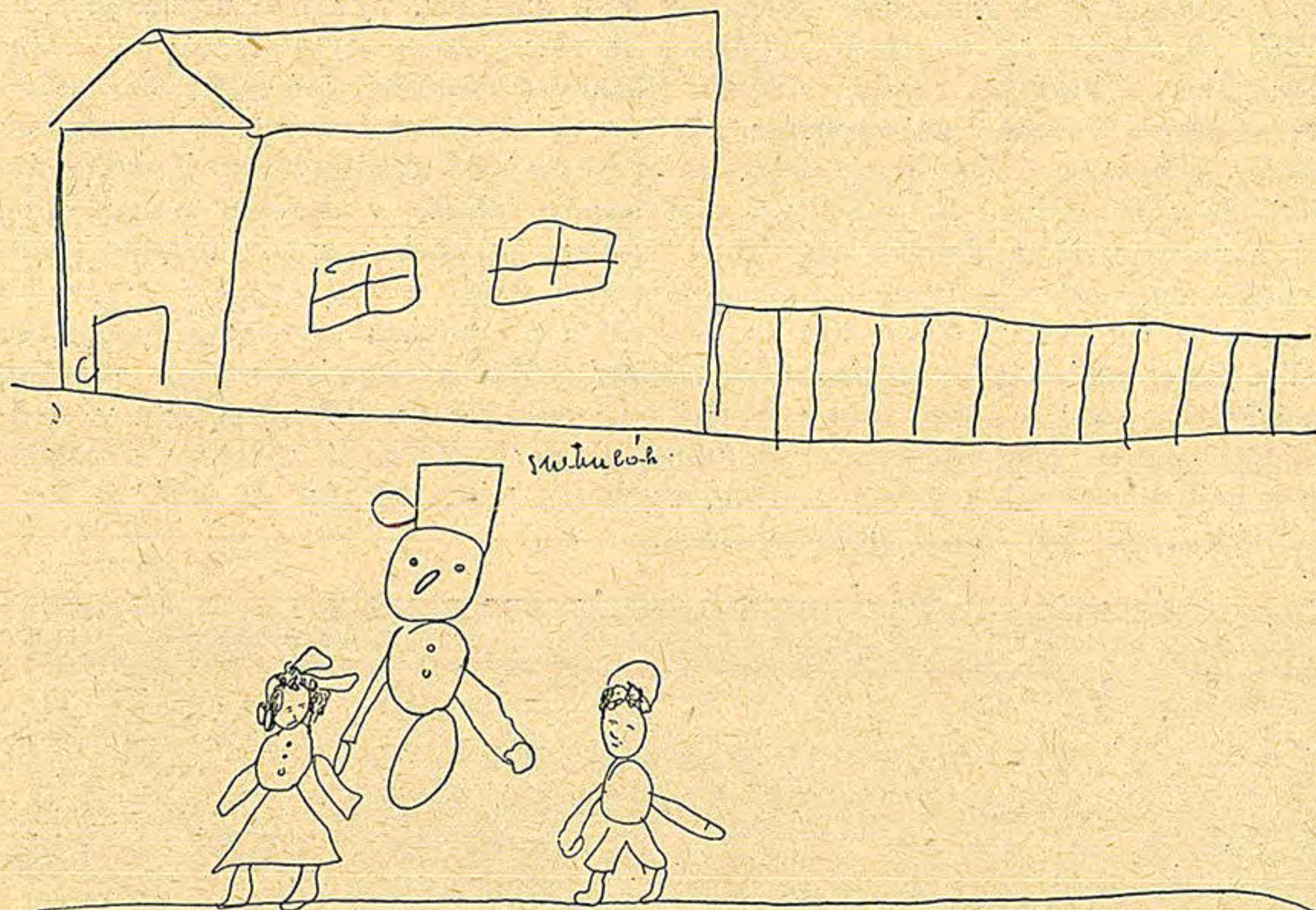
Nemanželský chlapec Š. M. byl z porodnice předán do kojeneckého ústavu. Po příchodu do batolecího domova ve svém 1. roce se jeví jako těžce vývojově opožděný, apatický, plačtivý, s minimálním kontaktem se sestrami a s ostatními dět-

mi. Teprve ve dvou letech začíná chodit a slabičně vokalizovat. Je vážné podezření na slabomyslnost v rozmezí lehkého, až středního stupně. S dětmi si nehraje, nechce sedět u stolku — přiblíží-li se někdo cizí, úzkostlivě pláče, křičí, válí se po zemi, schovává hlavu. Podanou hračku jen pasívně drží — jestliže mu ji vyšetřující psycholog konečně odejme, aby mu podal novou, dá se do neutišitelného pláče. Během dalšího roku však dochází k lepší adaptaci, vývoj se urychluje a za dalších 10 měsíců, tj. ve třech a půlroce se skoro úplně vyrovná se svou skupinou, mluví v krátkých větách, přednáší říkanky a básničky, má zájem o všechno dění v ústavu i venku na vycházce, obtíže s jeho chováním zcela vymizely. Je vyšetřen znovu ve 4 letech, tj. měsíc po převedení do předškolního dětského domova. Je opět zřejmá vývojová stagnace a nové obtíže v chování — vzdoruje, lehá si na zem, křičí, zůstává bez dechu. Ačkoliv psychologa z předchozího styku již dobře zná, opakuje nyní v novém prostředí skoro přesně chování z prvního vyšetření v batolecím ústavu: hračku jen drží a při pokusu psychologa podat mu hračku jinou uchyluje se k téměř úzkostnému pláči a negativistickému chování. Navázání kontaktu je skoro stejně obtížné jako před 3 lety. Během pobytu v předškolním domově však dochází k postupné adaptaci, afektivní výbuchy a ostatní obtíže znovu ustupují a vývoj se dále urychluje, takže odchází do školy s mentální výkonností jen mírně podprůměrnou.



Kresba šestiletého dítěte v málo stimulujícím prostředí předškolního dětského domova

Otázkou ovšem zůstává, je-li možno oněch 68 0/0 ústavních dětí, které na přechod do nového ústavu nijak nereagovaly (ve srovnání s 46 0/0 takových dětí ze špatných rodin), pokládat za zjištění, které nás může uspokojit. Je totiž jisto, že do kategorie »dobře adaptovaných« spadájí



Kresba téhož dítěte za dalších 5 měsíců, které strávilo již v mnohem podnětnějším prostředí školního dětského domova

zde i ty děti, jejichž zájem je v mladším batolivém věku ještě převážně koncentrován na věci a které věnují dospělým zájem nejvýš jen jako »vedlejší věc« — tedy děti v citovém a sociálním vývoji pravděpodobně vážně opožděné. Nedostatek reakce na změnu ústavního prostředí neznamena tedy vždy dobrou schopnost adaptace, ale mnohdy naopak nedostatek jakéhokoliv předchozího citového navázání. Sestry charakterizují takové dítě jako »pořád stejné«. U druhých dětí, u nichž při psychologickém vyšetření zjišťujeme převažující zájem sociální, uvádějí neuropsychické záznamy naopak, že byly po příchodu pasívní, mdlé, »tupé«, avšak po jisté době že začaly nápadně rozvazovat, projevují aktivitu ve společných hrách, jdou si k sestře pro pohlázení a pomazlení a vůbec se jeví jako »docela jiné«. Děti s převažujícím věcným zájmem nacházejí totiž i při změně ústavu prostředí v pod-

statě stejné, neboť vybavení ústavů, hračky apod. se mnoho neliší a lidské postavy patří jen k tomuto věcnému inventáři. Naproti tomu děti s převažujícím sociálním zájmem a na někoho již citově navázané při změně ústavu své »prostředí« ztrácejí. Jsou proto zřejmě otřeseny a potřebují čas a vhodné vedení, než dosáhnou nového přizpůsobení.

Z jiné stránky osvětluje tuto otázku zkušenost s dětmi, které z nějakého důvodu po roce přecházejí z jedné jesli do druhé. Reakce na nové prostředí tu většinou bývá minimální. Jedním důvodem je zajisté to, že variabilita jeslového prostředí při typizovaných stavbách i typizovaném vybavení je jen velmi malá, druhým a rozhodujícím důvodem pak pravděpodobně to, že hlavní citové pouto dítěte z jesli zůstává přece jen doma — v rodině. Změna jesli má pro ně tedy nepoměrně menší sociální hodnotu než změna ústavu pro děti bez rodin.

### HOSPITALIZACE

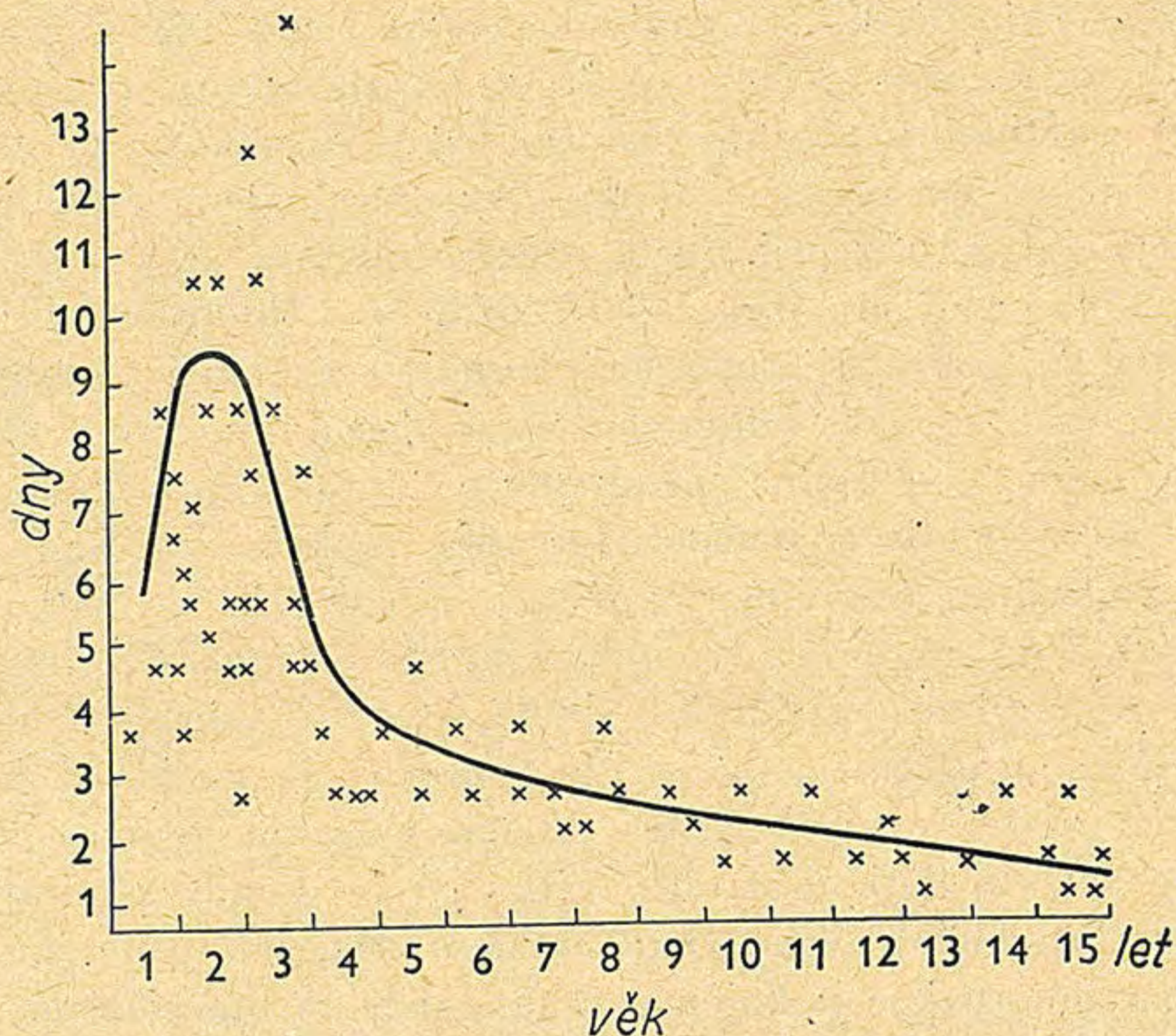
Poznatkům získaným z prací Spitzových, Bowlbyho, Aubryové aj. dostalo se dalekosáhlé popularity a přijetí. Konference expertů (pediatrů, psychologů, pedopsychiatrů a sociálních pracovníků), pořádaná ve Stockholmu r. 1954 Světovou zdravotnickou organizací, dospěla celkem jednomyslně k závěru, že hospitalizace dítěte, která je nejčastější situací, za níž dochází k separaci dítěte od rodiny, může představovat nebezpečí pro zdravý duševní vývoj dítěte (viz Wallgren 1955, Harbauer 1955). Odtud byly vyvozovány určité požadavky směřující k prevenci: bylo doporučováno hospitalizacím se pokud možno vyhýbat, přijímat matku společně s malým dítětem, umožnit denní návštěvy a kromě toho dalekosáhle upravit režim a celé prostředí nemocnic »humanizovat«.

Další období přineslo v mnohém potvrzení těchto závěrů, ale současně ubralo značně na dramatickosti předchozím údajům a v mnohém korigovalo předchozí názory i praktické důsledky z nich vyvozované. Tak M. Schmadererová (1958) uvádí například, že téměř všechny děti přijaté na kliniku procházejí na začátku stadiem protestu nebo primárního zoufalství (ve smyslu Robertsonově), avšak že velká většina se jich po určité době sžije s novým prostředím. Má za to, že jde skutečně o pozitivní přizpůsobení a nikoliv o pouhé potlačení tísnivých pocitů: malé děti nejsou schopny přetvářky. Nic nesevčí pro to, že by vznikaly trvalé škody, naopak odloučení může být někdy pozitivním výchovným opatřením. Poukazuje také na druhou protestní reakci dětí, k níž dochází po propuštění z nemocnice, a soudí, že protest je spíše

odporem proti každé změně známého a blízkého okolí než proti odloučení od milované osoby. Práce Schmadererové se bohužel opírá jen o »klinické zkušenosti« blíže nepopsané a postrádá ověření kontrolovaným faktickým materiálem. Kritika pojmu »popření«, i když je rozhodně na místě, zakládá se přece jen zčásti na nepochopení: mechanismus popsaných reakcí je u dítěte jistě primitivnější než vědomá přetvářka, simulace. Závažnější je, že práce dochází ke stejné nesprávnému opačnému extrému, neboť vcelku popírá trvalejší škody vůbec. Poukazuje-li se v této práci (a často i u nás) na možnosti terapeutického využití separace u dítěte s poruchou chování, jak jsme se o tom už shora zmiňovali, nevyvrací to nikterak možnost poškození nebo ohrožení u zdravých dětí. Totéž platí o názoru *Yllpöho* a spolupracovníků (1956), kteří u 50 dětí mladších než 7 let pozorovali po počátečních reakcích podrážděnosti a napětí (spojeného s tachykardií a s hypertenzí) rychlé přizpůsobování novému okolí.

Další, kritičtější práce, které se opírají o podrobnější pozorování a hodnocení reakcí i jejich následků, přece jen potvrzují částečně původní názor, ale nesvědčí o tak intenzivních reakcích ani o tak pravidelném průběhu. *Harnack a Oberschelpová* (1957) pozorováním 140 dětí přijatých do nemocnice našli silné reakce protestu nebo odmítání u 74 % batolat, u 59 % předškolních dětí a 25 % školáků. Jen 10 % dětí zůstalo trvale nepřizpůsobeno po celou dobu nemocničního pobytu, přičemž šlo většinou o děti z výchovně nepříznivého prostředí (rozmazlené, z rozvrácených rodin apod.). Skoro polovina kojenců a batolat a třetina předškolních dětí vykazuje potíže při přizpůsobování po propuštění domů, mnoho jich trpí pak nadměrnou úzkostí z opětného odloučení, lpí zoufale na matce, kterou nepouští z dohledu ani na krok. Tyto děti mívají i poruchy spánku, chuti k jídlu, udržování tělesné čistoty a objevují se rozmanité výchovné potíže. Zatímco se, jak se zdá, 55 % batolat zhoršilo proti dřívějšímu ve svém chování, jen 7,5 % se zlepšilo (ostatek nezměněn). *Ströder a Geislerová* (1957) rovněž potvrzují častý výskyt počátečních protestních reakcí (křik, pláč, motorický neklid) a řídký výskyt negativismu a těžších stavů regrese, které mohou přetrvávat i po propuštění, ale soudí, že dítěti je vlastní zdravá schopnost přizpůsobovat se společenskému životu, zejména je-li mu v tom napomoženo okolím. Odmítat šmahem hospitalizaci tam, kde je skutečně indikována z lékařských příčin (nebo i na pozorování), není správné. Zcela obdobně uzavírá svou studii i *P. Bertoye* (1957), který sledoval chování 1219 hypotrofických kojenců a batolat umístěných

v ozdravovně Červeného kříže poblíž Lyonu. Ovšem přizpůsobení je nejobtížnější u malých dětí — Bowlby udává 1 a 1/2 až 2 roky, Yllpö 2 a 1/2 až 3 a 1/2 roku jako nejcitlivější. Jak dlouho trvá přizpůsobení či »sžití« dítěte na oddělení, závisí tedy předně na jeho věku. Ukazuje to pěkně výsledek pozorování 140 dětí L. Hausamové a H. Spiesse (1958), kde vrchol je zřejmě mezi 1. a 2. rokem. Malé dítě je svou zkušeností emočně i intelektově »nezralé« pro traumatizující zážitek hospitalizace (Norlundová: »fehlende Krankenhausreife«).



Graf 12. Doba potřebná k přizpůsobení dítěte nemocničnímu prostředí školního dětského domova

Z grafu je patrné, že nejdéle se přizpůsobují děti dvouleté a tříleté a že po celý předškolní věk vyžaduje adaptace dítěte nemocničnímu prostředí v průměru několika dní. (L. Hausmannová, H. Spiess, Medizinische 36, 1366, 1958. — (S laskavým svolením autorky.)

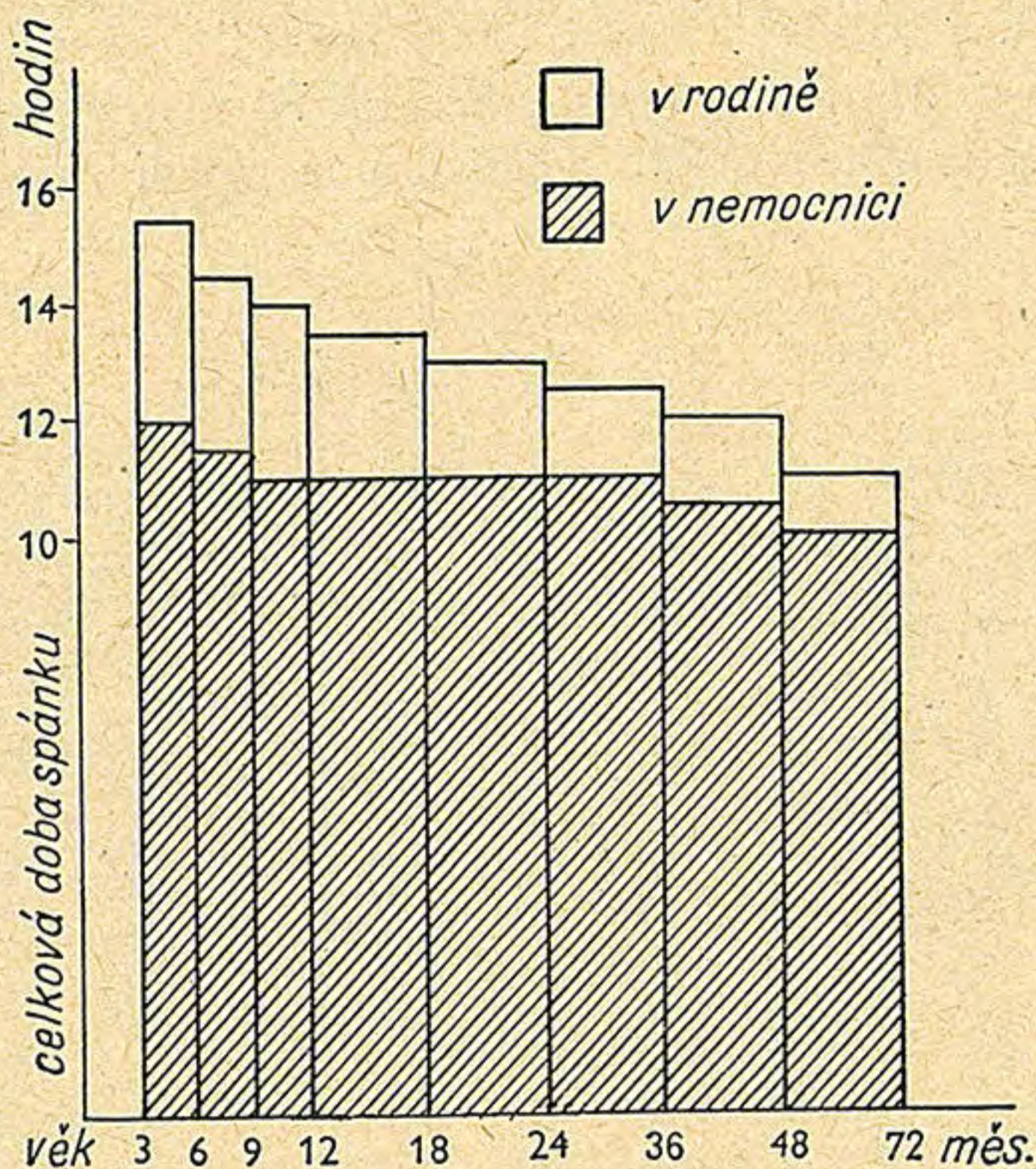
V této souvislosti vyvstává otázka postižení dětí nejmenších, tj. kojenců, zejména do 6. měsíce. V tomto směru není v literatuře jednoty. Zatímco Bowlby pokládá například dítě do 6 měsíců ještě za relativně necitlivé na separaci, popisují jiní výrazné separační a deprivací reakce. Tak Bakwinovi (1960) popsali pečlivě několik případů dětí starých jen několik týdnů, u nichž došlo k těžkým poruchám během hos-

X  
↓

pitalizace, které zase rychle zmizely po návratu domů. Jako hlavní příznaky separační reakce mladšího kojence popisují apatičnost, vyhubnutí, bledost, relativní nepohyblivost, tichost (nebrouká), špatný spánek, nechůť k jídlu, úbytek na váze, časté stoličky a sklon k febrilním epizodám organicky nevysvětlitelným. Velmi podobnými slovy popisuje reakce na separaci *Nitschke* (1955) jakožto »bezradnost« (Ratlosigkeit) při ztrátě domova a tím i veškeré jistoty. Kojenci 2měsíční až 6měsíční jsou za těchto podmínek úzkostní, nepřístupní uklidňujícímu přimlouvání, bledí, s vpadlýma očima jako při vyčerpanosti, ochablí; odmítají často potravu nebo zvracejí, mívají průjmy nebo prudký, nevysvětlitelný vzestup teploty. Také *Nitschke* pozoroval však tyto reakce nejen po přijetí dětí do nemocnice, ale i po jejich propuštění domů, když totiž přilnuly k některé obětavé sestře, jež pro ně pak spolu s nemocničním prostředím znamenala »domov«. U starších kojenců a batolat nabývají separační poruchy známější podoby prudkých nostalgických reakcí (»heftige Heimwehreaktionen«) s křikem a voláním po matce, eventuálně agresivitou a odmítáním každého pokusu o kontakt. Když opadnou počáteční prudké reakce, dítě buď přivykne (jsou-li podmínky příznivé, zejména je-li náhrada za matku), nebo postupně upadá do apatie a beznaděje (»Leben ohne Hoffnung«). Stále nápadnější je nehybnost a skleslost dítěte, které si nehraje a ničeho se neúčastní. Později už ani nepláče, dystrofizuje, je náchylné k infekcím — »život hasně v tupé nicotě«. Podobný obraz — jen ještě těžší — poskytují ústavní děti, jimž od počátku chybí domov s milující osobou (»Heimatlosigkeit«). Také *Damborská* u nás, jak jsme již uvedli, zjišťuje separační reakce u kojenců 2měsíčních až 6měsíčních. |

Pečlivé, systematické pozorování hospitalizačních reakcí kojenců podali *H. R. Schaffer* a *W. M. Callender* (1959), kteří sledovali 76 dětí ve věku 1 až 12 měsíců po dobu hospitalizace (průměrně dvoutýdenní) i po návratu domů. Zjistili u dětí starších 7 měsíců klasický separační obraz s protestem na začátku, s negativismem vůči personálu, s intervaly podrobení a odvratu od okolí a s obdobím postupné readaptace po návratu domů, kdy dítě dává najevo nejistotu a nadměrnou závislost na matce. Naproti tomu u kojenců mladších než 7 měsíců nevyvolává separace žádný protest, cizí osoby jsou akceptovány dobře jako náhrada za matku, úroveň reaktivity se zvláště nemění a dítě se i dobře přizpůsobí třeba radikálně změněné rutiny — jediná změna v jeho chování je nedostatek broukání. (Ostatní projevy uváděné *Bakwinem* nebyly pozorovány.) Po návratu domů byla u těchto dětí patrna dosti

dramatická změna trvající však krátce (20 minut až 4 dny): děti si pozorně prohlížely okolí, na nic se zvláště nesoustřeďujíce, a zdály se plně ponořeny do této aktivity, takže je nebylo možno upoutat hračkou nebo sociálním kontaktem. Tento »globální« syndrom je podle autorů reakcí na percepční monotónnost nemocničního prostředí. Na podkladě svého pozorování soudí Schaffer, že separační reakce objevuje se teprve po 7. měsíci, a to relativně náhle a trvá pak vcelku se

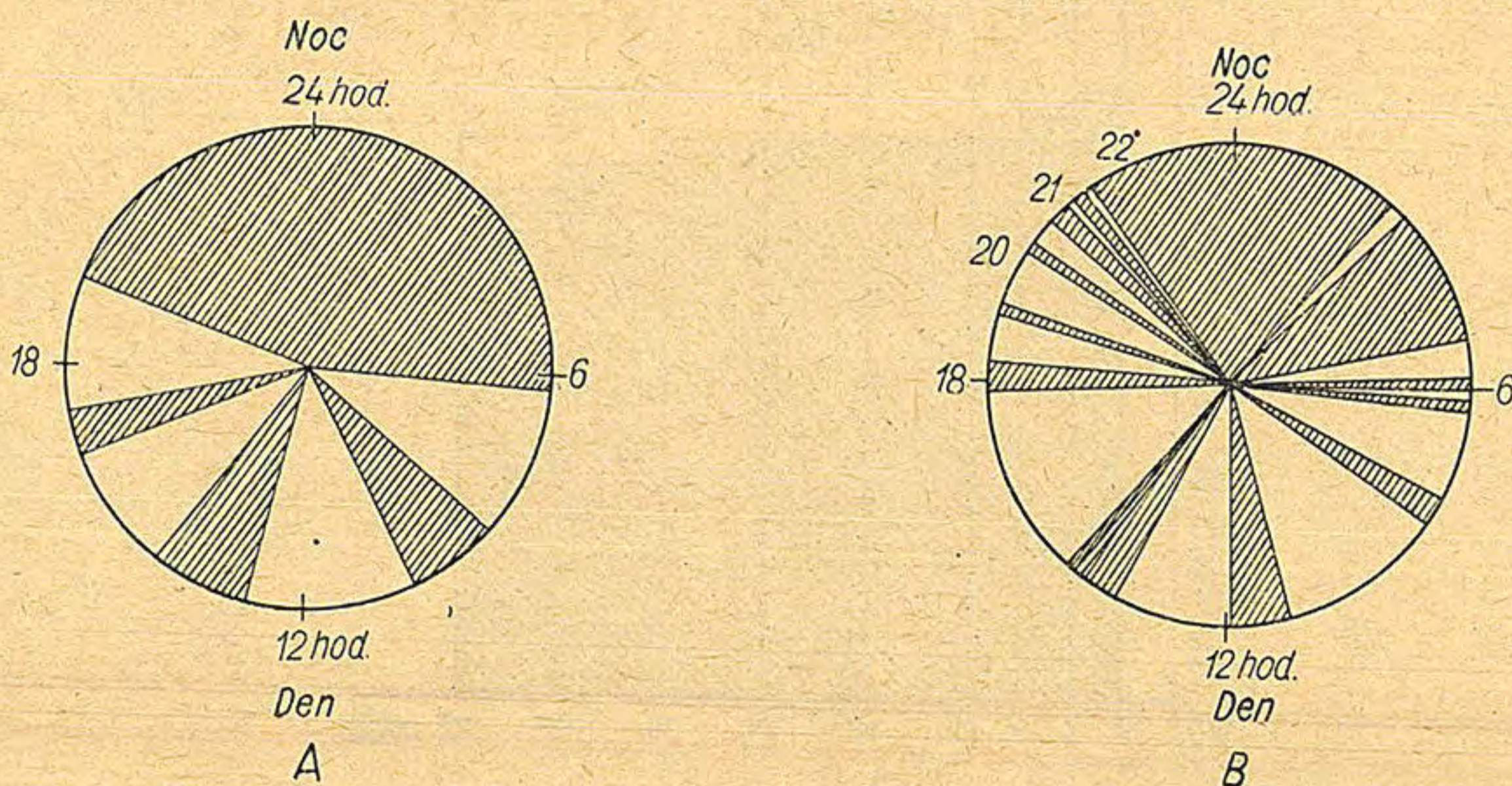


Graf 13. Průměrná doba spánku (za 24 hodiny) u dětí určitého věku v rodině a v nemocnici (J. Langmeier)

stejnou silou v dalších měsících. Předpokládá, že to souvisí s percepčním a kognitivním vývojem dítěte, které teprve kolem 7. měsíce je schopno vytvořit pravé vztahy k určité osobě (matce), a to poměrně náhle a hned s plnou intenzitou. Těžké reakce popisované Spitzem a Bakwinem nejsou patrně typické pro dnešní nemocniční poměry a mohou se vyskytovat jen za mimořádně špatných podmínek. Tam, kde je možno volit dobu hospitalizace (např. při operaci některých kongenitálních anomálií), je vhodné tak učinit před 7. měsícem.

U nás pozorovala M. Tautermannová (1961) chování 44 dětí ve věku

3 až 6 let přijatých na interní oddělení dětské kliniky. Zjistila rovněž počáteční protestní reakce u některých dětí, jež přecházejí ve fázi útlumu — 43 % dětí se adaptovala rychle (hrály si a nejdéle do 3 dnů navazovaly kontakt), zatímco stejný počet dětí se adaptoval pomalu (až po týdnů nebo i déle). Rozrušení způsobené hospitalizací lze sledovat na různých vegetativních funkcích i na poruchách spánku, jak jsme prokázali z údajů o 232 dětech pozorovaných souvisle po 3 dny (J. Langmeier, 1959). I v těchto ukazatelích byly nejnápadnější poruchy patrné u kojenců a batolat. Pokud jde o následky přetrvávající po návratu domů, našli Mores a Vyhnálek (1957) nepříznivé změny nejčastěji u batolat, zatímco u dětí větších pozorovali spíše změny pozitivní (zlepšení vývoje nebo chování).



Graf 14. Konsolidace spánku kojence v rodině (A) a v nemocnici (B)  
Diagram podle skutečného záznamu u osmiměsíčního dítěte, jehož spánek v rodině byl rozdělen do 4 úseků, v nemocnici do 13 úseků. Celkem spalo dítě v rodině 14,35 hod., v nemocnici jen 10,45 hod. (J. Langmeier)

#### SEPARAČNÍ REAKCE V PODMÍNKÁCH „HUMANIZOVANÉHO“ NEMOCNIČNÍHO REŽIMU

Okolnost, že první studie nacházely zpravidla více těžkých reakcí než práce pozdější, ukazuje, že úpravou nemocničního režimu lze nesporně dosáhnout značných zlepšení. Podmínky, které především podporují snazší a rychlejší adaptaci dítěte, jsou ovšem složité a zahrnují mnoho faktorů (viz L. Srp 1961). Zde nás zajímají především ty, které se týkají vztahu dítěte k rodičům nebo náhradním osobám.

Prakticky je zvláště důležitá otázka návštěv, které mají umožňovat udržování těsného pouta mezi dítětem a matkou. Je však známo, že děti po návštěvách bývají ještě více rozrušeny. *R. S. Illingworth* a *K. S. Holt* to dokládají statisticky: 86 % dětí ve věku od 1 do 2 let, ještě 70,5 % ve věku 5 až 6 let a 39,3 % ve věku 7 až 9 let bylo návštěvou rozrušeno. Starší děti si na návštěvy brzy zvykají, ale u mladších rozrušení trvá mnohem déle. Zatímco třeba *Schmaderová* to bere za argument proti rozšíření návštěv, domnívají se autoři, že je správné učinit vše, aby se pouto matky a dítěte udrželo, a to i za cenu rozrušení. Je to lepší, než když se dítě trápí stále a nabývá přesvědčení, že je rodiče opustili. Důkladnou studii o významu »humanizovaného« nemocničního prostředí podávají *D. G. Prugh a kol.* (1953). Srovnáním 50 dětí »experimentální« skupiny (rodiče pomáhají dítěti v počátečním přizpůsobení na oddělení, pečují o dítě, hrají si s ním) s 50 dětmi ošetřovanými podle běžné nemocniční rutiny s návštěvami jednou týdně došli autoři k závěru, že u skupiny experimentální výskyt reakcí zhruba souhlasí s předchozím přizpůsobením dětí, zatímco u kontrolní skupiny jsou reakce posunuty zřetelně nepříznivým směrem, jak ukazuje tabulka.

Kontrolní skupina			Experimentální skupina		
Přizpůsobení před hospitalizací	Přímá reakce na hospitalizaci	Reakce po 3 měs.	Přizpůsobení před hospitalizací	Přímá reakce na hospitalizaci	Reakce po 3 měs.
velmi dobré 56 %	nepatrná 8 %	} 58 %	velmi dobré 34 %	nepatrná 32 %	} 44 %
střední 42 %	střední 56 %		střední 54 %	střední 54 %	
špatné 2 %	prudká 36 %		špatné 12 %	prudká 14 %	

Psychologická hodnota těchto komplexních opatření je tu přesvědčivě prokázána.

Nutno ovšem pamatovat na to, že k poruchám zjišťovaným při hospitalizaci může větší nebo menší měrou přispívat i řada jiných faktorů (upoutání na lůžko, nemoc, léčebné zákroky, nezvyklá rutina a celé nové prostředí) — a že nutno počítat i s individualitou dítěte. (Pozorovali jsme např. prudkou hospitalizační reakci u dítěte, jehož matka

sloužila na oddělení jako sestra a byla s ním velmi často.) Bude proto zajímavé sledovat jednak reakce dětí přemístěných do nezvyklého prostředí i s matkou, jednak reakce dětí zůstávajících ve svém navykém prostředí, z něhož jen matka odejde. Systematické studie tohoto druhu jsou dosud řídké (Damborská).

### REAKCE DĚTÍ NA UMÍSTĚNÍ DO JESLÍ

Dalším zdrojem poznatků o separačních reakcích jsou reakce zdravých dětí na umístění v jeslích a kolektivních zařízeních. Této otázce věnovali velkou pozornost sovětští pediatři a psychologové (Dobrejcerová, Loginov aj.). Docházejí k závěru, že obtíže přizpůsobování, pozorované u dětí nově přijatých do kolektivních zařízení (např. nechutenství, špatný spánek, narušení váhové křivky, poruchy chování a citové výkyvy), jsou mnohem závažnější u starších kojenců, u dětí nesprávně vychovávaných (rozmazlených, nadměrně závislých), u dětí s poruchami zdraví a s nevyrovnanými nervovými procesy. *Nikolskaja* (1960) si všímá dětí, které zvláště citlivě prožívají odloučení od rodiny po několika hodinách nebo dnech, jiným však to trvá týdny a některé musejí být vzaty zpět ze školky domů. Jde obyčejně o děti vychovávané mezi samými dospělými, o děti, které takřka neopouštějí rodinu. Ale bývají i obtíže při přechodu z jeslí do mateřské školy nebo z jednoho oddělení do druhého, když se dítě připoutalo k jedné vychovatelce jako k matce a když si i těžko navyká změněnému režimu. *Nikolskaja* proto klade velkou váhu na řízený přechod z jedné péče do druhé a na uspořádání všech fází v jediný systém výchovy. Každý přechod má být proveden až po řádné přípravě, má být pozvolný, dítě se má pomalu — zprvu vždy jen na chvíli — seznamovat s novými lidmi i s novým prostředím, doporučuje se spojovat zejména jesle a mateřské školy. Tak se vytváří i jakýsi systém »postupné separace«, o který se pokoušeli i jiní pracovníci (např. *Burlinghamová* a *Freudová* v Anglii za války — ovšem poněkud jiným způsobem). Není však zatím dokladů o tom, zda takovýto postup je skutečně účinný.

U nás sledoval poruchy adaptace u dětí nově přijatých do jeslí *M. Mečíř* (1955). Zjistil, že z 32 přijatých dětí si 15 zvyklo dříve než za 4 dny, 11 do 10 dnů, 6 dětem trvala adaptace několik týdnů a o jednom z dětí se nemohlo »ani po roce říci, že si na jesle zvyklo«. Jsou tedy obrovské individuální rozdíly mezi dětmi v tomto směru adaptability. Nejrychleji si zvykaly děti mladší než 6měsíční. Adaptační obtíže se projevovaly jako poruchy chuti k jídlu, poruchy spánku,

narušení váhové křivky a odchylky v citových projevech a v chování. I Mečíř doporučuje jakousi postupnou separaci: dítě by se mělo přijímat už delší dobu před tím, než matka nastoupí do zaměstnání, aby v prvních dnech mohlo docházet do jeslí na kratší dobu. M. Nováková (1959), která sledovala chování 1030 dětí z 43 jeslí Středočeského kraje, zjistila u 5,72 % dětí dlouhotrvající intenzivní poruchy chování, vázané často na obtížnou adaptaci dítěte (bázlivost, pasivita, útlum — nebo naopak psychomotorický neklid, vzdor, negativismus). Cituje případy dětí, které — ač se do té doby normálně vyvíjely — po přijetí propláčí celé hodiny, odmítají jídlo a ještě po ročním pobytu v jeslích vykazují obtíže.

Daleko závažnější přerušování vztahu matky a dítěte nastává při umístění do jeslí celotýdenních (eventuálně s nepřetržitým provozem). Bowlbyho spolupracovník *Heinicke* (1956) srovnáním skupiny dětí z denních jeslí se skupinou z trvalých jeslí po třítydenním pobytu zjišťoval řadu významných rozdílů. Pokusy dětí z jeslí s nepřetržitým provozem získat kontakt se svými rodiči byly mnohem zoufalejší a přímější, stejně jako jejich snaha najít kladný vztah k ošetřujícímu personálu. Zároveň však se i více odvracely od rodičů při návratu a byly negativistické vůči požadavkům personálu. Vyskytovala se u nich častěji agresivita, autoerotické aktivity, bylo narušeno udržování tělesné čistoty, trpěly častěji běžnými infekcemi atd. Rovněž *E. Vančurová* (1961) dokazovala pečlivým pozorováním dětí z celotýdenní mateřské školy častost negativních citových reakcí, zvláště na počátku týdne (po příchodu z domova) a opět ke konci týdne (kdy děti očekávají návrat). I ona zjišťuje zvláště často agresivitu, autoerotické činnosti, psychomotorický neklid a plačtivost. Úbytek negativních projevů během týdne má ráz útlumu, neboť citové projevy u těchto dětí jsou vůbec velmi slabé.

Dosavadní studie o reakcích dítěte na separaci od rodičů (speciálně od matky) a od navyklého prostředí, nedávají nám — jak vidět — zatím definitivní odpověď na všechny otázky, ale znamenají přece jen první kroky k jejich řešení. Ukazuje se předně dost přesvědčivě, že v určitém věku (pravděpodobně v druhé polovině 1. roku a v celém 2. roce) takřka všechny duševně zdravé děti reagují negativně na náhlé odloučení od matky (nebo od osoby na jejím místě), ačkoliv sled reakcí není vždy tak pravidelný, jak jej udávají Robertson a Bowlby, a ačkoliv schopnost dítěte přizpůsobit se účelně nové situaci nelze nikdy podceňovat. Časové vymezení není dosud zcela přesné: prvé dva měsíce takřka jistě nedochází k výraznějším reakcím na separaci, v dalších čtyřech měsících nelze tuto reakci tak docela vyloučit (viz Damborská), ale Schafferova práce ukazuje, že pravděpodobně

vlastní («genuinní») separační reakce nastává až po 7. měsíci, s vrcholem nejspíše mezi 1. a 2. rokem a s velkou citlivostí, která potrvá aspoň do 3 až 4 let. Domněnka, že tam, kde došlo k přizpůsobení, stalo se tak jen zdánlivě («popření touhy po matce»), nezdá se být na podkladě dosavadních studií opodstatněna. Je příliš uměle konstruována z teoretických pozic psychoanalýzy. Nicméně zasluhuje dalšího zkoumání na vybraných případech. Dlouhé (roční i delší) přetrvávání poruch v některých případech nasvědčuje tomu, že by nebylo správné vylučovat možnost hlubokého a trvalého poškození. Na druhé straně opačný extrém, připisující každému krátkodobému odloučení hned dalekosáhlé důsledky, je stejně neoprávněný a důsledně uplatňován vedl by jen k úzkostem matek, které jsou v situaci, v níž nemohou často jednat jinak.

Lze dnes mít za to, že trauma ve většině separačních situací je způsobeno především ztrátou afektivních potřeb dítěte (jistoty, opory), vázaných na stálou osobu, a teprve v druhé řadě na stálé prostředí a stálý režim. Naproti tomu reakce dětí mezi 2. a 6. měsícem (pokud vůbec reagují) nutno pokládat spíše za reakce na změnu režimu, eventuálně výchovných podnětů spíše sensorického rázu (chování, přimlouvání a vůbec množství rozmanitého zacházení s dítětem). Domněnka, že dítě po 2. až 3. měsíci pozná již svou matku a reaguje přímo na její ztrátu, odporuje experimentálním studiím (Kaila, Spitz, Piaget) i klinickému pozorování.

Účast změny režimu, sensorického prostředí a ještě dalších činitelů, například nemoci, poškození CNS, konstitučních faktorů apod., nelze ovšem vyloučit ani u starších dětí. Je jisto, že daleko více bude nutno přihlížet k vnitřní situaci dítěte prožívajícího separaci než jen k pouhému faktu odloučení. Separaci jakožto zevní situaci nelze tedy (stejně jako ústavní výchovu) ztotožňovat s deprivací, která značí psychický stav — bývá s ní však za jistých podmínek, známých nám dosud jen neúplně, sdružena, a je ji proto nutno pokládat za okolnost se zvýšeným psychologickým rizikem pro každé malé dítě.

V dosavadních studiích se prakticky nerozlišuje mezi separačními reakcemi, které je nutno pokládat pro daný věk za normální a které svědčí o správném afektivním vztahu k matce, a mezi patologickými separačními reakcemi u dětí předem emočně narušených, kde jsou jen zdůrazněným příznakem poruchy existující už dříve. Síla a trvalost reakcí není tu měřítkem. I normální reakce může být někdy silná a dlouhodobá, popř. přímo patogenní, kdežto patologická reakce jakékoliv

podoby nemusí zanechat další stopy. S patickými reakcemi setkáváme se v klinické práci i u dětí větších při »nepatrné« separaci, kterou jiné děti tohoto věku snášejí bez ohrožení své stability (např. i při krátkodobém vyšetření bez matky, při odchodu do školy apod.), nebo i jen při separaci pouze hrozící. Řada obtíží při vstupu dětí do školy má v tom zřejmě svůj psychologický základ.

Studium separačních reakcí dětí je tedy velmi cenným příspěvkem k pochopení časných procesů sociální adaptace dítěte a pro hlubší analýzu mnohých klinických stavů, nehledě ani na praktický význam pro psychologickou prevenci a terapii.

#### 4. DEPRIVACE V RODINĚ

Zjištění, že ústavní výchova a odloučení od rodičů způsobují leckdy závažné poruchy ve vývoji dítěte, vedlo k některým extremistickým názorům. Soudilo se, že situace ústavní výchovy představuje totální deprivaci par excellence, zatímco rodinná výchova — třebaš i špatná — zajišťuje dítěti alespoň část jeho potřeb. Některé údaje uvedené v předchozí části, zejména fakta získaná srovnáním vývoje dětí v útlém věku v ústavě a ve »špatných« rodinách, svědčí zdánlivě pro tuto tezi. Avšak i v takovýchto srovnáváních jde jen o průměry při jinak značném překrývání jednotlivých případů, nehledě ani na ostatní faktory, které ovlivňují tyto výsledky. (Především selekce: děti z nejhorších poměrů jsou zpravidla umístěny v ústavu hned po narození, rovněž děti s vrozenými defekty, děti slabomyslné apod. bývají častěji umísťovány v kojeneckých ústavech.) Klinická zkušenost pak nenechává nikoho na pochybách o tom, že mnohé děti vyrůstají v tak bídných rodinných podmínkách, že jsou ohroženy nejen ve své výchově, ale přímo na životě. Praxe, která se pod dojmem studií o psychické deprivaci rozšířila zejména v některých západních zemích, vedla často k tomu, že děti byly v těchto špatných rodinách ponechávány a že cíl všeho sociálního snažení byl spatřován v tom, udržet rodinu za každou cenu pohromadě. Poněvadž dozor nad rodinou byl málokdy dost důsledný, byly děti ponechávány v prostředí zcela neuspokojivém po řadu let. Každý klinický pracovník však může uvést řadu případů, kdy děti z takového výchovného prostředí, opožděné v tělesném i duševním vývoji, se začnou nápadně rozvíjet právě po přemístění do ústavu. Vzniká tedy otázka, zda a za jakých podmínek strádá dítě v rodině nedostatečným uspokojením svých vitálních psychických potřeb.

Někteří pracovníci — například *Goldfarb* — soudí, že dítě v ústavu

je ohrožováno více deprivací a méně emočními konflikty, zatímco u dítěte ve špatné rodině je tomu naopak. Tento názor sdílí patrně i Spitz, který rozlišuje v psychopatologii útlého věku poruchy karenční (deprivační), vznikající při skutečné nepřítomnosti matky, od poruch psychotoxických, navozených nepřiměřenými vztahy matky k dítěti (zahrnuje-li je v pasívní nebo aktivní podobě nadměrnou starostlivostí, nepřátelstvím maskovaným úzkostností, náhlými nebo dlouhými výkyvy nálad atd.). Bowlbyho stanovisko v této otázce zdá se méně jasné, ale i on se ve své monografii zabývá především »totální« deprivací dítěte zbaveného rodičů a vychovávaného v ústavě. Naproti tomu jiní autoři (např. většina referujících na kongresu dětské psychiatrie v Torontu 1955 — viz Caplan) popisují závažné psychické poruchy vznikající podle jejich domnění na podkladě deprivace u dítěte v rodině. Mnozí správně podotýkají, že pouhá fyzická přítomnost matky nic neznamena, neposkytuje-li matka dítěti svou pozornost a ponechává-li je samo sobě, odkázané na postýlku a čtyři holé stěny, tj. ve skutečné izolaci. Jiní autoři, např. Colemanová, zdůrazňují opět nápadnou podobnost klinického obrazu u některých dětí ze zanedbávajících rodin s hospitalismem a mluví o »domácím hospitalismu«. V poslední době Lewisová, Clarkeovi, Bollea aj. zdůrazňují nutnost širokého chápání pojmu deprivace z hlediska klinického a jeho rozšíření na rodinné situace, které mohou být pro vývoj dítěte zhoubnější než trvalá ústavní výchova. Jejich pojetí však už neodlišuje vlastní deprivaci, tak jak jí zde rozumíme, od jiných škodlivých vlivů prostředí, takže se stává psychologicky málo významným. K tomu můžeme ještě dodat, že deprivace v rodině velmi často předchází deprivaci v ústavu nebo že zase po ní následuje, takže je někdy neseadné odlišit vliv obojího navzájem.

Situace dítěte v rodině je nesporně daleko komplikovanější než v ústavu: citové postoje rodičů k dětem jsou jistě mnohem intenzivnější, hlouběji podmíněné, individuálně více odlišné než postoje vychovatelů k dětem ústavním, které jim jsou svěřeny. Emoční konflikty, které z toho vyplývají, jsou tedy v rodinách mnohem častější. Přesto musíme vidět, že mohou být i v rodině jisté podmínky, kdy dítě trpí především psychickým nedostatkem. Domníváme se, že je výhodné rozdělit si tyto podmínky do dvou skupin, třebaže se vzájemně jistě často překrývají.

Předně jsou to takové okolnosti, kde z vnějších příčin existuje v rodině prostý nedostatek sociálně emočních podnětů, potřebných pro

zdravý vývoj dítěte. Tak je tomu například, je-li rodina neúplná (chybí otec, či matka), jsou-li rodiče valnou část dne mimo domov, je-li hospodářský nebo kulturní standard rodiny tak nízký, že se dítěti nedostává vývojové stimulace.

Za druhé pak jsou případy, kde tyto podněty v rodině sice objektivně existují, jsou však dítěti nepřístupné, protože se ve vztahu vychovatelů k němu vytvořila jistá vnitřní, psychická bariéra, která brání nasycení, ač jeho zdroj je takřka na dosah ruky. Tak tomu je v rodinách úplných a sociálně i kulturně často velmi dobře postavených, kde však matka je citově zcela neúčastná, nemá vztah k dítěti, nevěnuje mu žádnou pozornost, zřídka je ošetřuje a zachází s ním jen mechanicky. Jak jsme již uvedli, obě tyto situace se často překrývají: například matka je natolik zaměstnána, že si nestačí vytvořit vztah k dítěti a všechn svůj zájem věnuje jen svému povolání, nevyužije ani omezeného času, který jí pro dítě skutečně zbývá; nebo nemanželské dítě, které nejen postrádá otce, ale trpí často odmítavým postojem matky, která na ně přenáší své pocity zklamání a trpkosti ze své obtížné společenské situace. Přesto máme za to, že odlišení obou skupin je účelné, už proto, že následky v prvním případě bývají povrchnější a náprava snazší než v situacích, kde deprivace je způsobena závažnou psychologickou překážkou tkvící v samé osobnosti vychovatelů. Také v nápravné praxi pak je třeba v obou situacích postupovat odlišně. Psychologicky, jak se domníváme, má toto odlišení větší smysl než rozdělení, které uvádějí Clarkeovi a které je spíše právní, totiž rozdělení na kriminální zanedbávání, eventuálně kruté zacházení a na nepříznivé výchovné praktiky v mezích sociálně přijatelných. To, co je právně a sociálně přijatelné, může být psychologicky velmi zhoubné. Stupeň poškození není vždy úměrný sociální přijatelnosti a může i u případů vyloženě kriminálních být překvapivě malý ve srovnání s infaustní prognózou citově hluboce deprivovaných dětí ze sociálně „bezvadných“ poměrů.

#### a) DEPRIVACE Z VNĚJŠÍCH SOCIOEKONOMICKÝCH A KULTURNÍCH PŘÍČIN

##### 1. Neúplná rodina

Rodina má v naší dnešní společnosti ústřední význam pro duševní vývoj dítěte. Přirozeným, spontánním způsobem plní v rámci této sociální jednotky každý jednotlivý člen jistou roli a naplňuje vitální potřeby dítěte — fyzické, afektivní, intelektuální i morální. V prvním

období dítěte je to za normálních podmínek matka, která dítě nejen ošetřuje, ale dává mu i první intenzivní podněty emoční, když je chová, laská, směje se na ně a hovoří k němu. Role otce jako jistého vzoru chování i jako zdroje jistoty a autority stoupá v pozdějším věku — ale už v předškolním věku je velmi patrná. Ani význam sourozenců nelze přehlížet. Celková atmosféra rodiny, která silně formuje vyvíjející se osobnost dítěte, je zřejmě závislá na ustavičném těsném soužití všech těchto členů. Chybí-li tedy v rodině některý základní člen, je dítě snadno ohroženo deprivací, neboť nelze vždy snadno zastoupit roli, kterou měl tento člen plnit v afektivním i pedagogickém ohledu vůči dítěti a vůči celé rodinné jednotce. Doba, kdy k takovému vypadnutí jedné složky došlo (od narození či později, přechodně či trvale), a příčina takové disociace (nemanželské dítě, úmrtí, vojenská služba a válečné události, rozvod) určují pak další podmínky deprivace i eventuálních přidružených konfliktů a pomáhají vytvářet výsledný klinický obraz. Význam rodinné disociace pro vznik deprivčních poruch dokazují statistiky z různých retrospektivních studií, které v souborech dětí vyšetřovaných a léčených pro různé psychiatrické poruchy vykazují značně zvýšené procento neúplných rodin.

I. Gregory (1958) podrobil kritickému zkoumání údaje reprezentativních studií z posledních 25 let o vztazích psychiatrického onemocnění a časně ztráty rodičů (parentální deprivace). Dochází k závěru, že u osob s delinkventním, antisociálním nebo psychopatickým chováním je zřejmý vysoký výskyt úmrtí rodičů nebo časně separace dítěte od rodičů, ať z jakýchkoliv příčin. Není však jistých důkazů pro to, že zvýšené procento »parentální deprivace« je také ve spojitosti s ostatními formami duševních poruch, že ztráta matky je nutně významnější než ztráta otce a že pozorovaný současný výskyt svědčí o příčinném vztahu mezi »parentální deprivací« a asociálním chováním či ostatními abnormitami. Nicméně některé studie ukazují vyšší procento ztráty nebo odloučení od obou nebo od jednoho z rodičů (a to zvláště v předškolním věku) u neuróz a schizofrenií, zvýšený počet ztrát matky byl shledán ve velkých skupinách mladých psychotických pacientů a ve dvou studiích převládala ztráta otce u neurotiků.

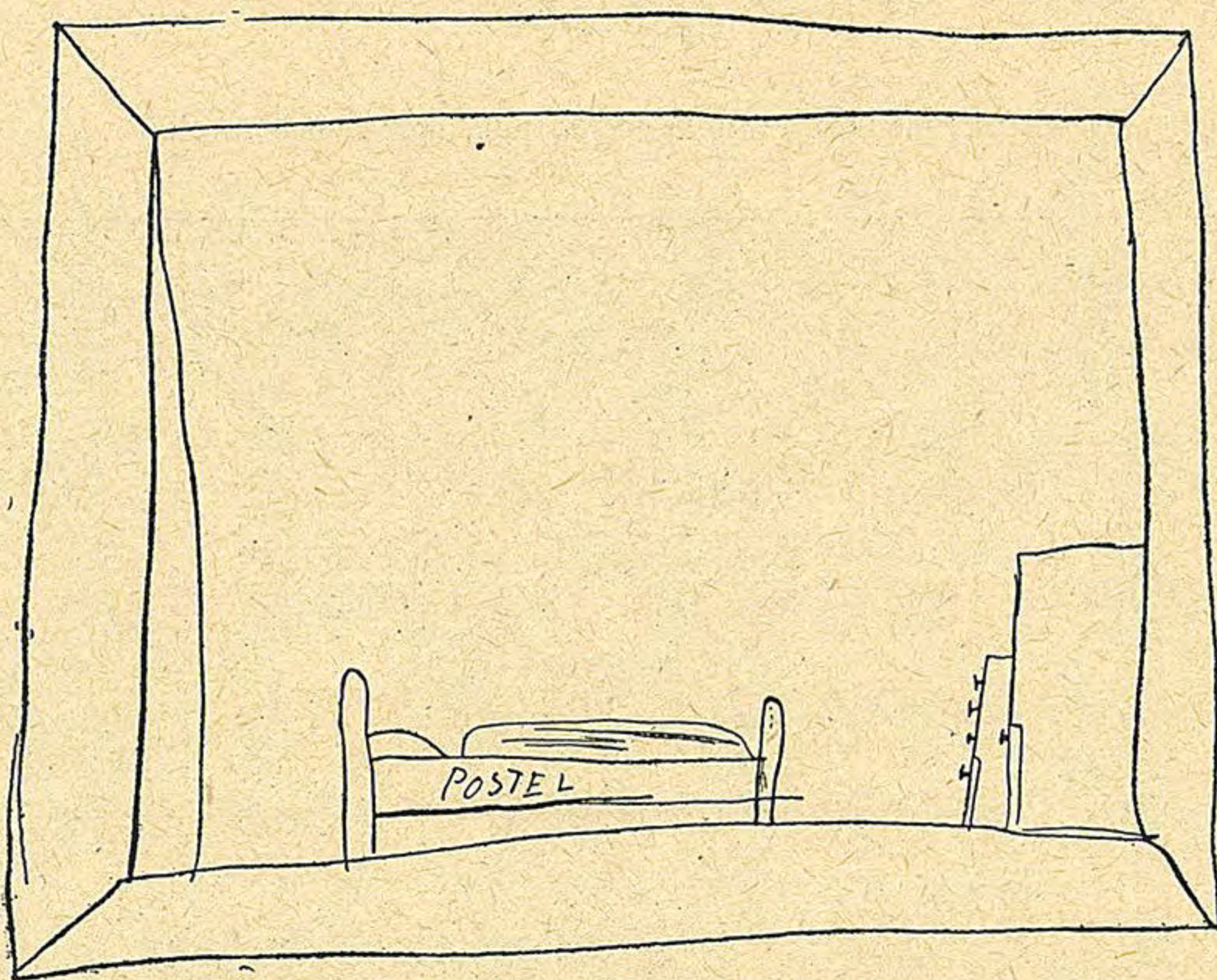
Rozborem materiálu o 309 dětech hospitalizovaných na dětském psychiatrickém oddělení (Langmeier — Konias — Dolejší 1957) zjistili jsme tyto poměry rodinné:

Děti narozené mimo manželství . . . . .	4 0/0	dětí
Rodiče rozvedeni nebo se rozešli . . . . .	11 0/0	„
Jeden z rodičů zemřel . . . . .	14 0/0	„
Oba rodiče zemřeli . . . . .	4 0/0	„
Dítě odňato z péče rodičů . . . . .	10 0/0	„
Právně úplné složení rodiny . . . . .	57 0/0	„

Od doby narození až do doby přijetí bylo vychovááno oběma vlastními rodiči jen 41 0/0 dětí (a to nepočítáme ani přechodné separace při hospitalizacích apod.). Zvláště významné je pro nás zjištění, že se vliv takto porušeného rodinného prostředí uplatňuje zřejmě mnohem více při vzniku poruch chování a enuréz než u ostatních psychiatrických poruch (neuróz, speciálních defektů, jako je dyslexie aj.): v úplné rodině až do přijetí bylo vychovááno jen 27 0/0 dětí s poruchami chování a 31 0/0 enuretiků proti 51 0/0 neurotických dětí a 63 0/0 dětí se speciálními defekty. Tato čísla nutno ovšem (stejně jako všechny retrospektivní údaje) brát s jistou opatrností, neboť nelze dobře zvážit vliv selektivního výběru (cizí vychovatelé spíše budou žádat vyšetření pro nekázeň, vlastní rodiče si spíše starostlivě všimnou neurózy).

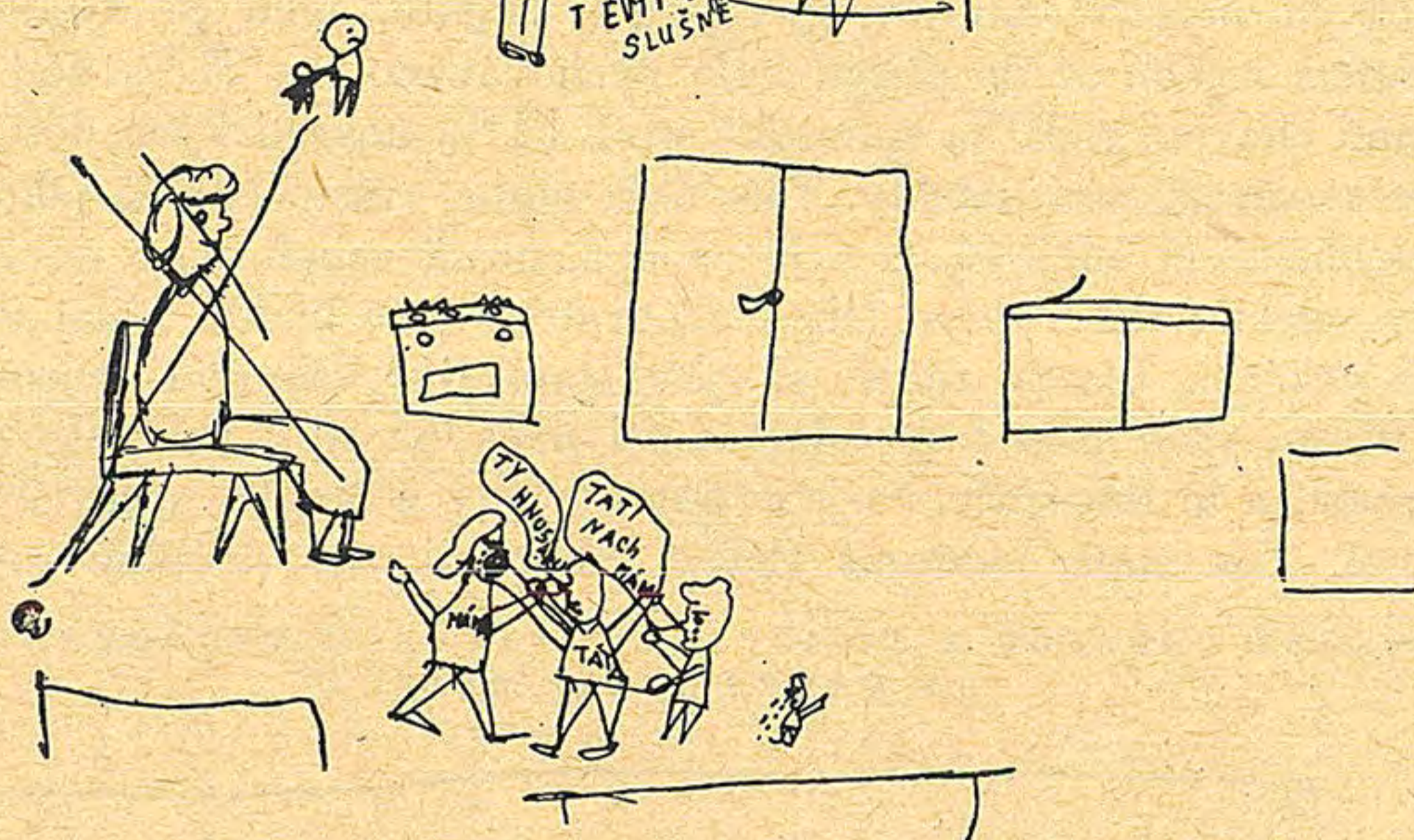
Přesto však jsou tyto údaje dosti nápadné, aby vzbudily naši pozornost, a to tím spíše, že jsou potvrzovány z mnoha nezávislých pramenů. Tak např. *Destunis* (1957) zdůraznil vliv neúplné rodiny na

KRESBY CHLAPCŮ Z DOMOVA SE ZVÝŠENOU VÝCHOVNOU PÉČÍ  
NA NÁMĚT „NAŠE RODINA“

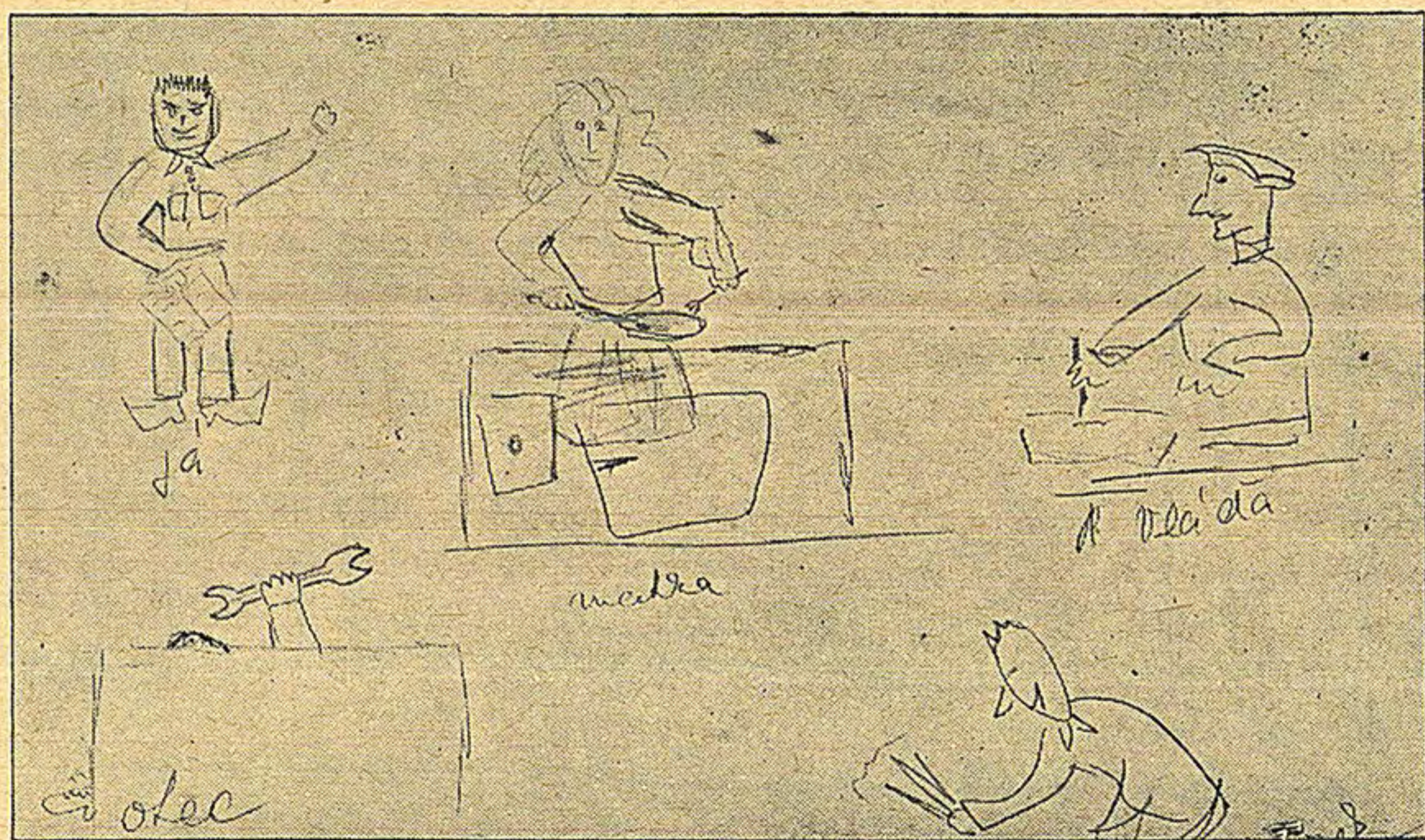


Rodina bez lidí, jen prázdná místnost. Kresba chlapce bez vztahu k rodinnému prostředí

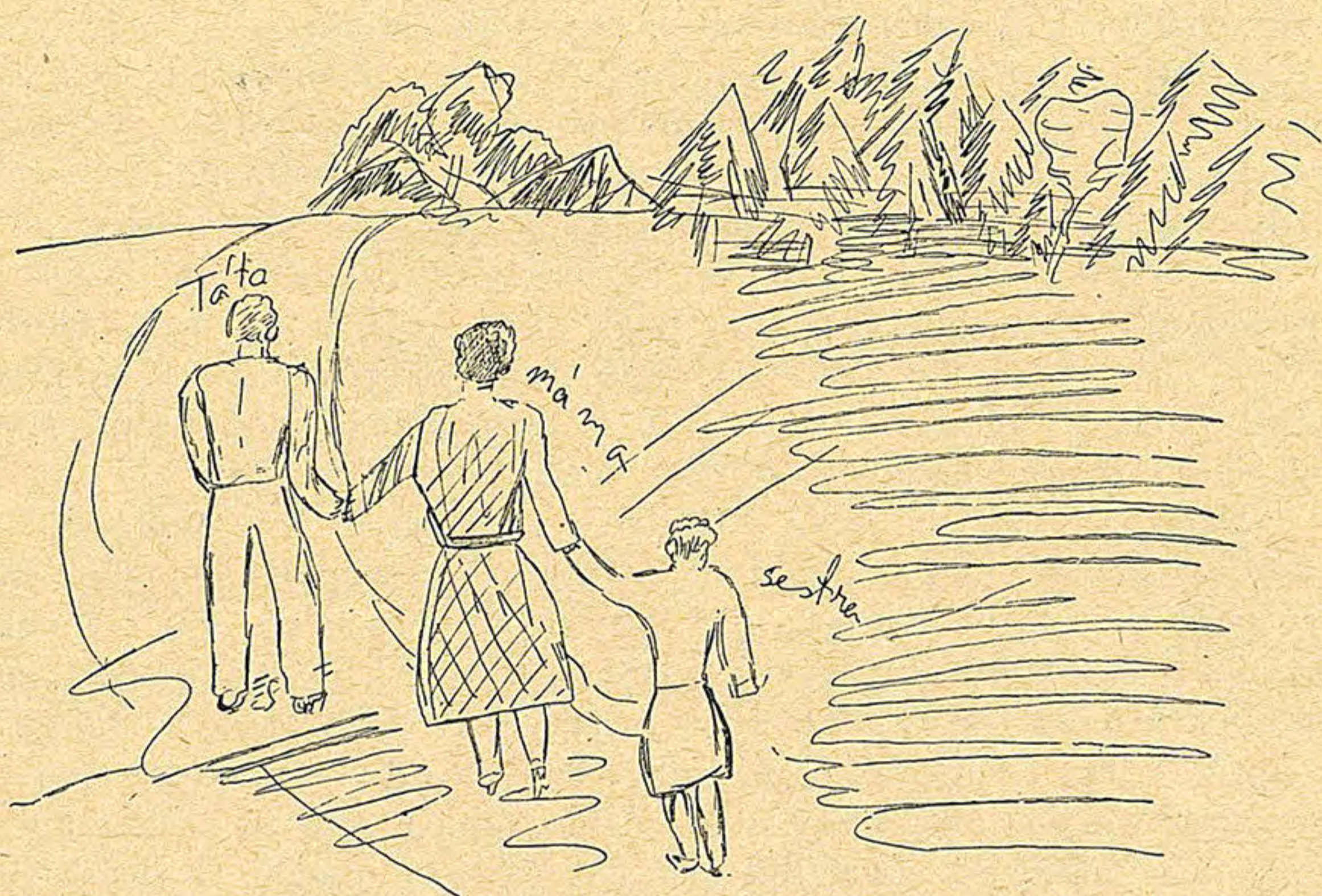
Mohl by si mluvit --  
 aspoň před těmi  
 dětmi slušně



Realisticky podaná rodinná scéna, plná agresivních motivů



Rodina pojatá jako pracovní společenství



Představa rodiny jako místa klidu a pohody

vznik poruch chování Jde zejména o takzvanou »neupoutanost« (Bindungslosigkeit) s typickou příznakovou trias (potulování, lhavost, krádeže) vyplývající v podstatě z nedokonalé vazby dítěte ke svým rodičům a k sociálnímu světu vůbec. Hesse (1957) shledal ve své statistice, že jen 7 % dětí s poruchami chování tohoto typu žilo v úplné rodině; daleko nejčastějším typem neúplné rodiny byla tu rodina bez otce (64 % těchto dětí). V našem materiálu z DZVP dostáváme sice poněkud vyšší procento dětí vyrůstajících v úplné rodině až do doby přijetí do ústavu, ale přesto ještě povážlivě nízké — 22 %. Přitom však jako zcela »normální«, pokud jde o mentální vyspělost a duševní zdraví rodičů, bylo možno hodnotit jen 9 % rodin těchto mladistvých provinilců.

Nejzávažnější situace pro vývoj dítěte, zejména v útlém věku, nastává ovšem tehdy, když *chybí matka*. Na ní závisí nejen ošetřování, ale i naplňování většiny jeho duševních potřeb — ona je základem jeho vztahu k člověku a jeho důvěry v okolní svět — ona vytváří především »domov« dítěte. Mnoho dětí, jimž chybí matka, je vychováváno v ústavech, některé však zůstávají v rodinách s nevlastní matkou, babičkou či jinou příbuznou, přecházejí do adoptivní péče nebo konečně

zůstávají ve výchově samotného otce. Často se podaří vlastní matku dobře nahradit. Mnohé nevlastní matky jsou milujícími a pečlivými vychovatelkami, i když jsou často nespravedlivě stíhány předsudky veřejnosti. Četné babičky konají nedoceněnou službu nezištné obětavosti a lásky a mnohé adoptivní matky jsou ideálními pěstounkami. Dítě má většinou dost, ba někdy až příliš mnoho pozornosti, péče a lásky. Přece však se zdá, že tu snáze a častěji než v přirozené rodině vznikají různé konflikty, neboť vzájemné vztahy jsou tu složitější a napjatější. Vlastní deprivační vliv může se ještě nejspíše uplatnit tam, kde po úmrtí matky vychovává dítě sám otec bez cizí pomoci, ač i zde jsme se setkali s případy velmi starostlivé a plně vyhovující péče.

X X X  
Daleko častější, i když zdánlivě ne tak tragickou okolností je *nepřítomnost otce* («paternální deprivace»). Shora citované údaje do-  
svědčují, že je to velmi častá příčina vážných poruch chování a abnormálního charakterového vývoje. Dítě vyrůstající bez otce postrádá důležitý vzor mužskosti, který je zvláště pro starší chlapce důležitý k regulaci jejich chování. Trpí však zpravidla také nedostatkem autority, kázně a pořádku, který otec za normálních podmínek ztělesňuje. Ještě závažnější však může být nedostatek jistoty a stability sociálního zařazení, neboť povolání otce je zpravidla reálně i symbolicky základem hospodářského zajištění rodiny a jeho síla zárukou ochrany. Zatímco matka dává dítěti procítit intimitu lidské lásky, klesí otec dítěti cestu a vztah k celé lidské společnosti. Řečeno slovy M. O. Schwarze (citováno podle Hausse), vede nás matka k člověku a otec k lidem. Konečně otec je pro děti i nejpřirozenějším zdrojem znalostí o světě, práci, technice a pomáhá jim tak i k orientaci o budoucím povolání a k vytváření sociálně užitečných cílů a ideálů. Chybí-li otec, mívá to však ještě další nepřímý deprivační vliv. Musí-li totiž matka pak sama nést všechnu hospodářskou a výchovnou starost o rodinu, je zpravidla tak zaměstnána, že jí pro dítě nezbývá mnoho času a že ochabuje i její zájem o ně. Dítě pak bývá odkázáno valnou část dne samo na sebe, a není-li o ně postaráno jinak, snadno se začíná toulat, má více příležitostí k přestupkům, snáze se dostane na scestí. Dítě, kterému chybí hlavně otcovská autorita, bývá často neukázněné, nesociální a agresivní vůči dospělým i dětem (Michaux, 1958). V našem zpracování 163 chovanců DZVP ve Středočeském kraji v letech 1960 a 1961 zjišťujeme, že 41 % (!) těchto chlapců vyrůstalo bez otce.

Je-li místo otce v rodině zastoupeno nevlastním otcem, popřípadě dědečkem, bývají opět karenční vlivy ztlumeny, zato však je úrodnější

půda pro rozvoj různých konfliktů. Neurotické poruchy, které vznikají na tomto podkladě, jsou zřejmě časté.

Rodině bez otce pomáhají dnes ve výchovné práci kolektivní dětská zařízení — bohužel, ne vždy ještě tak pedagogicky vedená, jak bychom si přáli, někdy ani ne dost početná a někdy naopak rodiči ne dost využívána. I když nenahradí plně úlohu otce při stavbě charakteru dítěte, pomohou odstranit pedagogickou karenci a zabrání vzniku těch poruch chování, jež plynou z nedostatku vedení a dozoru. Navíc ulehčí matkám, které mají pak více volného času pro dítě a tím i více uspokojení z jeho výchovy — ba mnohým matkám umožní, aby své děti vychovávaly samy a nesvěřovaly je hned natrvalo ústavům.

K normální struktuře rodiny patří i *sourozenci*. Jejich vliv na vývoj dítěte není sice tak pronikavý jako vliv rodičů, ale přece jen je patrný v některých obtížích dětí, které stimulačního sourozeneckého vlivu postrádají (např. jedináčkové). Možnost společné hry, sdílení hraček, dobrot, pozornosti rodičů, řešení drobných každodenních sporů i vzájemná soutěživost či »žárlivost« — to vše a mnohé další okolnosti takového soužití podněcují zdravě vývoj dítěte a usnadňují mu značně vstup do společnosti. I zde je ovšem možnost náhrady v kamarádech, je-li pochopení rodičů pro tuto základní potřebu dostačující.

Úloha sourozenců značně stoupá, dojde-li ke ztrátě otce nebo matky. Starší sourozenec představuje pro mladšího jistou sociální oporu a přebírá někdy přímo rodičovskou funkci. Avšak i tam, kde chybějí oba rodiče, znamenají sourozenci jeden pro druhého kus životní jistoty: dítě nemá sice nikoho, »komu by patřilo«, ale má někoho, »ke komu patří«. Proto by mělo být samozřejmou zásadou, aby sourozenci byli umístováni v ústavech spolu a aby v rámci kraje byl vyhrazen pro sourozence aspoň jeden dětský domov, kde by věková diferenciaci nebyla uplatňována tak striktně a kde by byla možnost navštěvovat normální i zvláštní školu.

Pro ilustraci uvádíme zajímavý případ chlapce J. Š. Byl nejstarší ze 3 dětí. Matka zemřela, když mu bylo 5 let, brzy po porodu nejmladšího dítěte. To bylo dáno ihned do adopce. Chlapec zůstal se svým mladším bratrem v péči babičky. Otec totiž rodinu opustil brzy po matčině pohřbu. Po dvou letech nastoupila babička do zaměstnání, mladší chlapec šel do předškolního dětského domova a starší do školního. Při jedné návštěvě doma — jak sám sděluje — se dověděl, »že se to stalo«. Mladší bratr byl totiž dán do adopce kamsi na Moravu. Chlapec byl silně otřesen, začal z ústavu utíkat domů, tj. k babičce. Aby se mu útěky znemožnily, byl dán do vzdálenějšího dětského domova. Poněvadž utíkal i odtamtud (bez určitější motivace), byl předán do domova se zvýšenou výchovnou péčí.

I odtamtud utekl, ale pak si »zvykl«. Na svého bratra »nejvíce vzpomíná«, má ho »ze všech lidí nejraději«, ačkoliv ho prakticky nezná.

Mezery v neúplné rodině lze v mnohých případech úspěšně doplnit zvýšenou péčí a pozorností zbývajících členů rodiny. Tak si vysvětlíme, že v mnohých rodinách bez otce i bez matky se děti vyvíjejí zdravě a že stejně zdravě vyrůstají i mnozí jedináčkové. Kompenzační okolnosti a naopak zase konfliktové zdroje jsou do jisté míry určovány okolnostmi rodinné disociace: jiná je totiž situace nemanželských dětí, jiná dětí osiřelých a jiná dětí z rozvedených manželství.

Dnešní postavení *nemanželských dětí* stejně jako postavení nemanželských matek je vlivem zákonné úpravy i vlivem osvícenějších názorů veřejnosti značně lepší než dříve, přesto však značí pro dítě zvýšené riziko v nedostatečném ošetření a výchově. Z dat cizí literatury (viz např. *Braestrupová, 1956*) lze usuzovat, že děti narozené nemanželsky bývají častěji nedonošené, mrtvě narozené, mívají vyšší úmrtnost i nemocnost, horší školní prospěch a více obtíží v sociálním přizpůsobení. Z těchto konstatování nelze ovšem usuzovat na situaci u nás, nicméně závažnou okolností zůstává, že nemanželské děti tvoří značné procento osazenstva kojeneckých ústavů a dětských domovů, a jsou tedy ve zvýšeném počtu vystaveny všem nebezpečím, která tato situace přináší. V batolecím dětském domově, kde provádíme podélné sledování vývoje dětí, bylo v posledních 7 letech z celkového počtu 48 % dětí nemanželských.

*Děti poloosiřelých* bylo v našem souboru z dětského psychiatrického oddělení poměrně nejvíce. Náhlé úmrtí matky nebo otce působí v dítěti předně pocit afektivního hladu, stesku, trpký pocit křivdy a oloupení i ztrátu jistoty plynoucí z nedostatku opory a výchovného vedení — tedy to, co bychom vcelku mohli shrnout pod pojem afektivní deprivace. Působí však zpravidla i konfliktogenně: oživuje a zintenzivňuje pocity nepřátelství a tím i pocity viny vůči zemřelému rodiči, vzbuzuje těžké úzkosti nejen z nejistoty nového postavení ve světě, ale i tváří v tvář nesmyslnosti kruté smrti, kterou dítě nedovede racionálně pochopit.

Typickým příkladem bylo dítě H. Č. vyšetřené u nás poprvé ve věku 12 let a 7 měsíců. Až asi do 10 let se dívka vyvíjela zcela normálně, s jejím chováním doma ani ve škole nebylo obtíží. Po onemocnění matky (tbc) a po jejím náhlém úmrtí se u ní objevily záchvaty vzteku, které končily neutišitelným pláčem nebo smíchem, jindy výhrůžkami, že se otráví (demonstrativně jedla vodové barvy a tuhu z pastelek). V dětském domově, kam byla po úmrtí matky umístěna, stále

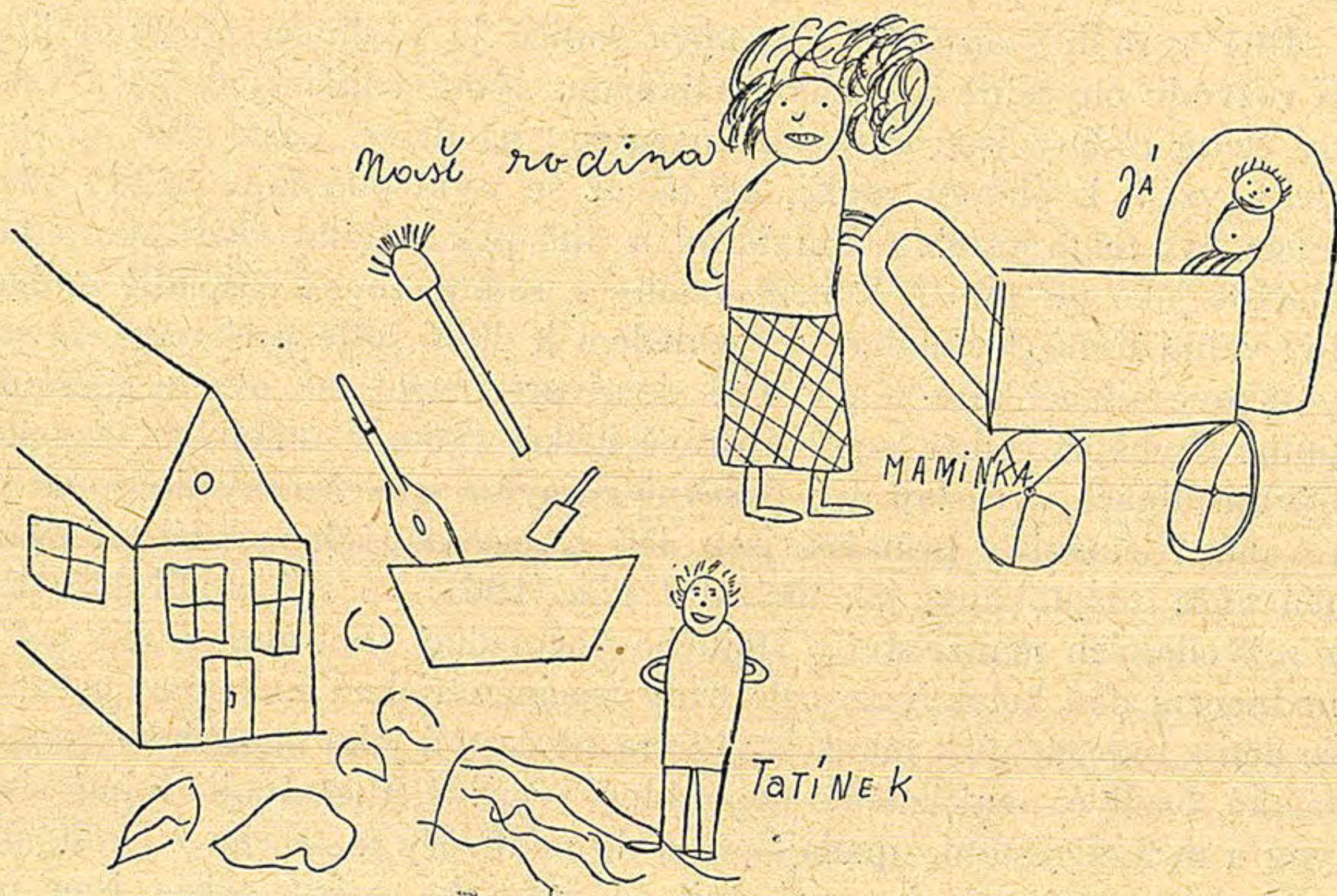
tesknila, byla uzavřená a nesdílná, měla stále pocit ukřivdění. Jakoby se za svou citovou ztrátu chtěla mstít, byla drzá a občas svéhlavá a zarputilá, s ničím nespokojená. Se svým bratrem, o rok starším, se zuřivě hádala, vůči ostatním dětem byla buď bázlivá, nebo naopak povýšená a panovačná, svárlivá, pro maličkost je napadala, takže téměř dělala dojem »duševní nenormálnosti«. S dospělými se nesblížila, k žádné vychovatelce neměla užší vztah. Na otci lpěla, po jeho návštěvě v ústavu vždy usedavě plakala. »Záchvaty« vzteku nebo pláče se dostavovaly i několikrát denně a trvaly třeba celou hodinu, jinak byla celkem klidná. Byly chvíle, kdy se chovala jako nejvzornější žákyně, a chvíle, kdy byla úplně apatická a nedbala ani na svůj zevnějšek. Za pobytu v dětském domově vůbec nepřibyla na váze. Po tělesné stránce je přiměřené výšky, ale pokleslé výživy, chabého svalstva a vadného držení těla, dosud bez známek pubescence. Při psychologickém vyšetření velmi obtížně navazuje kontakt, je zaražená, odpovídá jen šeptem, se skloněnou hlavou, je plačtivá, dumlá prst. Vypovídá, že má »všecky soudružky stejně ráda«, sama neví, mají-li ony rády ji. Při dotazu, co by si přála, se rozpláče a teprve pak zašeptá, že by chtěla mít u sebe maminku. Pokusně byla po úmrtí matky u své tety, která ji však pro její vzdorovitost vrátila. Byl učiněn pokus zajistit v ústavu individuálním přístupem jedné sestry emoční substituci za matku. Po roce je patrné jisté vnější uklidnění, ale stále trvající emoční nejistota.

Dítě v rodině rozpadlé *rozvodem* rodičů je v situaci poněkud jiné. K rozvodu obyčejně nedochází najednou, nýbrž vnitřní jednota a vztahy členů rodiny jsou zpravidla narušeny už dříve. Často dítě má jen slabý vztah k onomu rodiči, od něhož se nyní odlučuje, někdy však může být tento vztah velmi těsný a dítě pak odluku snáší skoro tak obtížně jako při úmrtí. Vnitřní vztahy v rodině zevně rozpadlé mohou být velmi těsné, ba mohou se vzhledem k dítěti ještě překompenzovat: v takové situaci dítě v podstatě deprivací netrpí, ač ovšem nahradit úplně chybějící rodiče nebývá právě lehké. Proto v mnohých rozvedených rodinách vyrůstají děti duševně zdravé a společensky dobře adaptované. Nicméně v průměru jsou děti z rozvedených manželství přece jen hůře adaptovány, jak ukázal *Trnka* (1961) ve své studii 118 dětí z rozvedených manželství a stejného počtu dětí kontrolní skupiny. Při hodnocení dětí kolektivem celé třídy (sociometrickou metodou) ukázaly se děti z rozvedených manželství výrazně častěji jako neoblíbené, samotářské, bázlivé, neukázněné, nepořádné, svárlivé. Postrádají zřejmě citovou a mravní jistotu, upadají proto do nedůvěry a strachu z okolí, stávají se samotářskými a uchylují se často ke snění, takže jsou při vyučování »duchem nepřítomné«. Neukázněnost je podle *Trnky* důsledkem ztráty autority a sklon k rvačkám kompenzačním projevem pocitu méněcennosti. Tyto podmínky mohou ovšem existovat i v rodině zevně jednotné, ale se skutečným »afektivním rozvodem« (podle výrazu *L. Des-*

pertové); právní rozvod znamená naopak někdy uklidnění a stabilizaci.

Psychologicky rozhodující je podle *Bolley* vnitřní nejednotnost rodiny spíše než právní jednotnost či disociace. K témuž závěru dospívají i *Mc Cordovi* (1959) v důležité a obsáhlé studii o podmínkách vzniku juvenilní delinkvence. Tím se už dostáváme blíže k naší druhé skupině deprivčních příčin, přičemž se ovšem na rozdíl od zmíněného autora pokusíme aspoň poněkud odlišit situace, které dávají vznik deprivaci, od těch, které působí převážně nebo výlučně konfliktotvorně.

Pro úplnost je třeba k tomuto oddílu jen ještě dodat, že dlouhá nepřítomnost jednoho nebo obou rodičů (dlouhodobá brigáda, nemocniční léčení, někdy i dlouhá cesta do zahraničí apod.) mohou působit podobně jako trvalá neúplnost rodiny.



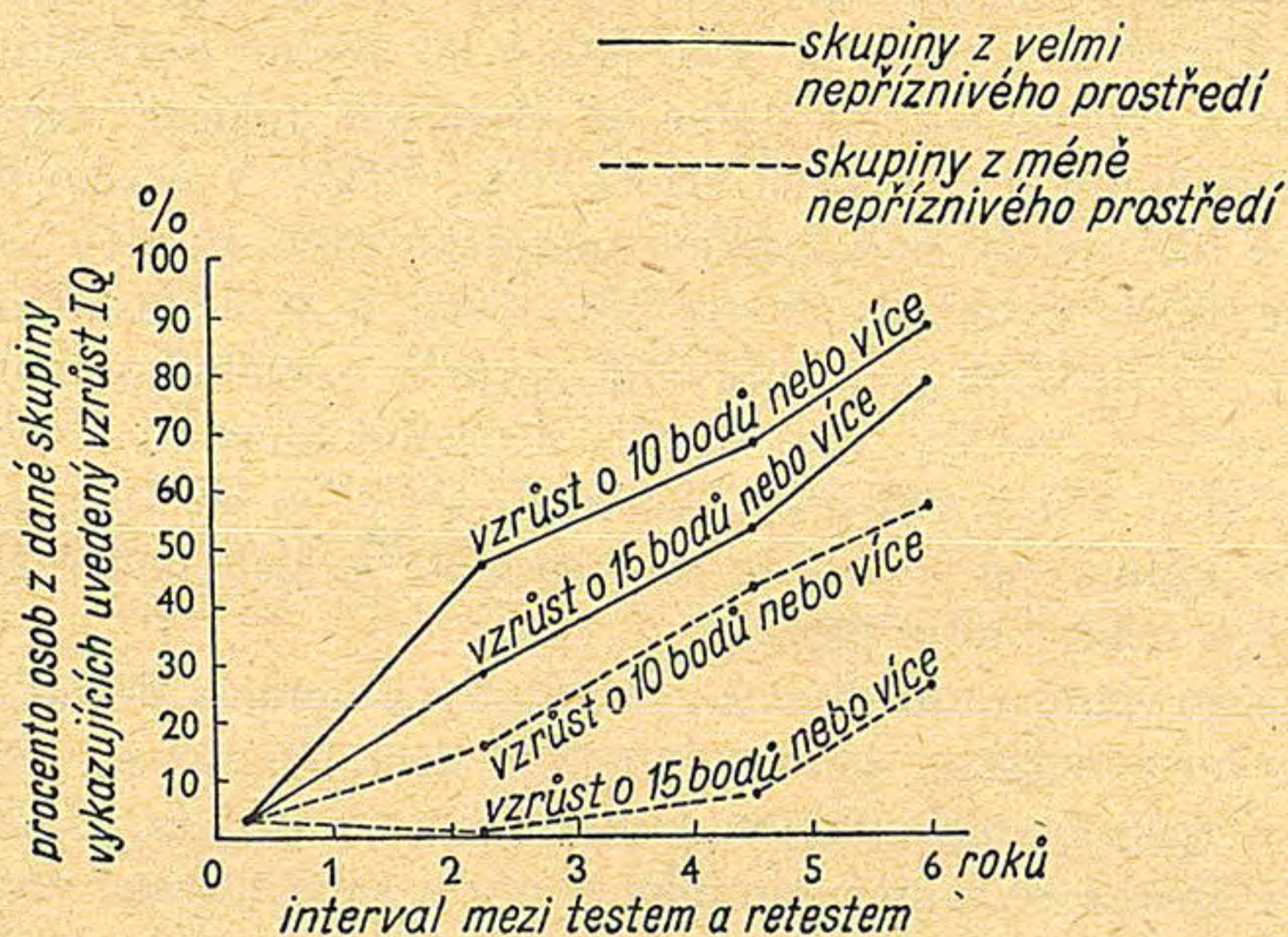
Kresba patnáctiletého chlapce s inteligencí v pásmu slaboduchosti, vychovávaného od časného dětství v ústavech, ve čtyřech letech krátce u pěstounů a pak ve zvláštním dětském domově. Chlapec stylizuje sám sebe do postavy miminka, které matka vozí v kočárku — otec staví dům pro rodinu. Únik do představy »šťastného«  
dětství v rodině

## 2. Nepříznivý ekonomický nebo sociokulturní stav rodiny

Proti neúplné rodině stojí na opačném pólu *problém rodiny velmi početné*. Dítěti se v takové rodině může nejčastěji dostat jen malého dílu té pozornosti a péče, které ke svému normálnímu vývoji potřebuje. I experimentální studie na zvířatech dokazují deprivaci následky v podmínkách velkých vrhů (Seitz, 1954). V prvním dětství strádá takové dítě někdy nedostatkem mateřské péče, později se deprivace projevuje spíše v oblasti otcovského vlivu a v nedostatku vedení a disciplíny. Důsledkem jsou zpravidla poruchy sociálního chování v různých sférách — toulky, záškoláctví, asociální chování (Hersov, 1960; Vodák, 1960). Z naší statistiky chovanců DZVP z let 1960 a 1961 můžeme pro zajímavost uvést, že více než 30 % jich pocházelo z rodin, kde byly 4 nebo i více dětí.

Stav takovýchto rodin býval a v mnohých zemích dosud bývá komplikován hospodářskou bídou, bytovou tísní, špatnými hygienickými poměry a začasť také nízkým kulturním standardem. Bowlby se domnívá, že špatné sociální podmínky samy o sobě nemusí vést k emoční deprivaci. Naopak i děti ze špatných rodin lpí na svých rodičích, a když jsou od nich odňaty, trpí víc, než když jsou u nich ponechány, neboť již sotva najdou někoho, kdo se o ně bude starat trvale. I špatní rodiče mají podle Bowlbyho smysl pro povinnost, kterého postrádá personál ústavů. S tímto názorem nelze ovšem souhlasit. Je sice pravda, že nepořádek nebo špatný byt nemají být důvodem k odnětí dítěte — a v tomto smyslu jsme dnes mnohem opatrnější než dříve — vždy však je nutno zvážit základní výchovatelské předpoklady a schopnosti rodičů, jejich zájem o dítě a vztah k němu, stejně jako naopak vztah dítěte k nim. Je však jisto, že při *fyzickém zanedbávání* strádá mnohdy dítě natolik, že se nemůže ani psychicky přiměřeně rozvíjet a že jeho pouto k domovu bývá velmi povrchní a ambivalentní. Jsou určité vykřičené oblasti velkoměst, kde prakticky jsou jen prostitutky, alkoholicí a delinkventi, a tyto okolnosti a trvalá hospodářská tíseň, nezaměstnanost nebo častý pobyt rodičů ve vězení znemožňují vytvoření pevného citového pouta dítěte k rodičům. Rodičovská péče v takovýchto rodinách je do značné míry ekvivalentní nedostatku rodiny vůbec (M. Törnuddová, 1956). Tento problém hrozivé bídy fyzické a mravní, která bují na periférii nadbytku a přepychu, je již našťastí našim pracovníkům neznám, dosud se však musejí vyrovnávat s jednotlivými případy takovéto špatné tělesné a duševní péče. Ponechat dítě tam, kde je hrubě

zanedbáváno, bito, podvyživeno, ve špině, jen ve jménu »mateřské péče« a z obavy před následky separace, bylo by ovšem zcela nerealistické. Řada dětí nám před očima takřka rozkveté, když z takového



Graf 15. Zotavení z následků deprivace

Graf ukazuje vzrůst rozumových schopností (v bodech IQ) u slabomyslných pacientů po jejich přemístění z nepříznivého prostředí do ústavu. Vzrůst je tím větší, čím nepříznivější bylo výchovné prostředí a čím delší doba uplynula od přemístění. (Podle Clarkea a Clarkeové, *J. Child. Psychol.* 1:34, 1960. — S laskavým svolením autorů a vydavatele.)

rodinného prostředí jsou dány do lepších podmínek v ústavu. I v našem materiálu máme doklady o tom, že takové děti začaly pak rychle chodit, mluvit, přibýly na váze, změnily náladu, staly se mnohem spontánnějšími a iniciativnějšími atd. Clarkeovi a S. Reimanová uká-

Průměrný IQ (Wechsler)

	Skupina z velmi špatných rodin	Skupina z méně nepříznivých poměrů
Na začátku studie	59,6	62,3
Po 3 letech	70,7	66,8
Po 6 letech	75,8	72,5

Změna IQ u mladých dospělých osob po jejich odnětí ze špatných rodinných poměrů. (Podle údajů A. D. B. Clarkea a spol., *Brit. J. Psychol.* 1958.)

zali v řadě studií, jak mladé, mentálně zaostalé osoby z velmi špatných rodinných poměrů vykazují rychlý pokrok v intelektuálním vývoji, jsou-li odňaty z rodin, a to zvláště v první době po přijetí do nového prostředí.)

Pokrok osob z méně nepříznivých poměrů je pomalejší a lineární. Autoři se domnívají, že rozhodující vliv tu má právě separace od špatné rodiny, a nikoliv speciální výchovné poměry a výcvik. K podobnému závěru došla i H. Lewisová, která u 100 dětí přijatých do záchytného domova z velmi špatných rodin a sledovaných po 2 roky v dobré pěstounské péči našla značné zlepšení. Zatímco po přijetí 60 % těchto dětí vykazovalo špatný psychický stav, po 2 letech bylo takto klasifikováno již jen 25 % dětí.

Naopak celá řada starších studií dokazuje stále zhoršování psychického stavu poklesem IQ u dětí žijících trvale ve špatných socioekonomických podmínkách: Gordon (1923) u dětí anglických cikánů a průplavních dělníků, Asher a pak Edwards a Jones u dětí z horských izolovaných oblastí (Kentucky), Chapanis a Williams u dětí zemědělských dělníků v Tennessee aj. Aspoň některé výsledky uvádíme v tabulce:

Pokles IQ u dětí žijících trvale ve špatném rodinném prostředí podle různých studií

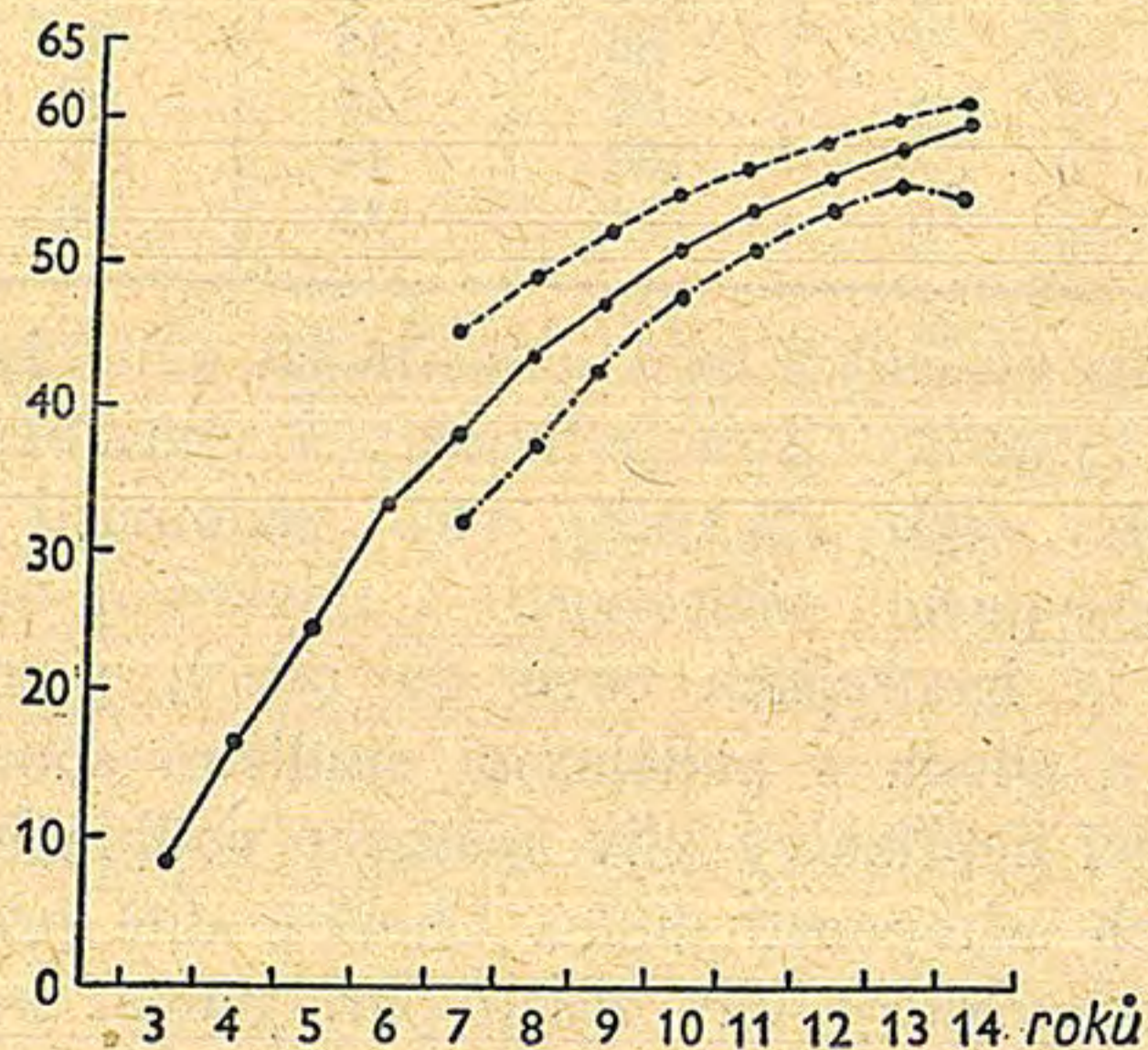
Autor	Na počátku studie		Na konci studie	
	věk	IQ	věk	IQ
1. Jordan (1933)	6	100	13	85
2. Asher (1935)	7	84	15	60
3. Skeels a Fillmore (1937)	4	93	14	80
4. Edwards a Jones (1938)	7-9	100	14	76
5. Chapanis a Williams (1945)	6	94	15	76

I když interpretace takovýchto výsledků není jednoduchá a i když musíme připustit možnost, že výsledky jsou ovlivněny i způsobem sestavení testů (které ve vyšším věku zachycují více vědomosti a preferují tak děti s dobrou pedagogickou příležitostí) a selektivní migrací, (přesunem průbojnějších a bystřejších osob do měst), přece jen vzájemná shoda výsledků a shoda s podélnými studii shora citovanými svědčí pro rozhodující nepříznivý vliv špatného rodinného prostředí na rozvoj intelektových schopností dítěte. Chodí-li dítě pravidelně do školy, může její pedagogický vliv zčásti paralyzovat nepříznivý vliv rodiny, neboť znamená mezi jiným i částečnou separaci. Svědčí pro to údaje H. Hetzerové, která v knize »Kindheit und Armut« (1937) zjišťuje opoždění o 1 až 2 roky u školáků z bídnych rodinných

poměrů oproti dětem z dobrých rodin a pozvolné zmenšování tohoto rozdílu během školní docházky. Tyto děti z velmi chudých rodin ve výzkumu Hetzerové měly zřetelně labilní citové pouto k rodičům i sourozencům a byly také fyzicky oslabené, takže autorka jistě právem uzavírá, že hmotná bída značí také psychické zanedbání a že fyzické oslabení značí i horší psychický stav. I zapojení těchto dětí do společnosti bylo mnohem obtížnější, jejich sexuální život, jejich volba povolání a pracovní zapojení byly méně uspokojivé a jejich emoční vývoj vykazoval rovněž poruchy.

Společenské a hospodářské poměry jsou dnes u nás takové, že již předem vylučují nebezpečí deprivace z této oblasti. Nicméně dosud přetrvávají některé následky poslední války a jejich průvodních zjevů, zejména v konsolidaci rodiny (chvatné válečné sňatky, nemanželské porodů, osiření, migrace obyvatelstva po skončení války, osídlování pohraničí aj.). Těživá je dosud otázka cikánských dětí a na řešení čeká i problematika rodičů-alkoholiků. V našem materiálu dětí přijatých na dětské psychiatrické oddělení v letech 1952—55 jsme našli alkoholis-

--- děti z velmi špatných rodinných poměrů  
 — děti ze středních rodinných poměrů  
 - - - děti z lepších rodinných poměrů



Graf. 16. Výsledky v inteligenčních zkouškách u dětí z různého sociálního prostředí. (Podle H. Hetzerové, *Kindheit und Armut* 1937, 79)

mus u rodičů, eventuálně u sourozenců 20 % dětí a u vzdálenějších příbuzných 54 % dětí. Podobně u chlapců s přestupky a výchovnými obtížemi, kteří v letech 1950 až 1961 byli v DZPV Středočeského kraje, docházíme k číslu téměř shodnému — totiž 18,5 % jich má otce-alkoholika. Kliničtí pracovníci se nyní zřídka setkávají s dětmi podvyživenými (častěji s dětmi hygienicky zanedbanými) a rovněž využívání dětí pro práci se vyskytuje jen sporadicky. Právem lze říci, že problematika dětí strádajících hospodářským nedostatkem a fyzickým zanedbáním, která je v některých zemích tak pal-

čivá, ztrácí u nás rok od roku na významu — nicméně nelze polevit v úsilí o likvidaci všech zbytků těchto zdrojů deprivace, k nimž nutno počítat i takové přežitky, jakým je například alkoholismus.

S ubýváním jedněch deprivčních okolností nabývají ovšem relativně na významu okolnosti jiné. Závažnějšími se dnes stávají ty situace, kdy dítě žije v ekonomickém dostatku, ba nadbytku, ale přesto strádá *nedostatkem vedení a výchovy*. Z vnějších okolností, které tu spolu-působí, nutno v dnešním moderním světě jmenovat na prvním místě »nedostatek času« rodičů, ať již plyne z jejich zaměstnanosti, nebo z jiných společenských a kulturních zájmů, jimiž je zájem o dítě odsunován na podřadné místo. Je to problém živý a v celém moderním světě dnes široce diskutovaný. Pokud jde o děti zaměstnaných matek, ukazuje většina studií, že mají v průměru více obtíží než děti matek zůstávajících v domácnosti. Rozsáhlá studie *L. Kubičky* (1956) zpracovává statistická data o 117 752 dětech pražských škol a zjišťuje u dětí zaměstnaných matek významně častěji horší prospěch (zvláště u dětí z vyšších tříd) a horší chování (spíše u dětí z nižších tříd). Příčinu negativního vlivu zaměstnanosti matek vidí Kubička jednak v prostém zkrácení času na dítě, jednak v celkovém přetížení matky, avšak také v nedostatečné funkci družin a dětských zařízení. Také mezi dětmi psychiatricky ošetřovanými našel poměrně větší procento dětí zaměstnaných matek než v celkové populaci, na rozdíl od *Drakulidese*, který soudí, že děti zaměstnaných matek jsou psychicky spíše intaktní, než když jsou v ustavičném celodenním kontaktu s matkou uzavřenou jen ve své domácnosti (to se týká ovšem jen dětí starších). Vcelku se většina autorů (*Kubička*, *v. Harnack*, *Adam*) kloní k názoru, že zaměstnanost matky se nemusí projevit negativně, zanedbáním dítěte, ale že závisí více na kvalitě vztahů a na tom, kým a jak je matka v době svého zaměstnání zastoupena. Vstoupí-li matka do zaměstnání jen proto, aby se vyhnula konfliktům se svým manželem, matkou, tchyní apod., nebo chce-li v zaměstnání ukojit svou citovou neuspokojenost, je dán už tím základ k narušení jejich vztahů k dítěti. I po příchodu domů věnuje taková matka (a platí to i o dalších členech rodiny) pozornost všemu jinému, jen ne dítěti, pro které nemá »nikdy čas«. Právem zdůrazňuje *Bennholdt-Thomsen*, že více záleží na tom, jak onen čas doma rodiče s dítětem stráví, než na pouhé jejich přítomnosti — chvílka hry s dítětem může znamenat víc než celé půldne strávené bez povšimnutí. Ale tím se dostáváme již k další kategorii deprivčních podmínek, které mají v našich rodinách význam největší.

## b) DEPRIVACE Z VNITŘNÍCH (PSYCHOLOGICKÝCH) PŘÍČIN

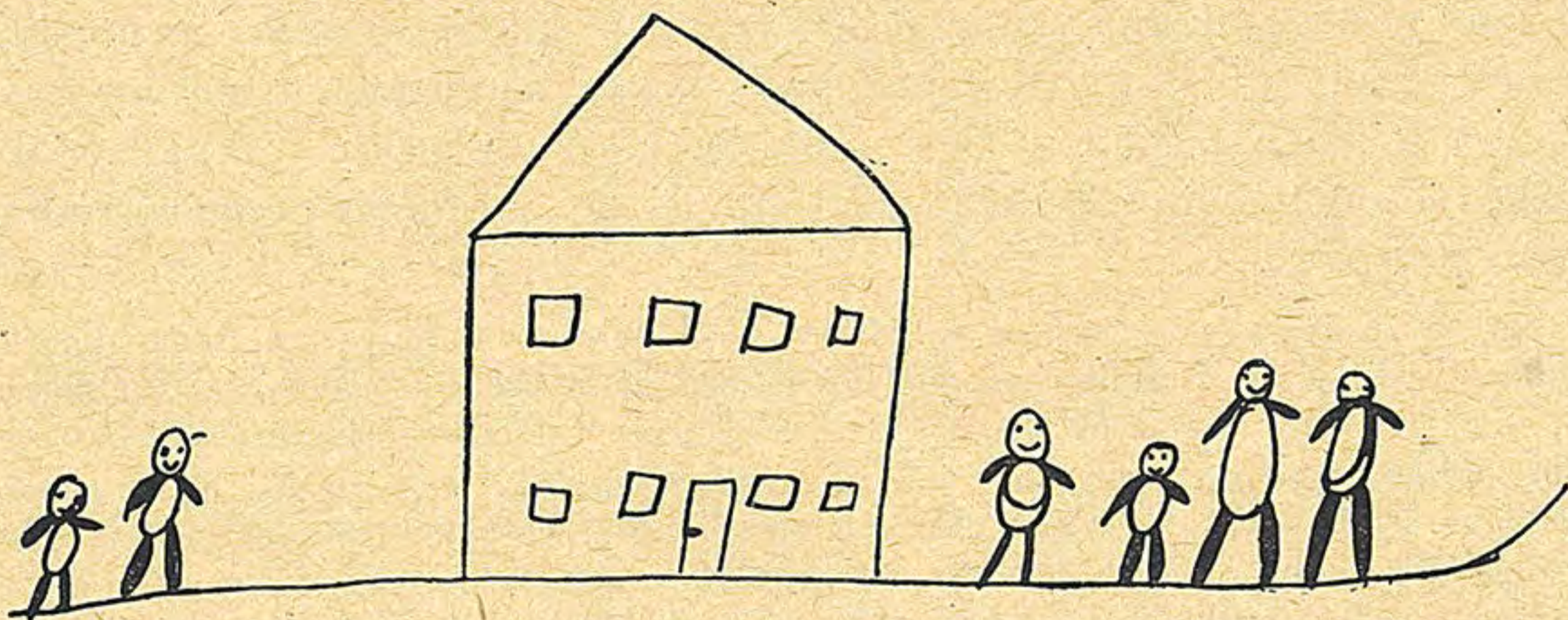
Nejčastější příčinou, proč se nevytvoří uspokojivý vztah mezi rodiči a dítětem, jsou v dnešní společnosti psychologické zábrany, »bariéry«, ze strany rodičů, řidčeji také ze strany dítěte. Tyto překážky jsou zpravidla složitější, hlubší a jejich odstranění je obtížnější než zevní společenské podmínky, o nichž jsme právě hovořili. Často se ostatně obojí podmínky v neblahém účinku spojují. Vlastní psychologické příčiny mohou být různého druhu. Někdy vyplývají jen ze zájmové struktury, vzdělání a výchovy rodičů, tedy např. z výlučného zájmu o povolání, o kulturní požitky či o společenské styky i z nepochopení pro dětský svět. Soustava našeho školního a mimoškolního vzdělání zatím většinou vůbec nepamatuje na rozvoj zájmů, znalostí a dovedností potřebných pro budoucí rodičovské úkoly a i mladým rodičům dostává se v tom pomoci stále ještě nedostačující. Dětské poradny plní skoro výlučně úkoly zdravotní a jen ve velmi malé míře také výchovné a vzdělávací. Matky, které jsou profesionálně ctižádostivé a plně zaujaté svým povoláním, často těžko snášejí skutečnost, že mají dělit svůj čas mezi práci a dítě, že nemohou ve všem udržet krok se svými spolupracovníky a že je dítě brzdí v započaté kariéře.

Jindy tkví neschopnost navázat sdílný kontakt s dítětem hlouběji v osobnosti matky: (buď v její *intelektové nebo smyslové poruše* (slabomyslné, hluchoněmé matky), nebo, a to častěji, v její *emoční a charakterové nevyzrálosti a nevyrovnanosti*). Tak tomu bývá u rodičů, kteří byli v dětství sami deprivováni nebo kteří nevyřešili úspěšně dětské a pubertální konflikty vůči svým rodičům. Taková matka bývá infantilní, zaujatá jen svými vlastními problémy, často s nepřiměřenou závislostí ještě na své matce, od níž se snaží předčasným sňatkem odpoutat, nebo s pocity křivdy a nedostatku lásky. Chybí jí vřelost a něžnost spontánního zájmu o dítě, jemuž není schopna rozumět. Takové charakterové vlastnosti překáží zpravidla i vzájemnému vztahu rodičů, takže rodina není citově stmelená, chybí tu teplo domova a intimita rodinného soužití.

Pro ilustraci uvádíme případ chlapce M. M. V těhotenství trpěla matka hypertenzí, jinak nebylo komplikací. Porod byl normální a rovněž další vývoj probíhal přiměřeně. Vážněji nemocen chlapec nebyl. Mezi matkou a otcem na jedné straně a matčiny rodiči, kteří bydlí v témž domě, na druhé straně panuje trvalé napětí a dochází k prudkým konfliktům, jejichž předmětem je právě chlapec. Rodiče chlapce přísně trestají, babička ho nadměrně ochraňuje. Matka se vdávala v 18 letech, nařiká si, že »nic neužila« — chlapec prý rodiče »nenávidí«, od malička ho trestali příliš krutě, ale k ničemu ho nevedli, většinou byl ponechán sám sobě.

Ze školy byl po dvou měsících vrácen »pro nevypěstlost«, ačkoliv psychologické vyšetření ukazuje, že jeho inteligence je v mezích normy. Ani po ročním odkladu není s to se škole přizpůsobit; neprospívá, nesmírně narušuje vyučování. »Je na něm znát, že se s ním rodiče málo zabývali« — »má malou slovní zásobu, malý okruh zájmů« atd. Upoutává k sobě pozornost neustálými šaškovinami — o školní práci nemá zájem. Doma si »neumí hrát«, jen lítá, křičí a zuří — poslechne jen otce. Všechny somatické nálezy jsou negativní — psychologický nález zjišťuje známky deprivace, nápadně podobné jako u dětí ústavních. — Ve 2. třídě se ohlásily obtíže somatické: nechutenství, bolesti břicha, zvracení, které však rychle vymizely, když se začal stravovat u babičky a přešel převážně i do její výchovné péče. Znatelně se zlepšil i školní prospěch. — Ve 3. třídě po návratu k matce je znovu pokládán za »nervově nemocného«, šaškuje, povykuje, válí se pod lavicí, chová se agresivně. Je-li s učitelkou sám, chová se »normálně«, ve třídě však mívá období »nepřičetnosti«. Je-li pochválen, nedovede dát radost najevo jinak, než že spolužákovi nabije nebo někoho porazí. — Ačkoliv všichni zúčastnění jsou inteligentní a vzdělaní lidé, pokus o řešení základního rodinného konfliktu se nezdařil. V rozhovoru chlapec uvádí, že nejraději na světě má »babičku, protože je na mě hodná«. O jeho citovém hodnocení mluví konečně i jeho kresba. Vpravo je chlapec sám, jeho mladší bratr a dva strýčkové, vlevo babička a dědeček — rodiče nenakreslil, jako by ono prázdné místo, které v kresbě ještě zbývá, mělo symbolizovat jejich citovou hodnotu pro chlapce.

Někdy jsou tyto zábrany ještě hlubší — *neurotického nebo i psychotického rázu*. Ve smyslu deprivace působení jsou nejzávažnější deprese, při nichž se matka zcela odvrátí od dítěte a nereaguje na jeho projevy. Jindy emoční postoj rodičů kolísá mezi úplnou lhostejností a krajně negativním postojem, odmítáním, ba i krutostí. Následkem je



Kresba chlapce M. M.

v každém případě nedostatečný kontakt, nedostatek sdělování a směny emocí i smyslových podnětů, tedy deprivace v tom či onom směru. H. Lewisová (1954) ve zmíněné už studii uzavírá, že stupeň deprivace dítěte je závislý především na emoční lhostejnosti nebo odmítavosti

matky, na jejím sklonu k zanedbávání nebo zavrhování, na její citové nevyrovnanosti, popřípadě i na její intelektové úrovni. Podobně *Wittenborn* (1956) našel významou (byť i relativně nízkou) korelaci mezi emoční poruchou dětí žijících v pěstounské péči a postojem »bez lásky« nebo zřetelně odmítavým přístupem ze strany pěstounky.

Jestliže za této situace strádá dítě nedostatkem jakékoliv stimulace vůbec, bývá postižen těžce jeho celkový vývoj. Mluvívá se o »domácím hospitalismu« a symptomatologický obraz vskutku připomíná postižení nejhůře zanedbaných ústavních dětí.

Dvě instruktivní kasuistiky tohoto druhu popsala *Colemanová a Provenceová* (1957). Rodiče obou popisovaných dětí byli vysokoškoláci, ekonomický a kulturní standard obou rodin byl velmi dobrý a matky pečovaly o děti velmi dobře, pokud šlo o techniku ošetřování, ale zcela mechanicky, bez potěšení. Koupání a oblékání konaly spěšně, »bez hraní«, při krmení si jedna z nich četla, zdálo se jí nudné ošetřovat nemluvně. S dětmi si nehrály, bály se, aby je nerozmazlily, ponechávaly je v pokoji o samotě. Obě matky byly depresivního ladění, špatně snášely přerušování zaměstnání i dosavadního způsobu života, který si osvojily za dobu bezdětného manželství. Děti byly těžce opožděné, hlavně v motorice a řeči, jejich sociální kontakt byl slabý, na přiblížení druhých osob reagovaly strachem, zájem o hračky byl přelétavý. Byly dystrofické, anemické. Po úpravě postojů k dítěti pod vedením pediatra a po zvýšení pozitivní stimulace se stav obou dětí upravil. V jednom případě byl nápravný postup zahájen v nemocnici.

Zajímavý případ podobného druhu popsal také *W. Langford* (1955) a o dalších podobných případech referuje *Nitschke* (1955).

I když takových těžkých případů není mnoho, přece jen je třeba, aby na ně (eventuálně v mírnějších formách) kliničtí pracovníci mysleli, neboť včasné jejich podchycení může vývoj včas upravit. Uvádíme proto aspoň jeden případ z vlastní praxe, který dokazuje, jak je někdy těžké posoudit správně deprivaci situaci bez přímého poznání rodinného prostředí.

Šlo o dvojčata narozená o 4 týdny před termínem brzy po dvou dětech. Rodina bydlí v novostavbě, hospodářské a sociální podmínky jsou zcela uspokojivé — otec je účetní. Narození dvojčat bylo však pro rodiče »nepříjemným překvapením«, těžko se »vpravovali do situace«, hostilně odmítali »být otroky dětí«, a rozhodli se vychovávat je »spartánsky« a »moderně«. Obě děti byly celý den samy v pokoji, neměly žádných hraček, na vycházky »nebyl čas«, krmení a ošetření se provádělo co nejrychleji. Byly ve stálé evidenci dětské poradny, váhově přibývaly přiměřeně, přesto však byly chabé, anemické a často nemocné respiračními infekty. Když bylo dětem 40 týdnů, navštívil rodinu pediatr, psycholog a dětská sestra v rámci rutinního vyšetřování nedonošených dětí v terénu. Chlapec byl těžce opožděný ve vývoji — úroveň hrubé motoriky odpovídala asi 20 týdnům. Děvče bylo vývojově vyspělejší, ale i u ní byla nápadná chabost, která v poloze na břišku kontrastovala s ostatními výkony. Obě děti byly zcela apatické, lhostejné k ošetřo-

vání, nedožadovaly se pozornosti a nejevily zájem o hračky. Bylo třeba opakovaných pohovorů s rodiči o jejich postojích a výchovných názorech a taktího pedagogického vedení, aby se stav obou dětí rychle zlepšil, zejména když pak začaly chodit a opatřovat si podněty vlastními silami. V 7 letech je jejich vývoj zcela přiměřený, dobře se učí a jsou čilé.

Některé matky, kterým chybí přirozená, bezprostřední sympatie k dítěti, mohou nicméně stimulovat dítě alespoň intelektuálně, třeba z ctižádosti a pro vysoké hodnocení intelektuálních výkonů. Styk s dítětem je pro ně jen prostředkem k dosažení určitých cílů a k získání uznání u lidí, nedovedou se však z něho spontánně radovat. Dítě žije pak v atmosféře »citové Antarktidy« a prakticky skoro v úplné izolaci, třebas zůstává uprostřed lidí. Co se nedostává matce na vřelosti a spontánnosti, doplňuje někdy rozumově a z knížek: čte pediatrikou a psychologickou literaturu, lpí na dodržování hygienických předpisů a pravidelnosti režimu, řídí se doslovně výchovnými předpisy, vynucuje příliš záhy utvrzení žádoucích návyků. Následky takové situace se odrážejí více či méně v citové narušenosti dítěte. Opoždění vývoje nebývá tu celkové, ale spíše jednostranné. Takové děti mívají velmi dobře, až překotně vyvinutou paměť, znají mnoho říkanek a písniček a předvádějí se společností svými znalostmi i svým přemoudřelým chováním. Přitom však žijí v afektivním odstupu od lidí, které berou na vědomí, jen když od nich něco chtějí, jinak se spíše od nich odvracejí, jakoby nepříjemně rušení ze své samoty. Jejich »autismus« dosahuje v útlém věku někdy takového stupně, že jsou pokládány za hluché, neboť při svých činnostech jako by nevnímaly vůbec lidské okolí. Ačkoliv mají dobrou inteligenci, mívají při vstupu do školy řadu obtíží, neboť nesnášejí společnost dětí a třeba jen trochu intimnější přístup učitelky. Ještě nejlépe se přizpůsobují v poměrně přísném, neosobním ovzduší některých učitelů výlučně didakticky zaměřených. V pubertě se tyto děti stávají nápadnými svou nepřizpůsobivostí v kolektivu mladistvých, samotářstvím, často chorobnou čtenářskou vášní nebo nějakým excentrickým zájmem. Přes svou podivínskost a citový chlad mohou tyto »autistické děti« (autističtí psychopati podle Aspergera) plnit kladnou funkci ve společnosti pro svou dobrou inteligenci a své často překvapující znalosti. Pojem »autistického dítěte« je v literatuře někdy vyhrazován pro extrémní formu časně psychické poruchy vyznačené vedle autismu i obsesivním lpěním na zachování stejných okolností a doprovázené často i značným opožděním vývoje řeči. Poruchy tohoto druhu popsal jako »časný infantilní autismus« v roce 1943

Kanner, který se kloní k názoru, že jde o časnou formu schizofrénie podmíněnou do značné míry citově chladnými, obsesívními a knižními postoji rodičů, většinou velmi abstraktního zájmového zaměření. Proti tomuto pojetí časného autismu jako rané dětské psychózy podmíněné citovou deprivací v rodině bylo však vzneseno dost pochyb a námitek, takže otázka je dnes nejasná (Goldstein, 1959, van Krevelen, Nesnídalová-Fiala, 1961).



Kresba děvčete L. V.

Jestliže rodiče nepřístupují k dítěti jen s pouhou lhostejností, nevšímavostí a citovým chladem, nýbrž s výrazným *citovým odmítáním a zavrhováním*, popřípadě i se zřetelnou *krutostí*, pak ovšem není dítě jen citově a sociálně izolováno, ale zároveň hrubě traumatizováno a hnáno do těžko řešitelných konfliktů. Lékaři, sociální pracovníci i soudy musí počítat s možností kriminálního zanedbávání a záměrného fyzického i psychického zneužití dětí krutými, psychopatickými nebo i psychotickými rodiči. Každého roku se vyskytne na dětských odděleních určitý počet případů dětí poraněných hrubým a zanedbávajícím jednáním rodičů, bitím, úmyslným násilím (vedoucím někdy až k usmrcení), sexuální zneužitím atd. I když počet těchto případů není velký, přece jen je třeba realisticky připustit jejich možnost, na kterou leckdy lékař z osobních emočních důvodů ani nepomyslí (Kempe - Silver, 1959, Elmerová, 1960, Bakwin, 1960). Je někdy překvapující, jak v takovém krutém prostředí je dítě ponecháno řadu let bez zásahu úředních institucí. Symptomatologie deprivace bývá tu zpravidla doprovázena mimořádnými reaktivními projevy.

Tak tomu bylo v našem případě šestiletého děvčátka L. V., doporučeného na vyšetření pro zdánlivě nevysvětlitelné chování: v posledním měsíci několikrát rozstříhala matce prádlo, ubrusy, záclony, šaty. Matka je osoba zřejmě velmi vznětlivá, nespokojená, se sklonem střídavě k pláči a k výbuchům zlosti. Vlastní otec je ve vězení, nevlastní otec je prý duševně omezený, dětský, závislý na matce. Dítě je tělesně dobře vyvinuté, přiměřené výživy, ale s desítkami podlitin po celém těle, které místy měly velikost dlaně. Psychicky bystrá, s rozumovými schop-

nostmi spíše nadprůměrnými, zprvu nejistá, váhavá, později klidná, ale se zřejmými obrannými reakcemi a obsesivními projevy. Její volná kresba je zarážející: nakreslí maminku s dítětem v kočárku na hřbitově. V rozhovoru brzy odkryje motiv svého podivného chování: »To já dělám ze zlosti... protože mě maminka pořád vyhání... nemá mě ráda, ani trošku ne, já jí ano, ale ona mne ne... Tatínek mě taky nemá rád, maminku tu ano...« Chtěla by jít pryč někdy, »ale radši ne, že se mně pak zase stejská po mamince«. Přiznává nerada, že bývá od maminky hodně bita řemenem, brání se podlitiny ukázat. Matka se v rozhovoru ohrazuje proti domněnce, že by jí dítě překáželo; ale není prý na to, aby se s ním bavila, to ona prý prostě nedovede. Přiznává, že dítě tělesně trestá řemenem, ale »jí to nevadí, drží jako beran, ani jí to nebolí... To já jsem se měla hůř, vyrostla jsem u cizích lidí... já jsem byla bita ještě víc, to bijí děti všichni rodiče... Ona musí být bita, jinak to s ní nejde«. Svaluje všecku vinu na manžela: ten že dítě nerad vidí, že na ně žárlí, nesnese, aby se matka v jeho přítomnosti jakkoliv zabývala dítětem, vytýká jí stále, že dává přednost dítěti před ním. Je-li jí nabídnuta možnost umístit dítě v jiné rodinné péči, matka briskně odmítne: »Ty by se ona třeba dostala k nějaké paní a k té by přilnula, a to nejde. Ona potřebuje mezi cizí lidi, aby věděla, že má matku.« Proto souhlasí s umístěním dítěte do dětského domova na čas, aby je tím vytrestala. Po převedení do dětského domova je dítě velmi hodné, mírné, oblíbené, ve škole velmi dobře prospívá, neurotické obtíže se brzy upravují.

Opačný případ jednostranně defektní stimulace je situace matky s dobrým citovým vztahem k dítěti, ale bez schopnosti zásobit je podněty intelektuálního rázu. Mohlo by tu jít o *matku slabomyslnou nebo hluchoněmou nebo jen prostě negramotnou*. Zdálo by se, že sotva bude dítě v této situaci závažněji emocionálně strádat, neboť mentální úroveň i takové matky plně stačí k naplnění elementárních psychických potřeb dítěte, pokud mu jen projevuje svou citovou náklonnost a spontánní zájem. Tak alespoň soudí někteří autoři (*Glaser a Eisenberg, 1956*). To však může platit jen pro nejútlejší věk — a i tam jen v omezené míře, jak nás o tom přesvědčuje celkově zanedbané vzezření takových dětí přijímaných do dětských nemocnic. Taková matka totiž většinou přes svůj kladný vztah k dítěti není s to porozumět jeho projevům a vhodně na ně reagovat, nemluvě už ani o tom, že není schopna zajistit racionální režim a důslednou péči. Její schopnost vcítění zůstává povrchní, bez rozlišování: na každý křik dítěte reaguje podáním prsu, podléhá při zacházení s dítětem primitivním afektům atd. U větších dětí se pak už projeví i intelektuální a výchovná deprivace: Ukazují to dobře studie o duševním stavu dětí slabomyslných matek, při nichž se ukázalo, že intelektuální zaostávání není většinou vůbec patrné v prvních letech, stává se však velmi nápadným později. Tak např. uvádí *Speer*:

Počet let strávených v péči matky	Průměrný IQ	Počet dětí
0– 2	101	12
3– 5	84	19
6– 8	75	12
9–11	72	9
12–15	53	16

Pokles IQ je podle Speera větší než podobný pokles u dětí intelektuálně normálních matek z velmi špatného sociálního a ekonomického prostředí. Bohužel, nejde tu o longitudinální sledování, takže nelze dosti dobře vyloučit možnost selektivního zkreslení. Nicméně jsou tyto údaje potvrzovány i z druhé strany: *Skeels* (1941) zjistil, že 87 % dětí matek mentálně retardovaných dosáhlo v adoptivní péči přiměřené rozumové úrovně.

Deprivace v rodině může nabývat forem velmi rozmanitých, je daleko komplikovanější a obtížněji analyzovatelná než deprivace v ústavě, ale proto o nic méně skutečná a o nic méně nebezpečná vývoji dítěte — naopak, stojí zpravidla u samého začátku celé deprivací historie.

## 5. DĚTI ZA VÁLKY

Obrovského rozsahu byl krutý psychologický experiment, který vykonala druhá světová válka. Milióny dětí ztratily jednoho nebo oba rodiče a byly vytrženy ze svého domova, z navyklého prostředí, které jim do té doby poskytovalo jistotu a bezpečí. Odhaduje se, že na 30 miliónů domovů bylo válkou rozrušeno a mnoho miliónů dětí se octlo bez domova (asi 8 miliónů v Německu, 6 a 1/2 miliónu v SSSR, 2 milióny v Jugoslávii atd.). Děti byly vystaveny hrůzám bombardování, viděly vraždit a umírat, strádaly hladem a zimou, hrubým a potupným zacházením, nechodily do školy, ba mnohé z nich prošly i peklem koncentračních táborů.

Už za války a zvláště po ní byli tedy pracovníci v péči o dítě postaveni před zcela nové problémy nezvyklého rozsahu, s jejichž následky se setkáváme dosud. Rozmanitost materiálu i metodologická nejednotnost studií, které se touto problematikou zabývají, vede k četným názorovým rozdílům a ztěžuje srovnávání. Na druhé straně však jistý časový odstup dovoluje už nyní zaujmout hodnotící stanovisko.

Z dětí postižených válkou byly zvláště studovány dvě skupiny: před-

ně děti evakuované z ohrožených oblastí do krajů bezpečnějších, většinou odtržené od svých rodin. Za druhé pak děti uprchlické a děti z koncentračních táborů.

a) *Děti evakuované.* Evakuace dětí z oblastí ohrožených bombardováním byla ve zvlášť velkém rozsahu provedena v Anglii, kde téměř  $\frac{3}{4}$  miliónu dětí bylo odtrženo od svých rodičů a umístěno nejčastěji v některé pěstounské rodině, řidčeji ve speciálním ústavním zařízení v bezpečné oblasti. Srovnání těchto dětí s dětmi, které byly ponechány u svých rodičů a které s nimi prožívaly hrůzy bombardování, dokazuje s velkou pravděpodobností, že evakuace (tj. separace) má závažnější vliv na duševní zdraví dítěte než bombardování. Tak například *Burbury* našel neurotické příznaky u 52 % evakuovaných dětí, ale jen u 20 % dětí, které přestály bombardování. Podobně *C. J. Carey-Trefzerová* (1949) nalézá těžší a vůči psychoterapii vzdornější poruchy u evakuovaných dětí než u těch, které prožily bombardování, a to tím více, šlo-li o děti mladší 5 let. *M. Meierhoferová* (1949) ve Švýcarsku dochází k závěru, že těžký akutní traumatismus válečných událostí nevyvolává tak hluboké a přetrvávající následky jako chronický psychický nedostatek a izolace. Jistota, kterou dítěti dává přítomnost rodičů, vyváží zřejmě do značné míry otřesné válečné prožitky. Ještě v r. 1952 zjišťuje *J. M. Sutter* zvýšenou emoční fragilitu u dětí evakuovaných podle věkových skupin z francouzských velkoměst, na rozdíl od dětí evakuovaných podle rodinných jednotek (matka se všemi dětmi nebo alespoň všichni sourozenci pohromadě).

Záleží ovšem nejen na poutech dítěte k jeho rodičům, ale na celé sociální situaci dítěte i jeho rodiny. Děti, které žily v táborech odříznuté od normální společnosti, vykazovaly známky psychické deprivace, ať byly bez rodičů, nebo s nimi (např. děti v koncentračním táboře v Terezíně). *Nic Waalová* uvádí, že děti, které uprchly za války z Norska do Švédska, kde žily normálním životem plně zapojeny do společnosti, nevykazovaly známky deprivace, ať žily s rodiči, nebo bez nich. Naopak však děti, které přišly do Norska a tam žily v táborech izolovány úplně od okolního světa, byly deprivovány, ať již byly, nebo nebyly ve společnosti svých rodičů, neboť i jejich rodiče sami trpěli touto izolací.

Výskyt neurotických poruch u evakuovaných dětí je udáván většinou autorů v rozmezí 25 až 50 %. Je ovšem jisto, že část těchto poruch by vznikla, i kdyby děti nebyly evakuovány — odhaduje se, že

jen asi třetina jich byla způsobena nebo zhoršena přímo evakuací. Nejčastějším neurotickým příznakem byla enuréza (*Isaacsová, Burt*), kde vzrůst proti předválečnému stavu tvořil celých 50 %. Vedle toho se vyskytují i úzkostné stavy, neklid a zvláště nedostatek soustředěnosti, řidčeji i projevy disociality a delinkvence. Poruchy chování někdy narušují přizpůsobení dítěte v pěstounské rodině, jindy však i značně narušené děti se přizpůsobily dobře: závisí to mnohdy na kvalitě náhradního domova. (Úzkostné děti se například dobře přizpůsobovaly v klidném, konvenčním domově; agresivní a svárivé spíše ve volné, nekonvenční rodině.) Ačkoliv většina dětí reagovala na evakuaci zhoršením chování, popřípadě neurotickými projevy, přece byly i děti, jejichž chování se naopak zlepšilo: byly samostatnější, ukázněnější, klidnější (podobně jako jsme to viděli při hospitalizaci). Toto konstatování se týká hlavně dětí zhýčkaných a infantilně požadovačných, kterým rodiče dříve vyhovovali v každém jejich rozmaru.

Vcelku děti, jejichž vztah k rodičům byl vyrovnaný a veskrze kladný, snášely přemístění poměrně dosti klidně. Jako by tento jejich vztah byl onou základní jistotou, která jim pomáhala adaptovat se i v nové situaci (jako je ostatně oporou každému dítěti umísťovanému na čas mimo rodinu). Tyto děti na svůj domov většinou nevzpomínaly příliš často nebo jen neurčitě a konvenčně (*K. Wolfová, 1945*). Děti, jejichž vztah k rodičům byl však konfliktní, nebyly schopny takového přizpůsobení a jejich konflikt se zpravidla ještě přiostrčil a vybil navenek. Zvláště obtížně snášely přemístění do nového pěstounského domova děti v pubertě (13 až 16 let), které si již těžko vytvářejí intimní vztahy v nové rodině. Údaje také podle očekávání svědčí o tom, že děti předškolní vykazují více poruch — avšak v tomto směru není v jednotlivých studiích úplné shody.

I když tedy není pochyby o tom, že evakuace se všemi svými nároky a důsledky značí pro většinu dětí dosti značnou zátěž a přináší jisté nepříznivé komplikace v chování, přece jen je počet poruch a maladaptací poměrně mnohem menší, než bychom čekali. Zvýšení počtu neuróz se pohybuje, jak uvedeno, kolem 33 %. Počet dětí, které se nepřizpůsobily v pěstounské rodině, představuje podle *Isaacsové (1941)* jen asi 6 až 7 %. Mnoho dětí přestálo tuto situaci tedy poměrně dobře. To však neznamená, že byla pro ně zcela lhostejná a že nezanechá určité následky ve větší zranitelnosti dítěte, která se projeví, přijde-li dítě později do jiných obtížných nebo konfliktních situací.

b) *Děti uprchlické a děti z koncentračních táborů* byly pochopitelně vystaveny mnohem těžším podmínkám, a jejich narušenost je proto daleko větší. Nejvíce postiženy byly pak děti vystavené navíc ještě rasovému pronásledování. Přesto i u nich překvapuje často velká schopnost readaptace a poměrně rychlá úprava poruch v lepším prostředí.

Jen terezínským koncentračním táborem prošlo vcelku asi 15 000 židovských dětí, které tam zčásti žily i s matkami, většinou však odděleně od nich. Mnohé z nich prožily již za transportu útrapy a hrůzy těžko vylíčitelné. Podmínky v táboře znemožňovaly jakoukoliv záměrnou výchovu, s malými dětmi nebylo času si hrát, u starších nebylo možné soustavné školní vzdělávání. Hlad, špína, zima, nucená těžká práce a potupné zacházení dozorců byly denním údělem dětí stejně jako dospělých. V ovzduší naplněném strachem před smrtí všechno pudilo k sebezáchově za každou cenu. V tomto prostředí všechny děti — i děti z nejlépe vedených rodin — rychle pustly: kradly, podváděly ve svůj prospěch, nedbaly dospělých, vytvářely i tlupy, v nichž se rozrůstaly morální a asociální postoje. Vlastní duševní choroby, ba ani pravé dětské neurózy nebyly však v koncentračních táborech časté — naopak dřívější neurotické potíže tam ustaly. Ale intenzivní afekty, které se v té době hromadily v duši dítěte, hněv, pomstychtivost, úzkost, ponížení poznamenaly pozdější vývoj těchto dětí často až příliš těžce.

Po osvobození byly tyto děti (podobně jako děti rodičů deportovaných a popravených) většinou shromažďovány ve speciálních domovech a odtud byly teprve — po nějaké době readaptace — zařazovány do adoptivních rodin nebo do trvalých dětských domovů, mnohé z nich byly repatriovány, některé odesílány do Izraele a do jiných zemí. V záchytných domovech bylo tak získáno velké množství materiálu, který je ovšem značně rozdílný podle podmínek v ústavu i podle metodologického přístupu pracovníků. Pokusíme se zde vybrat jisté obecné závěry ze zpráv referentů z jednotlivých zařízení a zvláště ze souhrnné publikace *Nelly Wolfheimové* (1958 až 1959).

Ačkoliv většina dětí byla tělesně značně poškozena, přece jejich zotavení bylo překvapivě rychlé. Už po 2 až 3 měsících léčebné péče v soustředovacím táboře v Československu byl jejich výživný a zdravotní stav upraven tak, že při příchodu do překládacích domovů měly vzhled docela zdravých dětí (až na brzy zjištěný větší sklon k infekcím a poměrně častá kožní onemocnění). Ale jejich psychické poškození

se projevilo brzy takřka u všech dětí a bylo zřejmě mnohem hlubší, jak ukazuje *E. Hejlová* (1947).

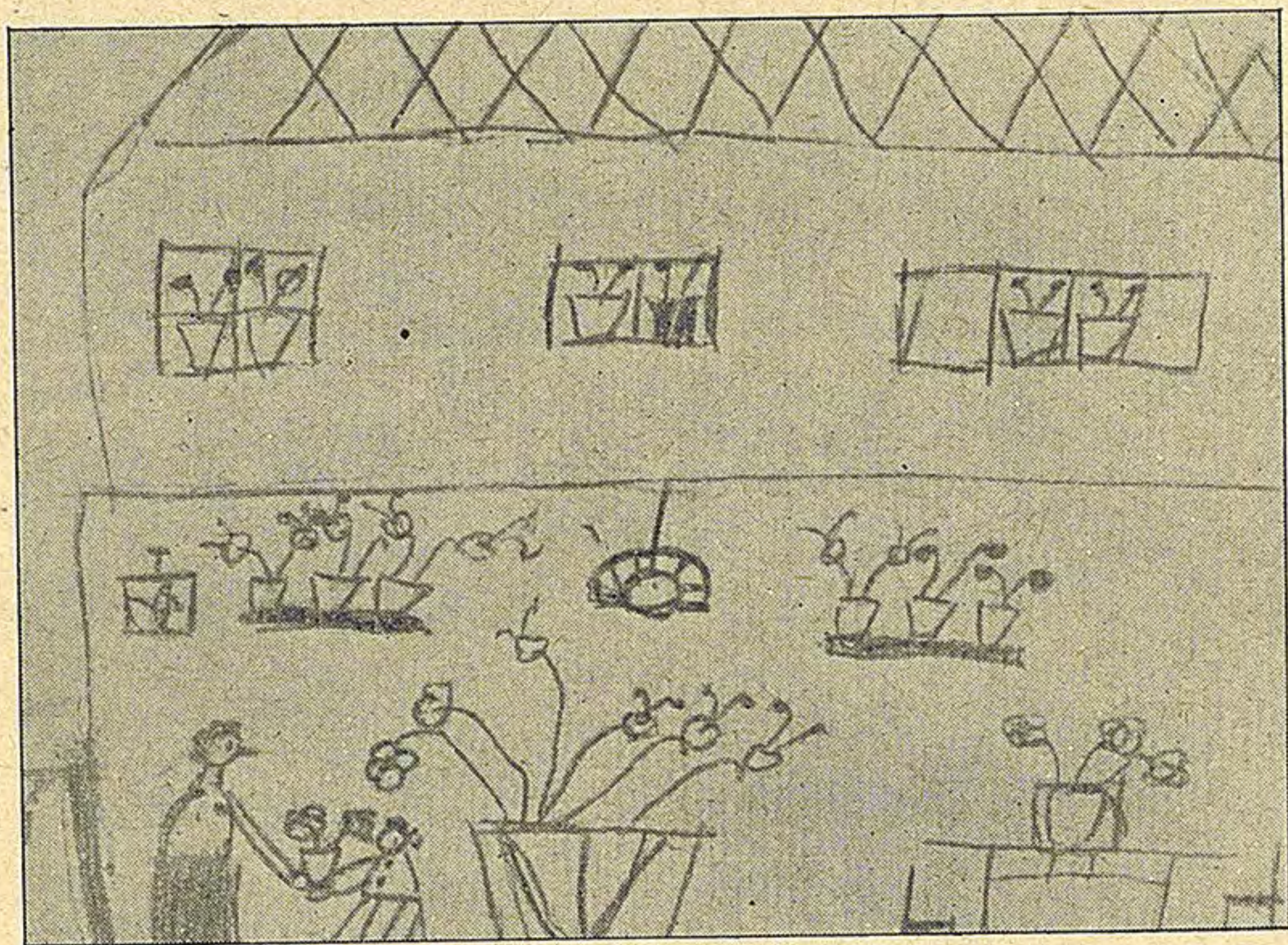
Malé děti přicházející do domovů působily dojem krajně neklidných »animálních bytostí«: byly nepopsatelně dráždivé, většinu doby bezcílně pobíhaly sem a tam, ječely, všechno trhaly a ničily. Vývojově byly zřejmě všestranně opožděné, nejvíce v sociálním ohledu: neuměly jíst, neudržovaly tělesnou čistotu, neuměly si hrát. *Cl. Françoisová* (1948) shledala u 4letých až 5letých dětí odloučených od rodičů před 3. rokem a přijatých do domova »Le Renouveau« u Paříže vesměs těžké opoždění fyzické, psychomotorické i mentální. Děti byly malého vzrůstu, většinou vůbec nemluvily a opoždění mentálního vývoje odpovídalo debilitě.

Proces socializování pokračoval u dětí z koncentračních táborů jen pomalu. *A. Freudová* a *S. Dannová* (1951) popisují vývoj 6 takových dětí, které od kojeneckého věku byly po celá 3 léta v koncentračním táboře v Terezíně. Po umístění v domově s individuální péčí rodinného typu chovaly se zprvu ke všem lidem i událostem odmítavě a jen pozvolna se sžívaly, přičemž jim zvláště pomáhala ta okolnost, že byly všechny vychovávány pospolu: Vztah, který měly tyto děti k sobě navzájem a který byl patrný v tom, jak si pomáhaly a jak se vzájemně napodobovaly, v mnoha směrech napomáhal při utváření vztahu k dospělým. Dlouho přetrvávaly poruchy v citové oblasti: panická hrůza před zvířaty, ustavičný strach, že jim někdo něco vezme (hračky, jídlo), úzkost při odchodu člověka a vůbec nápadná nedůvěra k okolí a k lidem. Přesto u všech těchto dětí došlo k dalekosáhlé a překvapivé úpravě chování a vývoje. Podobný obraz poskytovalo 25 dětí odňatých násilně matkám v pracovních táborech a vychovávaných v jednom tajném domově v Rakousku, kde žily v těsné chatrči uprostřed lesů, aniž měly příležitost vyjít ven, hrát si s hračkami nebo zahlednout jiného člověka než své tři nevšimavé ošetřovatelky. I tyto děti po svém vysvobození zprvu celé dny a noci křičely, neuměly si hrát, neusmály se a jen těžko se učily tělesné čistotě, ke které byly dříve vedeny jen holým násilím. Po 2 až 3 měsících dostaly jakžtakž normální vzhled, přičemž i jim v readaptaci napomáhal hodně »skupinový cit«.

Poruchy dětí školního věku a pubescentů byly napovrch méně patrné, některé z nich se v nových, lepších podmínkách rychle přizpůsobily a jejich chování se normalizovalo. Ale v charakterové struktuře takřka všech nalézají se hluboké stopy jejich strádání. I u nich snad nejváž-

nějším rysem poškození je nedůvěra k lidem: ztratily víru v člověka, nevěří jeho slibům, pochybují o jeho upřímnosti, čekají stále, že budou zaskočeny — jsou proto ke všemu hyperkritické, závistivé, nedovedou být vděčné. Mnohé z nich mají lepší vztah k dětem sdílejícím týž osud,

KRESBY NEZNÁMÝCH DĚTÍ Z TEREZÍNA

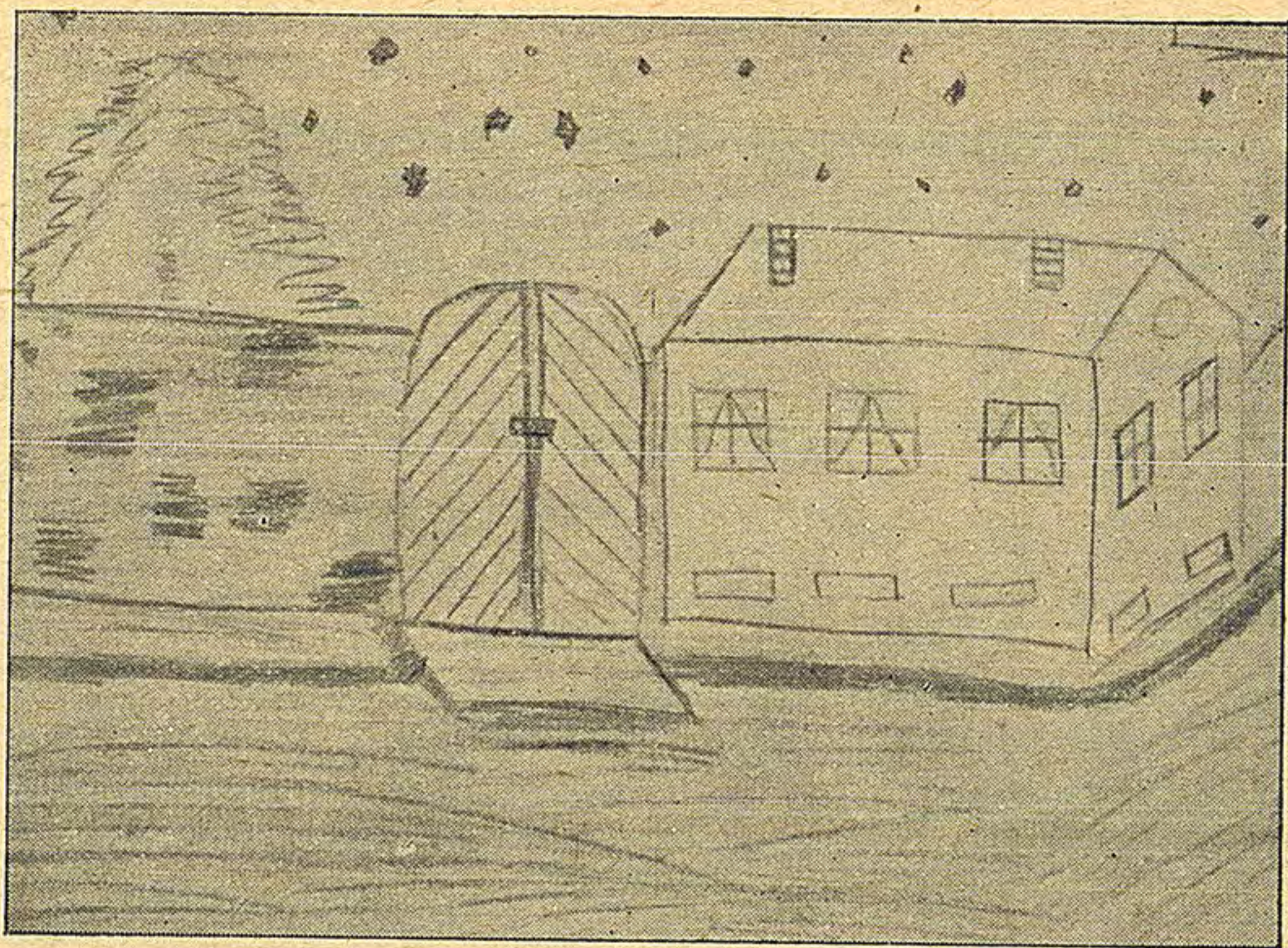


»Dům plný květin«. Představa krásného domova

zvláště k sourozencům — odtud možno někdy (jako jsme to viděli už u mladších dětí) začít převýchovu lépe než přímým stykem s dospělými.

Přes všechnu nápadnou nedůvěru ke svým novým vychovatelům a neochotu přijímat projevy jejich přízně proniká u těchto dětí silná potřeba lásky, projevovaná často za mimořádných okolností a spíše nepřímo. Tak například obecným zjevem bylo přehánění tělesných stesků, kterým si děti zajišťovaly zvýšenou individuální pozornost. Pro mnohé byl pobyt na izolačním pokoji s pověřenou ošetřovatelkou vytouženým cílem.

Už tyto příznačné poruchy mezilidských vztahů nasvědčují tomu, že více než fyzickým nedostatkem strádaly tyto děti ztrátou rodiny a domova. Zajímavé doklady o tom přinášejí i volné výtvary dětí — jejich slohové práce, básně a kresby. *Marg. Loosli-Usteriová (1948) v roce*



»Svět za plotem«. Strom a nebe plné hvězd patrně symbolizují krásu volného světa, od něhož dítě odděluje přehnaně vysoká zeď

1944 například předložila 97 dětem žijícím ve čtyřech domovech pro židovské uprchlíky ve Švýcarsku úkol vypracovat volnou práci na téma »Co si myslím, co si přeji a v co doufám«. Jako srovnání jí sloužily slohové výtvary 173 švýcarských dětí z několika škol na totéž téma. Pocit jakési prázdnoty, neuspokojenosti proniká takřka všemi pracemi uprchlických dětí. Odloučení od rodičů se zdá nejtragičtější událostí v jejich životě. Domov a rodiče jsou hlavními motivy jejich prací, zatímco pro švýcarské děti je to tak samozřejmé, že o tom ani nemluví. Tento trapný pocit prázdnoty děti zřejmě nejlépe překonávají vzpomínkami na šťastnější minulost a touhou po lepší budoucnosti. Zatímco švýcarské děti žijí šťastnou plnou přítomností, je pro uprch-

lické děti přítomný život jen jakýmsi prázdným a neuspokojivým přechodem mezi minulostí a budoucností.

Podobné noty zaznívají k nám i z básní dětí z doby jejich terezínské internace a jímavým způsobem promítají se i v jejich kresbách, které



Fantastická kresba chmurného rázu

po psychologické stránce zpracovával u nás *O. Vaňouček*. Motivy domova, cest, dálek a úniku tu houfně převažují. Rozpoznáváme v nich vášnivou touhu uniknout z neuspokojivé přítomnosti a vrátit se do bezpečí minulosti nebo utéci do fantazie nadějnějšího budoucího života. Kresba stejně jako slovní projev byla pro mnohé děti nejen prostředkem vyjádření jejich snů v období těžkého strádání, ale poskytovala zřejmě i jakési náhradní uspokojení. Slyšíme-li i ze svědectví dospělých osob názor, že umělecké vlohy byly utrpením v koncentračním táboře spíše podpořeny, smíme snad vyslovit domněnku, že psychická deprivace za jistých podmínek (u osobností do jisté míry již vytvořených) může prohlubovat nadání a uměleckou inspiraci.

Jestliže v dobách utrpení nalézají děti oporu ve šťastnější minulosti, pak po svém osvobození se většina z nich myšlenkám na minulost záměrně nebo bezděčně vyhýbá. Jakoby se nechtěly dotýkat ran ještě živých. A právě tyto jen povrchově zacelené rány působí velikou citlivost dětí na frustrace a zvláště na jakékoliv změny v situaci, na přemístění a opětné separace, k nimž v poválečných domovech pod vlivem repatriačních dohod často docházelo. Zajímavé je, že přes svou velkou a často živě vědomou touhu po skutečném domově mnohé z těchto dětí těžko snášely odchod z kolektivních záchytných domovů do adopčních rodin a jen pomalu a obtížně se tam přizpůsobovaly. Je tomu tedy stejně jako u ostatních deprivovaných dětí. Také zkušenosti s dětmi přicházejícími do Izraele pro to svědčí: celkem nejlepší bylo přizpůsobení dětí umístěných v kibuci, nejvíce konfliktů vznikalo v pěstounské péči. (Jedině švýcarské zkušenosti mluví naopak o úspěšném zařazení dětí do rodin; když se tu vyskytly obtíže, byla zajištěna psychologická porada.)

Ztrátu jistoty a opory, kterou tyto děti utrpěly rozbitím svých domovů, pokládá *Cl. François* za základ všech poruch chování pozorovaných i u adolescentů. U dívek se projevují jistou formou neurastenie: pasivitou, ba i tupostí, popřípadě sentimentální zálibou pěstovat si své »neštěstí«, plakat nad sebou a vzpomínat teskně na rodiče a na šťastnější minulost. U chlapců propukají stejné pocity v aktivnější formě hněvivosti, pomstychtivosti, destrukčních tendencí. Svědčí o tom verše 13<sup>1/2</sup>letého chlapce z uvedené studie Françoisové (překládáme):

Ó, má drahá minulosti!  
Tebou, jen tebou žiju,  
tys mi dala život,  
leč, běda, zmařený.  
Odloučen v desíti letech  
od svých drahých rodičů  
nezoufal jsem si,  
leda jen na chvíli,  
díky neodbytné naději  
na sladkou pomstu  
té hnusné havěti.

I ostatní autoři uvádějí často destruktivnost těchto dětí, někdy zdánlivě samoučelnou, ale zřejmě poskytující dětem náhradní uspokojení. Děti rozbíjejí a trhají věci jen pro pouhé potěšení, některé z nich projevují i sadistické sklony nebo aspoň fantazie, jiní hoši jsou opět podivuhodně lační senzací. Je příznačné, že s takovýmto chováním se nezřídka setkáme i u našich ústavních dětí, jak uvádíme v některých kasuistikách. Motorický neklid, který je tak nápadným příznakem těžce deprivovaných malých dětí, má svou analogii v této věkové skupině v psychické instabilitě a v neschopnosti soustředění na činnosti, jejichž výsledky nejsou bezprostředně patrné.

Tendence kompenzovat pocit ztráty rodičovské lásky a bezpečí domova sentimentalitou nebo agresivitou může však být řízena i do sociálně užitečných kolejí. Důležitou podmínkou reedukace je tedy dostatek příležitosti k účelným sociálním kompenzacím. V domově, který zřídila Cl. Françoisová, se proto zvláštní důraz kladl na intenzivní školní práci v kolektivní formě — výsledky byly neobyčejně úspěšné. Takřka všechny děti, které zanedbaly 2 až 3 roky školní docházky, plně dohonily své nedostatky, třebaže mnohé z nich by samy daly přednost rychlejšímu zařazení do pracovního procesu.

Snahu dohonit všechno zameškané zdůrazňují i jiní autoři, kteří pozorovali u těchto dětí zvláštní úsilí naučit se rychle jazyku nového domova, osvojit si nové způsoby chování a zajistit si nové postavení a pracovní příležitost.

Za zvláštní zmínku stojí zajímavé zjištění, že mezi dětmi, které strávily i delší dobu v koncentračních táborech, byl po osvobození pozorován poměrně malý sklon k přímé delinkvenci. V záchytných domovech docházelo sice ke krádežím potravin, které si děti hromadily a schovaly podle dřívějšího zvyku v postelích, projevovaly se tendence obohacovat se na úkor druhých, podvádět a »podplácet« — tyto rysy však zpravidla brzy vymizely a nevyvíjela se z nich vlastní zločinnost. Nedostatek morálních hodnot byl postupně vyrovnáván, stejně jako se upravovaly společenské způsoby.

Vcelku lze o dětech, které strádaly nedostatkem rodinného života v koncentračních táborech nebo v uprchlických střediscích, tvrdit, že jejich poškození je mnohem hlubší a závažnější než to, které pozorujeme u dětí evakuovaných, které přece jen zůstávaly ve styku s vlastními rodinami a většinou i v relativně velmi dobrých životních podmínkách. U dětí, které v podmínkách táborů prožily nejútlejší věk, byl zpravidla postižen globálně celý vývoj — fyzický a zvláště neuropsychický.

Větší děti vykazují spíše poruchy charakterové, jejichž hlavním rysem je narušení vztahu k lidskému okolí i k vlastnímu já (jinými slovy: nedostatek důvěry v druhé lidi i v sebe sama). Překvapuje, že většina těžce deprivovaných dětí se v poměrně krátké době celkem úspěšně přizpůsobila a že nevykazuje (podle jedné statistiky asi v 60 %) žádných přímých příznaků duševní poruchy. Jisté stopy zanechalo těžké strádání však prakticky u všech, a to především ve zvýšené zranitelnosti: jejich rovnováha je vratká, malé změny jejich životní situace vedou snadno k zhroucení.

Individuální rozdíly jsou však zřejmě značné. Děti ze stabilních rodin, které prožily šťastný časný věk a které byly plně duševně »zdravé«, přestály vcelku tyto podmínky lépe. Charakterové vlastnosti získané v časném dětství (přes zevní nános zpustlosti) odolaly do jisté míry i nejtěžší zátěži. Rovněž děti vychovávané k samostatnosti snášely obtíže lépe. Jistá úzkost přetrvávající u všech postižených dětí může však dát podklad pro vznik neurózy v pozdějším věku. Vlastních neuróz bylo během pobytu v koncentračních táborech patrně málo, ale u citlivých jedinců propukají výrazné neurózy mnohdy po osvobození a převedení do lepších poměrů (Müller-Hegemann popisuje totéž u dospělých pacientů jako »Entlastungsreaktion«). Při dobrém výchovném vedení jsou vyhlídky postižených dětí většinou dobré, pokud můžeme soudit z dosavadních zpráv jednotlivých domovů, ale o jejich dalším charakterovém vývoji je zatím příliš málo zpráv, než aby bylo možno dospět k definitivním závěrům.

## 6. DĚTI SE ZVÝŠENOU VNÍMAVOSTÍ VŮČI DEPRIVAČNÍM VLIVŮM

Překážka, která brání dítěti v přiměřeném uspokojení jeho psychických potřeb, nemusí vézt vždy výlučně v jeho životním prostředí. Může být primárně v samém dítěti, které pro nějaký svůj smyslový, motorický nebo mentální defekt nemůže dosáhnout ukojení svých potřeb běžnou cestou ani v prostředí celkem přiměřeném (tj. přiměřeném pro zdravé dítě), nýbrž musí hledat uspokojení oklikou a užívat prostředků nezvyklých, často obtížnějších a nebezpečnějších.\*) K tomu přistupuje dodatečně ta okolnost, že prostředí takového dítěte zřídka kdy

\*) Překážka může ostatně spočívat i v tom, že samy potřeby dítěte jsou (z konstitučních příčin vrozených nebo získaných) změněné a nemohou být uspokojeny v běžných podmínkách.

bývá docela »normální« a že často obsahuje samo o sobě řadu prvků deprivacních. Opět tu pomineme mnohé jiné činitele, kteří působí na vývoj těchto dětí — především zase četné sociální konflikty — a soustředíme se výlučně na podíl, kterým k formaci osobnosti defektního dítěte může přispívat psychická deprivace. Máme za to, že těmto spojitostem nebyla ve studiích o deprivaci ani ve studiích o defektních dětech věnována dosud patričná pozornost.

## 1. PORUCHY SMYSLOVÉ

a) Extrémním případem restrikce smyslových podnětů v přirozených podmínkách jsou *děti slepé a hluché současně*. Úspěšné případy tohoto druhu byly většinou dobře popsány, takže mohou sloužit jako studijní materiál i z hlediska psychické deprivace.

Příznačným je právě známý případ Heleny Kellerové, dítěte jistě abnormálně inteligentního, které ovšem ponecháno bez výchovy a vedení — což znamenalo bez kontaktu s okolním světem — se chovalo zcela »divoce a nezkrotně«, vybíjelo své napětí v prudkých afektech, takže se stalo krajně obtížným. Právě obtížnost jejího chování byla příčinou, že se konečně dostala do bostonského slepeckého ústavu, kde začala pak její fantasticky vzestupná dráha. S pochopením signálů přicházejících z okolního světa a při systematickém rozvíjení kontaktu s druhými lidmi se děvče v překvapivě krátké době dokonale socializovalo a byly vytvořeny podmínky pro využití a rozvíjení jeho rozumových schopností, které do té doby byly sotva dotčeny.

b) Ačkoliv je mnoho starších i nových studií o vývoji *slepého* dítěte, bylo až do nedávna věnováno jen velmi málo pozornosti zásadní otázce významu absence určitého druhu smyslových podnětů pro mentální vývoj. Teprve objev vážných mentálních poruch při experimentální sensorické deprivaci vzbudil zájem o tuto otázku a osvětlil z nového hlediska některá starší pozorování, například fakt dosti časté přechodné zmatenosti u pacientů operovaných pro kataraktu. Když zdokonalení operační techniky umožnilo zkrátit dobu, po níž nutno ponechat obvazy na obou očích, na jeden den, snížil se výskyt »pooperační psychózy« ze 7 0/0 na méně než 1 0/0 (Ziskind, 1958). (Vedle sensorické restrikce působí tu zajisté i moment úzkostného očekávání a bezbrannosti.) *Leidermanni a spol.* (1958) pozorovali vizuální halucinace a časovou i místní dezorientaci u starší ženy náhle oslepnuvší — tedy poruchy podobné těm, které jsou vyvolávány experimentálně. U dětí s vrozenou nebo časně získanou slepotou nedochází sice k projevům tak drama-

tickým, zato však postižen bývá velmi hluboce celý psychický vývoj. Slepé dítě strádá nejen nedostatkem zrakových podnětů samotných, ale značným ochuzením všech smyslových podnětů vůbec, a to v míře daleko větší nežli dospělý s vyspělým intelektem a osobností. Postihne-li slepota dítě ještě ve fázi úplné závislosti na okolí a omezených schopností pohybových, je tím postavena nesmírná překážka v cestu k dosažení a spontánní volbě smyslových podnětů. Všeobecný podnětový nedostatek, jímž strádá, nevyvolává ovšem poruchy psychotického rázu jako u dospělých pacientů nebo pokusných osob, neboť předpokladem pro vznik takových abnormit je jistý vyšší stupeň psychické organizace. Následky jsou v podstatě podobné jako u deprivovaných vidomých dětí (např. ústavních) a projeví se — nejsou-li učiněna speciální výchovná opatření — vývojovým opožděním globálním nebo parciálním (zejména v motorice a řeči), některými motorickými nápadnostmi (automatismy) a zvláštnostmi chování, jakož i prodloužením období závislosti nad míru běžnou u normálních dětí. Kromě vlastní senzické deprivace spolupůsobí tu při vzniku duševních abnormit někdy i pedagogická zanedbanost a patrně častěji a závažněji i deprivace emoční, vznikající v rodině v důsledku zavrhujeícího postoje rodičů (*B. Lowenfeld, 1952*). Jindy se formuje vyvíjející se osobnost slepého dítěte pod vlivem nejrůznějších konfliktních situací v rodině i ve společnosti. Všimneme si zde stručně jen těch, které souvisejí přímo s deprivací.

Intenzivní sledování vývoje slepých dětí v útlém věku se provádělo v Chicagu (Norris, Spaulding a Brodie — cit. podle Bakwina) a ukázalo, že jisté dovednosti dostavují se u slepých dětí později, ač v pravidelném sledu. O postupu vývoje nejvíce rozhodovala příležitost k učení a cvičení (větší měrou než stupeň slepoty, inteligence, socioekonomická úroveň prostředí apod.). Za optimálních podmínek podnětného okolí, které kompenzovalo smyslový nedostatek, byl vývoj zcela příznivý. Slepé děti začínají zpravidla později mluvit nejen proto, že nemohou napodobovat mluvní pohyby odezíráním, ale i proto, že sdružování představ je při absenci nejdůležitější oblasti smyslových podnětů velmi ztíženo. Když pak začnou mluvit, mívá jejich řeč řadu zvláštností — časté jsou bezobsažné echolálie nebo užívání slov v odchýlném významu, chyby v osobních zájmenech. Snaha mluvit je nápadně zvýšena, ale řeč leckdy ulpívá jen na hře se slovy apod. Setkali jsme se s podobnými poruchami hlavně u dětí ponechávaných zřejmě bez stimulace stále na stejném místě, často v posteli (z bezpečnostních

důvodů nebo i z nevědomosti). I osobnost slepých dětí bývá nedostatečnou senzorkou a emoční stimulací poznamenána: bývají egocentricky zaměřené, bez iniciativy, často velmi sugestibilní a vcelku sociálně méně průbojné. Jejich vztahy k ostatním lidem bývají poznamenány obtížemi kontaktu a komunikace — nemožností pozorovat výraz, pohledy a reakce druhých lidí. Speciální ústavy, v nichž jsou slepé děti většinou od předškolního věku vychovávány, bývají pedagogicky velmi dobře vedené a dávají přiměřenou výchovu velké většině svých chovanců; i tu nicméně zůstává nesnáz při vytváření intimních citových vztahů jako ve všech ústavech obecně. Hůře jsou však na tom slepé děti s výrazněji sníženou inteligencí, neboť — jsou-li navíc ještě zanedbány — snadno se ocítají v azylových ústavech bez podpory pro svůj individuální vývoj.

Nedostatek kontaktu s okolním světem zrakovou cestou projeví se bezprostředně takřka u všech slepých dětí opožděným vývojem motoriky, její šablonovitostí a výrazovou chudostí. Vedle četných pohybových stereotypií (obdobných těm, jaké pozorujeme u vidomých dětí v málo podnětných ústavech nebo u chronicky nemocných dětí upoutaných na lůžko) přitahovalo pozornost zvláště dloubání prstů v očích, které r. 1947 velmi podrobně popsal okulista A. Franceschetti jako »okulodigitální fenomén«. Pozoroval uvedený fenomén u dětí s vrozenou kataraktou obou očí a domnívá se, že tlačení prstů do očí vybavuje dítě retinální fosfény a že pak tento stav úmyslně vyhledává. Akademik J. Kurz (1949) však upozorňuje, že lze tento jev pozorovat častěji u malých dětí ve slepeckých ústavech podobně jako jiné stereotypní aktivity a že se vyskytuje i u dětí se slepotou centrálního původu, ba dokonce i u dětí vidomých. Odmítá názor Franceschettiho i názor slepeckých učitelů, že jde o zlovyk navozený nečinností, a domnívá se, že okulodigitální reflex souvisí s poruchou CNS. Velmi přesvědčivé doklady podal Klaus Müller, který pozoroval systematicky 340 slepých dětí a mladistvých vždy po celý týden. Zjistil podobné nápadnosti velmi často (u 34 % všech dětí), nejvíce však v předškolním věku (tam cca 60 % dětí). Našel také okulodigitální jev častěji v kombinaci s jinými stereotypiemi a autoerotickými projevy. Soudí, že tento jev podléhá stejným zákonitostem jako ostatní psychomotorické a neurotické nápadnosti, zejména pokud jde o věkový výskyt. Nenašel také žádného vztahu k příčině slepoty, ale zato přímý vztah k nedostatečné výchovné stimulaci.

Na rozdíl od Peipera, který nachází pohybové stereotypie v ústavech častěji u dětí »tupých«, pozoroval Müller zřetelnou převahu u slepých dětí čilých, neklidných a nervózních. (Domníváme se, že »tupost«, jak ji pozoroval Peiper, je spíše jen projevem deprivace v ústavních podmínkách než známkou vrozeného mentálního defektu.) V Müllerově skupině nebylo přitom nadměrně mnoho slabomyslných (jen 5 %), takže jeho výsledky nelze připisovat na vrub mentálnímu defektu.

Z toho, co bylo uvedeno v kapitole o ústavních dětech i zde, možno

soudit, že v obou případech jde o podobné jevy, které souvisejí s psychickou deprivací — v jednom případě navozenou zcela zevními okolnostmi monotónního prostředí, v druhém pak organickými překážkami v dítěti samém, vedoucími však k téže monotónnosti v podnětovém zásobování. Tím si lze rovněž vysvětlit i pozorování, že se tyto jevy vyskytují patrně častěji u dětí slabomyslných a snad i u encefalopatů s dobrou inteligencí. Nedostatek podnětů vyššího řádu, které normálně tlumí přebytek pohybové činnosti, je tu podmíněn základními intelektovými a percepčními poruchami. Zajímavou paralelu slepeckých stereotypií nalézáme i v jevu tzv. spasmus nutans (drobné potřásání a otáčení hlavou většinou spolu s nystagmem). Byl popsán jednak jako následek nedostatečného osvětlení (Raudnitz), jednak jako příznak hospitalismu (Finkelstein) — a ukazuje tedy opět na společnou příčinu v psychické deprivaci (senzorické, emoční).

c) Vývoj *hluchého* dítěte je rovněž ovlivněn mnoha činiteli, postojí rodičů počínaje a frustracemi z nemožnosti dorozumět se konče, avšak sám nedostatek zvukových podnětů působí rozhodně nejhlouběji. Staví dítě do relativní senzorické izolace a ochuzuje jeho svět i emočně (nezná přimlouvání a zpívání matky, bohatství a barvitost tónů, zvuk smíchu a pláče atd.). Proto také emoční vývoj hluchých dětí bývá téměř vždy opožděn a málo diferencovaný. *Mendelson, Siger a Solomon* (1960) sledovali přímý vliv senzorické deprivace na utváření představového života hluchých lidí rozborem snů hluchých vysokoškolských studentů. Našli velmi časté, nápadně živé, barvité a trojdimenzionální sny připomínající živou vizuální obrazivost a halucinatorní prožitky pokusných osob při experimentální senzorické deprivaci. Předpokládají, že tato odlišnost snů hluchých osob od matných snů slyšících lidí je dána nedostatkem smyslových podnětů, které jinak potlačují snovou činnost a působí rychlé vymizení obrazů z paměti. Protože tyto vlastnosti snů hluchých osob byly nejnápadnější při vrozené hluchotě, méně výrazné při získané hluchotě do 5 let a nejméně patrné u lidí později ohluchnuvších, ukazuje se tu opět význam senzorického zásobení jedince v časných letech života.

Dramatické reakce — opět podobné jako v experimentech — bývají pozorovány někdy u větších dětí a mladistvých po ohluchnutí. *Müller-Hegemann* popisuje například schizoidní psychózu vzniklou po ohluchnutí v 17 letech. Takové poruchy bývají vysvětlovány buď přímo senzorickou deprivací, nebo spíše izolací sociálního rázu. I dítě s vrozenou hluchotou značně strádá nedostatkem styku se svým společenským oko-

lím a pak i nedokonalým uspokojením svých základních sociálních potřeb vůbec. Dalšími deprivacími činiteli bývají někdy odmítavé postoje rodičů nebo jejich lhostejnost a často i situace ústavní, z didaktického hlediska jistě výhodná, ba nezbytná, ale emočně přirozeně chudší než běžná situace rodinná. Cesta, která má hluchému dítěti přivést nezbytnou míru vnitřní jistoty, je tedy cesta omezení, rigidního lpění na určitých formách myšlení a jednání, ochuzení a primitivizace potřeb a motivů. *Levineová* (1952), která studovala osobnost hluchých dětí Rorschachovou zkouškou, vidí jádro jejich osobnosti ve vyznačené rigiditě, konstrikci a nedokonalém koncepčním i emočním vývoji.

Je jistě nápadné, že přes podstatnou rozdílnost své životní situace vykazují hluché děti a ústavní slyšící děti některé podobnosti, které — jak se domníváme — plynou právě ze společného vlivu psychické deprivace: u obojích je nápadný opožděný vývoj koncepčního myšlení (nedostatek abstraktního postoje *Goldfarb* dokazuje u dětí ústavních, *Levineová* u hluchých), opožděný emoční vývoj (primitivní a nediferencované citové reakce), sklon k nereálným a sociálně nekonformním fantaziím, nedostatek racionální kontroly, časté impulsivní a agresivní chování. Prohloubené studium podobností a rozdílů za různých situací deprivací bude moci přinést v budoucnu jistě mnoho objevného.

d) *Poruchy řeči a sdělovacího procesu* vůbec při jinak dobře zachovaných intelektových schopnostech vedou spíše ke konfliktním situacím než k deprivaci v pravém slova smyslu. Ale těžší stavy rovněž tvoří závažnou překážku ve styku dítěte s okolím a vedou víceméně k jeho izolaci. Podle našich zkušeností se například často těžší speciální defekt řečového vývoje v časném věku při jinak dobré nonverbální inteligenci (označovány porůznu jako vývojová afázie nebo idiopatická retardace řeči) v pozdějším věku vyrovná v osobnost celkově podprůměrnou, s nižší úrovní abstraktních schopností i s primitivním vývojem emočním a charakterovým.

## 2. PORUCHY MOTORICKÉ

Soudí se, že psychické poruchy pozorované dosti často u poliomyelitiků s bulbárním postižením (halucinace a bludy) jsou způsobeny spíše motorickou a senzorickou deprivací v »železných plicích« než ostatními faktory (horečkou, toxicitou, drogami, anoxií a metabolickými poruchami), které ovšem mohou připravit terén. Svědčí pro to okolnost, že lze i u zdravých lidí vyvolat pokusně podobné poruchy po umístění do tankového respirátoru (*Mendelson a Foley*, 1956), pří-

padně do těsné komory omezující pohyb (*Wulfften Palthe*, 1958 — viz níže). Podobné stavy se pozorují i u jiných pacientů imobilizovaných na lůžku. Na rozdíl od poruch jinak podmíněných (např. revmatické psychózy) mívá tu obsah živých fantazií leckdy vztah k deprivaci situaci (např. hluk respirátoru navozuje obrazy vozidel, letadel, letectvého náletu s houkáním sirén apod., ostatní okolí vyvolává obrazy krajinných scén). Poruchy bývají nejčastěji u pacientů, kteří jsou v pokoji sami, a to zejména zvečera v šeru. Mizí obyčejně rychle při přemístění do větší společné místnosti a při zvýšení společenské a senzické stimulace — ale nereagují na běžnou medikamentózní terapii. Jeden z autorů této práce se živě pamatuje na depersonalizační prožitky a živé představy hypnagogního rázu, které měl, když byl jako čtrnáctiletý chlapec umístěn na pozorování pro interní chorobu na odlehlém, šerém pokoji sám po několik dnů. Řadu podobných poruch jsme pozorovali u dětí, někdy s paranoidním zabarvením (odmítají léky, jsou přesvědčeny, že slyšely na chodbě hlas svých příbuzných). Ovšem přítomnost a spolupůsobení jiných faktorů lze někdy těžko vyloučit.

U dětí s přímým poškozením motorického aparátu (např. u rané mozkové obrny) jsme často svědky překvapivého rozvoje mentálních schopností, třeba v pozdním školním věku, od chvíle, kdy se intenzivní rehabilitací podařilo dítě »postavit na nohy« a umožnit mu samostatné opatřování podnětů z okolí, jakého se normálně dostává dítěti již ve 2. vývojovém roce.

I u dětí, jejichž hybnost není omezena organicky, ale jen zásadami léčebného režimu (u kardiaků, epileptiků apod.), je psychologickým šetřením opakovaně zjišťována frustrační symptomatologie výrazných forem a velké intenzity (*Růžičková, Švancara, Ličko, 1962*). Nutno předpokládat, že při déletrvajícím radikálním omezení pohybu může i u těchto pacientů dojít až k pohybové deprivaci s důsledky v celém vývoji osobnosti.

### 3. PORUCHY V INTEGRACI PSYCHICKÝCH FUNKCÍ

a) Zcela zvláštní kategorii mezi dětmi zvýšeně vnímavými vůči deprivacím vlivům tvoří děti s časným poškozením CNS, které má zpravidla za následek víceméně disharmonický vývoj psychických funkcí a pestrý obraz nápadností či obtíží v chování. Z našeho hlediska nutno věnovat pozornost především tzv. *lehkým dětským encefalopatiím* (*Kučera a kol., 1960*), jejichž příznaky poměrně nejsnáze ujdou pozornosti nebo jsou nesprávně interpretovány. V době, kdy v dětské

psychiatrii převládla tendence hledat původ psychických poruch ve vnějších vlivech, působí studium dětských encefalopatií jako zdravý korektiv (Heuyer, 1958). Oživuje otázku součinnosti endogenních a exogenních činitelů v normálním i patologickém psychickém vývoji a osvětluje některé spojitosti, které dosud mohly být vykládány jen velmi násilně (děti s normálním intelektem selhávající ve škole, případy »neurotických« poruch vzdorujících psychoterapii, abnormní eeg u mladistvých delinkventů aj.).

Autoři zabývající se psychickou deprivací mají přirozeně tendenci přecenit účinnost vnějších životních podmínek a pomíjet jinak velmi běžný poznatek, že totiž sám vnímající subjekt vychází svým vnitřním vybavením vstříc těmto vnějším vlivům a je vůči nim různě vnímavý či různě odolný. Naopak povaha práce v dřívějších SDÚ a dnešních našich dětských psychiatrických poradnách, kde jsou ve velkém počtu vyšetřovány děti přicházející z nejrůznějšího životního prostředí, včetně ústavů, a kde psychologické a somatické vyšetření dítěte je prováděno podrobně, diferencovaně a hlavně ve vzájemné úzké součinnosti pracovníků, zcela organicky vedla k poznání velké závažnosti jak časného poškození CNS, tak časného psychického strádání, tak konečně vzájemné konvergence těchto dvou činitelů (Langmeier-Lhoták, 1960).

Životní situace encefalopatického dítěte nese s sebou četné konfliktové možnosti, které se hromadí zvláště v některých »kritických« obdobích (např. při nástupu do školy). Tyto nápadné, často dramaticky probíhající konflikty snadno zatlačí do pozadí daleko nenápadnější, ale neméně závažnou a nebezpečnou skutečnost, že dítě již samou povahou svého defektu je dlouhodobě vystaveno psychickému strádání. Základní podmínky deprivčních poruch představují tu specifické percepční a motorické poruchy charakteristické pro lehké dětské encefalopatie (LDE). Ty určují, že si subjekt vybírá z daného prostředí i za jinak normálních vnějších podmínek jen některé podněty a jiné mu unikají, takže vnímá okolí jinak a do jisté míry ochuzeněji než subjekt normální. Tím spíše se prohlubuje toto strádání za podmínek méně příznivých. Každé dítě si v jistém smyslu spoluvytváří své prostředí a subjekt s drobným encefalopatickým poškozením má tendenci k vytvoření prostředí chudšího, omezenějšího. Tak například opoždění motorického vývoje u kojenců s LDE vede k tomu, že si dítě samo nemůže obstarat podněty v dostatečné míře po dobu značně dlouhou (než začne chodit) — podobně je tomu i u větších dětí nápadně motoricky neobratných. Snížená citlivost ke stimulaci určitého druhu má za

následek rovněž deprivaci v určité smyslové oblasti: známa je například sluchová apatie dětí s LDE, projevující se někdy přímo jako těžká nedoslýchavost a vedoucí nutně k opoždění řeči, není-li prostředí aspoň natolik individualizované, aby z pozadí nerozlišeného hluku mohlo dítě čerpat smysluplné signály. Těkavost a ulpívavost na bezvýznamných detailech, jež jsou dobře známými příznaky LDE, stupňuje se vlivem nedostatečně strukturovaného prostředí ústavu nebo zanedbávající rodiny a dosahuje někdy až bizarních forem.

Jako příklad uvádíme chlapce Z. M., který brzy po obtížném klešťovém porodu (s alterací ozev) přišel do kojeneckého ústavu, pak do dětského domova, odkud byl ve 3 letech přijat ve špatném stavu do rodiny (nechodil, nemluvil, nepolykal tuhou potravu). Doma bylo dítě hrubě zanedbáváno, zavíráno na dlouhé hodiny do chlívků a do sklepa, často i surově bito. V 7 letech při vstupu do školy se jeho chování zcela vymyká snesitelnému průměru: chlapec je agresivní a destruktivní, velmi infantilní, každému bez rozlišení tyká, někdy nápadně mazlivý, jindy každého ohrožuje a kouše, je nečistý a nemá základní návyky. Nápadný je jeho neklid a těkavost, všímá si detailů v okolí, které dospělí nepozorují, takže to dělá až dojem halucinací, má zvláštní řeč se stereotypními výrazy. Po odchodu otce z rodiny se stav chlapce poněkud upravil, je patrně uklidněn, těkavost se zmírnila, chování je podrobnější a rozumový vývoj lehce pokročil, je však stále v pásmu hraničícím s debilitou.

U školáků s vývojovou dyslexií podmíněnou primárně percepčními poruchami na bázi LDE vidíme často nezáměr o čtení, přičemž dítě volí náhradou jiné činnosti, například recitování, manuální činnosti. Výsledek pak připomíná prostou výukovou zanedbanost, dokud při reedukaci nenarazíme na základní poruchu. Stejně jako je tomu u slepých nebo hluchých dětí, i děti encefalopatické svým stavem a zvláště svým obtížným chováním (neklidem, impulsivitou, afektivní vznětlivostí) vyvolávají u svých vychovatelů nepříznivé, zavrhuující postoje, a připravují si tak samy situaci emoční deprivace.

I svalová hypotonie encefalopatů je v podmínkách nedostatečné stimulace smyslové i emoční často nápadně zdůrazněna. Pozorovali jsme to v těžkém klinickém obrazu dítěte A. H. svobodné matky, která je ponechávala bez ošetření celé hodiny. Ve 3 letech dítě nechodilo ani s oporou a bylo tak apatické a pasívní (jen se stále usmívalo), že je nebylo možno vůbec testovat. Povšechná svalová hypotonie byla velmi těžká, podezření na myatonii congenita vyloučeno histologickým nálezem ze svalové excize. V individuální péči nemocnice, kde se dítě stalo »miláčkem« oddělení, motorický a psychický vývoj překvapivě pokročil — dítě brzy začalo chodit, mluvit, stalo se čilým, přítulným a veselým. Jeho intelektový vývoj však nepřekročil ani v 7 letech úroveň slaboduchosti. Neurolog v té době zjišťuje reziduální stav hypotonické formy rané dětské mozkové obrny.

Zvýšená paroxysmální pohotovost dítěte s LDE může se stát rovněž

nápadnou pod deprivacími vlivy vedoucími k opožděné maturaci, k nedostatečnému aktivnímu útlumu, k přetrvávání generalizovaných reakcí a stereotypních automatismů namísto vyvinutých forem volných reakcí. V takovýchto případech kývavé a jiné automatismy podněcené deprivací mohou se stát velmi tvrdšími vůči veškeré terapii, jak jsme to pozorovali u 10letého dítěte adoptovaného před 5 lety z dětského domova, u něhož jactatio capitis nocturna při eeg s paroxysmálními projevy přetrvávalo léta a nedalo se zvládnout ani běžnými sedativy a ataraktiky, avšak značně ustoupilo po Sodantonu. I když, jak jsme vyložili, primární příčinu těchto poruch můžeme hledat v organickém a snad přímo lokalizovatelném poškození CNS, přece jen jeho zvýšená zranitelnost a citlivost vůči deprivacím momentům nesmí být přehlédnuta.

Ještě jednu okolnost nutno však připomenout. Encefalopatické dítě, jehož vývoj postupuje často nerovnoměrně a opožděně, jehož nápadné projevy působí rušivě v celém prostředí a jehož výchova vyžaduje nadměrného úsilí a často i velkého sebezapření, rodina samozřejmě snáze předává do ústavní péče než dítě, které prospívá normálně a poskytuje rodičům plné uspokojení. Setkáváme se proto již v batolecích ústavech s encefalopatickými dětmi častěji, než odpovídá jejich pravděpodobnému zastoupení v celkové dětské populaci. Ve věku předškolním a pak zvláště po nástupu dítěte do školy přistupuje k běžné sociální motivaci ústavního umístění i motivace výchovná: rodiče »si nevědí s výchovou dítěte rady«, nebo se škola domáhá odstranění takového »rušivého« dítěte z normálního kolektivu a umístění v kolektivu ústavním, což je zajisté jen velmi problematickou pomocí. Poněvadž primární jsou zde obtíže v chování na organickém podkladě a obtíže výchovné teprve sekundární, zůstává i v dětském domově encefalopatické dítě cizím, rušivým elementem, je vystaveno dále nepochopení a ústrkům, a co horšího, i velmi častým přesunům z ústavu do ústavu, až končí v domově se zvýšenou výchovnou péčí (DZVP).

Jako typický příklad, který současně slouží jako ukázka kombinace deprivací a encefalopatické symptomatologie, uvádíme případ chlapce K. V. Narodil se jako pohrobek z dvojčat, porodní váha 1850 g. O jeho nejranějším dětství je málo zpráv, motorický vývoj byl včasný, mluvit začal až po 30. měsíci. V 18. měsíci přišel do dětského domova, kde pobyl 4 roky, pak se matka znovu provdala a chlapce vzala k sobě. Chlapec však svým neklidem a nepředvídanými kousky působil těžké obtíže, nový otec ho nesnášel a krutě trestal — po roce přišel tedy znovu do ústavní péče. Při vyšetření v 6 letech a 7 měsících se jeví jako typický školsky nezralý »ústavník«, s enurézou (ba i enkoprézou), bez zájmu o učení, hravý,

citově nikde neupoutaný. Vykazuje i řadu znaků LDE: tupozrakost se silným strabismem, povšechná hyperreflexie, nápadná motorická neobratnost, nápadné selhání v názorových psychologických zkouškách a zcela primitivní kresebné projevy v rozporu s dobrou úrovní projevů verbálních. Škola i ústav jej pokládají za slabomyšlného a domáhají se, aby byl převeden do zvláštní školy. Opakoval třídu. Stížnosti se stupňují — je neklidný, impulsivní, těžce ruší vyučování, válí se pod lavicí, knihy ztratil, toulá se atd. Přešel do záchytného domova, odtud na krátký čas do jiného dětského domova. Podezření na LDE je potvrzováno novým nálezem somatickým i psychologickým — přitom se jeví jako ostřílený »ústavník«, který se již naučil vyhýbat se nepříjemnostem. V 10 letech přechází do dalšího ústavu, kde teprve při velmi dobrém vedení vymizela enuréza, konečně se objevil zájem o školu, byly vypracovány hygienické a sociální návyky. Podařilo se tedy odstranit některé následky ústavní deprivace, nepodařilo se však odstranit jeho obtížný psychomotorický neklid, impulsivitu, typickou encefalopatickou »vázanost na podněty« — stejně tak trvá nadále nerovnoměrnost v obraze psychických funkcí. Chlapec přešel znovu do záchytného a odtamtud do dalšího, v pořadí již osmého (!) ústavu. Vzestupná výchovná linie zůstala však již zachována a s celkovým vyspíváním ubývá i obtíží encefalopatického rázu. Ve škole je někdy »přímo vzorným žákem« a odchází do učebního poměru ze 7. třídy (po prodloužení školní docházky).

X Na podkladě dosavadních zkušeností máme za to, že mnohé děti s LDE by se ani nestaly nápadnými, kdyby nebylo deprivací životní situace (jako se jindy mohou stát nápadnými po exhausci či infekci). A naopak soudíme, že deprivací situace mírného stupně, kterou by zdravé dítě přestalo bez úrazu, představuje pro encefalopata značnou zátěž.

Tak například v naší skupině 163 chlapců z DZVP v letech 1960 až 1961 bylo ve 30 případech (tj. skoro 20 %) pediatrem na podkladě důkladného vyšetření vysloveno vážné podezření na lehkou dětskou encefalopatii. Jako skupina vyznačovali se tito chlapci některými charakteristickými rysy, které je odlišovaly od skupin ostatních. Byla patrna větší tendence ke střídání ústavů (57 % jich prošlo nejméně dvěma ústavu před vstupem do DZVP) a k opakování třídy (70 %) — pocházeli častěji z dobrých rodin (47 %) a jejich sourozenci byli častěji hodnoceni jako »bez obtíží a nápadností« (43 % proti 24 % v celé skupině). Důvodem umístění v DZVP byla na prvním místě »nekázeň«, jež zahrnuje i neklid a vyrušování ve škole, teprve na druhém místě stojí krádeže, pak toulky a další přestupky. Pokud jde o jejich nynější chování v DZVP, jsou nejčastěji charakterizováni jako zbrklí, nestálí, impulsivní, na druhém místě jako drzí opozičníci, na třetím místě stojí nápadné výkyvy v zájmu o práci a v chování vůbec.

XX Je pravděpodobné, že encefalopatie je podkladem výchovných obtíží

i formace onoho typu chování, který přivádí některé děti s časnou ústavní historií do zařízení nápravné výchovy. Spolehlivé důkazy tu ovšem nelze dobře získat, neboť anamnestické údaje, které mají pro diagnostiku lehkých encefalopatií prvořadou důležitost, bývají právě v těchto případech jen velmi kusé.

Kombinace LDE s deprivací představuje tedy pro dítě velmi vážné nebezpečí — navíc pak z důvodů, jež jsme uvedli, možno soudit, že tato konvergence není nikterak řídká. Na tomto příkladu také velmi dobře vidíme, jak se nelze spokojit s nalezením jedné »příčiny« poruchy, ale jak je nutná vždy kompletní mnohostranná diagnostická studie, která by přispěla k nalezení slabých bodů v psychické výbavě dítěte ohroženého strádáním smyslovým, emočním i sociálním a současně k nalezení zbývajících potencií i k formulaci terapeutického a výchovného plánu.

b) *Děti oligofrenické* (s encefalopatickými projevy nebo i bez nich) jsou deprivací rovněž poměrně často ohrožovány, a to především opět častějším odmítavým postojem rodičů, kteří po počátečním období, kdy úzkostlivě hledali pomoc na všech stranách, leckdy zatrpknou a dále dítě zanedbávají nebo je až s příliš lehkou myslí svěřují nemocnici nebo ústavu. Vhodný ústav může být pro debilní či lehce imbecilní dítě mnohdy přínosem, neboť se mu tam dostává specializované výuky, jinak těžko dostupné. I v takovém případě postrádá ovšem dítě užších citových vztahů k rodině, emoční opory a vedení i normálních příležitostí k nabývání sociálních zkušeností.

Ukázal to velmi dobře A. Beley a G. Netchine (1958) v práci o vývoji debilních dětí v přeplněném dětském oddělení, přidruženém k psychiatrické léčebně poblíž Paříže. V tomto velkém ústavě děti neměly příležitost najít aspoň trochu náhrady za rodiče, jejich život byl monotónní, spoutaný byrokratickými pravidly. Autoři sledovali pečlivě den po dni po 3 měsíce přímým pozorováním i za pomoci Zazzova testu »Le Bestiaire« vývoj 6 hochů (IQ 55—70), kteří přišli z rozvrácených rodin. Ukazují, jak se jejich chování, zprvu neklidné, narušené rodinnými konflikty, agresivní a někdy i antisociální, v ústavě postupně »normalizuje«. Tento konformismus, hodnocený kladně vychovateli, je však sotva šťastným řešením pro dítě. Znamená totiž pasivní podřízení pravidlům konvenční poslušnosti a přizpůsobení omezené společenské struktury bez vztahu k vnější společnosti a ke skutečnému životu. Zatímco chlapi v kontrolní skupině (žijící v rodinách a docházející do zvláštní školy) vyjadřují volně své konflikty rodinné a projevují agresivitu ve frustračních situacích, chovanci ústavu naopak zapomínají na tyto konflikty, aniž je rozřešili. Ztrácejí postupně všechnu sociální perspektivu, ztrácejí představu o diferenciaci společenských rolí a o stupnici sociálních hodnot.

**L e h k á o l i g o f r e n i e** je poměrně velmi častou komplikací čas-

210  
X  
ného poškození CNS a bývá provázena motorickou neobratností, smyslovými vadami a defekty řeči. Navíc pak pocházejí tyto děti častěji z horších socioekonomických poměrů a stabilita rodin a výchovné podmínky bývají tu často problematické. Svědčí o tom i naše zjištění, že z žáků zvláštních internátních škol ve Středočeském kraji v letech 1961 a 1962 jich 47 % přišlo z rodin hodnocených sociální službou vysloveně negativně, 31 % přišlo z dobrých rodin a 22 % dětí přišla již z předškolních dětských domovů (tedy v podstatě opět z problematických rodin). Deprivační činitele se tu většinou různě kombinují a specifické působení každého z nich nelze pak již ve výsledném komplexu vývojových poruch a obtíží spolehlivě rozlišit. Zvláštní školy internátní na dnešním stupni svého vývoje soustřeďují tedy podle našich zkušeností děti postižené psychickou deprivací v největší rozmanitosti forem i výraznosti příznaků. Z hlediska studijního jsou tedy zvlášť vhodným polem působnosti — z týchž důvodů jsou však z hlediska pedagogického a didaktického místem mimořádných nároků. Nutno jim proto věnovat velkou pozornost i účinnou pomoc.

Děti s těžkým mentálním opožděním (v úrovni imbecility a idiotie) bývají vyjímány z obsáhlého seznamu těch, které jsou potenciálně ohroženy psychickým strádáním v ústavních podmínkách (*Bakwin, 1960*). Předpokládá se, že dítě, které sotva vnímá své okolí, vývojově postupuje velmi zdlouhavě nebo vůbec stagnuje, sotva může v celkové chudobě svého psychického dění daného mentálním defektem trpět ještě dalším ochuzením podnětového pole. Avšak praktická zkušenost nás vede k jisté korekci tohoto předpokladu. Viděli jsme, jak již od 2 měsíců dovedou některé děti výrazně reagovat na změnu životního prostředí (*Nitschke, Damborská*) a od 7. měsíce pozorujeme již celou řadu reakcí na sociální deprivační podmínky (*Schaffer*). Lze tedy stejně dobře předpokládat, že dítě, které vývojově postoupí na úroveň mladšího či středního kojeneckého věku, je nejen vnímavé vůči deprivačním vlivům, ale že se i účinek těchto vlivů prohlubuje úměrně době, po kterou na těchto nízkých vývojových stadiích setrvává. K tomu přistupují další podmínky psychického strádání: mentálně defektní dítě je spíš vystaveno zanedbávání a někdy i zavrhování v rodinném prostředí, snaha po jeho ústavním umístění je pochopitelně mimořádně silná.

X Je pravda, že v případech nejtěžších nelze již diagnosticky zachytit eventuelní podíl deprivace v tragicky nízké mentální výkonnosti dí-

těte, avšak již u lehčích idiotií a imbecilit se nezdědka setkáváme s případy, které se v zanedbávajícím rodinném prostředí jeví jako beznadějní »postýlkáři« a které při obětavé péči v dobrém ústavu se překvapivě rychle postavily, oživily, začaly aktivně vyhledávat podněty. Naopak se setkáváme s případy, které při dobrém vedení v rodině byly pozoruhodně nacvičeny v sebeobsluze a ostatních užitečných činnostech, dovedly zacházet s různým materiálem a jejich slovník byl pozoruhodně bohatý, které však po příchodu do špatného ústavu během roku k nepoznání upadly, zapomněly řeč a staly se i sociálně závislými na ošetřování a pomoci vychovatelů. Fakt, že dřívější nácvik hygienických a sociálních návyků byl úspěšný a že se rozvíjela řeč, ukazuje, že se tu vydatnou měrou uplatnili činitelé emocionální povahy. V praxi, kde máme příležitost vyšetřovat tzv. nevzdělavatelné děti z rozsáhlé spádové oblasti před umístěním v ústavu a kontrolovat jejich vývoj za pobytu tam, sledujeme až překvapivou závislost vývojového postupu a zvláště »socializace« těchto defektních dětí na stimulační hodnotě výchovného prostředí. Děti téže mentální úrovně v témž ústavu, ale ve dvou různých odděleních a pod vedením různých vychovatelek poskytují někdy diametrálně rozdílný obraz.

Lze zajisté namítnout, že vzhledem k závažnosti defektu a málo nadějně prognóze mají i tato konstatování malý praktický význam. Naproti tomu se však domníváme, že právě tyto okolnosti hodnotu každého vývojového pokroku znásobují. Čím samostatnější je takové dítě, tím méně pracovních sil váže, a čím je konečně i samo schopnější nějakého (byť minimálního) pracovního uplatnění, tím více ubývá faktických nákladů, času a hlavně vyčerpávajícího nervového napětí pro všechny účastněné.

K názoru, že i středně či těžce mentálně defektní dítě může značně trpět psychickou deprivací, dospívá v poslední době řada kliniků. M. J. Farrell (1956) zdůrazňuje nepříznivé následky příliš časného umístění těchto dětí v ústavech, Deisher (1957) ukazuje, že i mongoloidní dítě má jistý potenciál, kterého je lépe využito, jsou-li jeho potřeby v prvních letech života přiměřeně uspokojeny (a je známo, že právě mongoloidní dítě má značnou potřebu citového příklonu). S. A. Centerwall a W. R. Centerwall (1960) to pak dokládají srovnávací studií 32 mongoloidních dětí umístěných v novorozeneckém období do ústavu a 32 dětí vychovávaných nejprve v rodině a umístěných do ústavu až po 2 a půlroce. V pozdějším věku obě skupiny (jinak velmi podobné) byly vychovávány v témž ústavu. Děti vychovávané nejprve doma předčily v průměru významně děti od narození hospitalizované ve všech ukazatelích: ve vzrůstu, výživě, motorickém vývoji, v průměrném IQ i SQ (kvocient sociálního vývoje). Rozdíl byl i prakticky významný, neboť zatímco děti časně hospitalizované většinou poklesly na úroveň sotva vychovatel-

ných idiotů, udržely se děti druhé skupiny na úrovni imbecelity, se schopností jistého výcviku.

Je tedy zřejmé, že součinnost konstituční inertnosti slabomyslných dětí s inertním prostředím je katastrofou, jejímž výsledkem je trvalá ústavní dráha v azylu a nikoli příprava na relativně samostatnou či aspoň pomocnou společenskou úlohu přiměřenou jeho omezené intelektové kapacitě.

## 7. SPOLEČENSKÝ VÝVOJ A DEPRIVACE

Psychická deprivace není jen problémem individuálních rodin a ústavů, nýbrž souvisí zřejmě s vývojem celé společnosti, s jejím stavem hospodářským a kulturním, především pak s výchovnými normami a postoji v ní právě platnými.

Tyto vztahy jsou zajisté velmi složité, nabývají v různých kulturách různých forem a navíc se mění s dějinným vývojem každé jednotlivé kultury. Důkladný rozbor těchto vztahů by nesporně mohl v mnohém osvětlit a snad i opravit některé dosavadní závěry. Jde ovšem o práci tak rozsáhlou, že se vymyká našim možnostem. Pokusíme se proto naznačit aspoň některé spojitosti, pokud se úzce dotýkají našeho tématu a našich společenských poměrů.

S vývojem společnosti stále více ubývá strádání hladem, podvýživou absolutní i relativní, zimou, epidemiemi apod., které nesporně nepříznivě ovlivňovaly vývoj minulých generací a dosud silně působí na vývoj dítěte v mnohých málo vyvinutých zemích. Někteří autoři (např. Spitz) však zdůrazňují, že přes špatné hospodářské podmínky byly a jsou v primitivních společnostech psychické potřeby dítěte uspokojeny často lépe než v naší pokročilé společnosti. Poukazují na zjištění psychologizujících antropologů a etnologů (Meadová, Benedictová, Malinowski, Erikson aj.) o výchově v primitivních společnostech: dlouhé kojení, jehož intervaly jsou určovány zcela podle potřeb dítěte, je takřka všeobecné, stejně jako chování a kolébání dítěte v kolébkách a »konuškách«; styk matky s dítětem je takřka ustavičný, matky nosí své dítě velmi často i při práci a leckdy ani oděv nepřekáží vzájemným tělesným dotykům; učení tělesné čistotě není vynucováno a přizpůsobování kulturním zvyklostem je pomalé.

Tento obraz je zčásti správný. Instinktivní nebo spíše tradiční formy chování rozvíjejí se tu ve prospěch intenzivního emočního styku matky s kojencem. Vidět však v této skutečnosti jen samé klady, bylo by jistě přehnané. Fyzické strádání vytváří vždy současně podmínky pro psy-

chickou deprivaci a hospodářské podmínky ovlivňují uspokojování primitivních psychických potřeb více, než většina autorů připouští. Kromě toho nebývají ani postoje matek v těchto kulturách vždy tak bezvýhradně kladné a stimulující, jak se předpokládá. Sám život dítěte se většinou mnohem méně cení. Očekává se ostatně, že slabé a nemocné děti nepřežijí. Výchova je tedy spojena s menší úzkostností, ale také s menší ochranou než v naší dnešní kultuře. Zabíjení nevítaných novorozenců a kojenců bývalo za některých epoch a v některých zemích běžným zjevem, moc rodičů nad dítětem byla většinou absolutní a kontrola společnosti nad rodiči a nad jejich výchovou prakticky neexistovala — dítě nemělo žádných práv. Ve starém Římě mocí své »patria potestas« mohl otec prodat dítě (i dospělé) do otroctví, nechat je mučit, zabít atd. Využívání dětí výdělečnou prací bylo běžným zjevem ještě v minulém století a máme i případy, kdy dítě bylo úmyslně zmrzačeno, aby bylo pro rodiče »výnosnější«. Kruté bití bylo v mnohých zemích obvyklou výchovnou metodou. Za těchto podmínek byl vývoj osobnosti dítěte zajisté významně ovlivněn právě nedostatkem v uspokojení některých základních afektivních potřeb (potřeby opory a jistoty, něžnosti a porozumění, pochvaly a ujištění).

Snad pro většinu primitivních společností je typické, že výchova kojence je velmi shovívavá a emočně kladná, avšak náhle — v souvislosti s odstavením — se změní v tvrdé a někdy i kruté přizpůsobování normám dospělých. Tak například u jihoafrického kmene Zulu dochází k náhlému odstavení dítěte kolem 18 až 24 měsíců, a to v den, který matka (event. babička) předem přesně stanoví. Odstavení je provázeno výraznou hostilitou matky. *Albino a Thompson* (1956), kteří tuto situaci podrobně studovali, ukazují, že dítě je tímto chováním matky silně rozrušeno a že reaguje buď apatií a depresí, nebo vzrušením (kňouráním a zlostností). S podobnými reakcemi se setkáváme i u dětí separovaných náhle od matky v našich poměrech, takže lze spolu s autory právem usuzovat, že jde o základní reakce separační (nápadnosti v chování nemohou být vysvětleny poruchou výživy). Postupně během několika týdnů se dítě v této situaci adaptuje řadou pokusů získat zpět svou původní pozici, anebo žít dál bez podpory matky. Mění svůj vztah k matce a k okolí vůbec, ztrácí svou dosavadní velkou závislost a rychle »společensky« vyspívá. Deprivace může tedy působit v takovýchto případech nejprve dezorganizujícím vlivem, později naopak stimulačně na rozvoj celé osobnosti. — Jiným příkladem takové náhlé deprivace ukládané obyčejně kolem 2 až 3 let je vynucování naprosté

poslušnosti, jakmile dítě začne rozumět řeči, příkazům a zákazům. Tehdy začíná bití pro neposlušnost a vzdorovitost a mění se i celý afektivní postoj k dítěti. Tak podle zprávy Roberta H. Lowie (cit. podle Elmerové) začínalo kolem věku 2 let mrskání francouzského prince v XVII. stol. proto, aby z něho vyrostl »lepší člověk«. Podobně u Židů na Ukrajině a v Polsku docházelo (R. Benedictová, 1949) k takovému



Trvalý kontakt matky a dítěte, jak jej nacházíme dosud v některých kulturách. Matky kmene Mundé v západní Brazílii. (Laskavostí Cl. Lévi-Strausse, profesora sociální antropologie na Collège de France, Paříž)

zvratu ve výchově zpravidla kolem 3 až 4 let, kdy teplo domova bylo vystřídáno přísností hebrejské školy, bitím, tvrdými lavicemi, nucenou dlouhou nehybností atd. Zdá se tedy, že deprivace prožitky ve výchovných systémech mnohých kultur (a zčásti ještě i v naší dnešní kultuře) spadají často právě do období na deprivaci nejcitlivějšího, tj. kolem 2 až 3 let.

Přes jisté podobnosti jsou ovšem mezi jednotlivými národy, kmeny, oblastmi i generacemi hluboké a zásadní rozdíly ve výchově dětí, v tradicích, hodnotách a postojích, které mezi jiným určují, jaká forma deprivace a v kterém období nejvíce ohrožuje vývoj dítěte. Nezáleží

přítom tolik na praktikách běžných v jisté společnosti (například na samotné délce kojení, zavíjení do peřinek, na době a technice vedení k tělesné čistotě apod.), ale spíše na tom, jaké jsou postoje a vztahy vychovatele k dítěti a jaké jsou formy vzájemného styku a sdělovacích projevů. Tak například zavíjení dítěte do peřinek a pevné utahování povijanem, běžné dlouho v mnohých evropských zemích



Těsný kontakt s matkou přesahuje často kojenecký věk dítěte. (Foto Mlle Dominique Darbois, Neuilly-sur-Seine, Francie. Otištěno s laskavým svolením autorky.)

(i u nás), může mít velmi různý vliv na vývoj dítěte podle motivace tohoto opatření a podle celkového přístupu (Benedictová, 1949). V některých krajích omezovalo jen pohyb dítěte, ale nikoliv jeho smyslové, sociální a emoční dojmy a bylo motivováno ohledem k dítěti, aby si svou prudkostí neublížilo (Rusko), jinde je pojato jako první krok k »otuzování« a navykání obtížím (Polsko), jinde má bránit masturbaci a smyslové libosti (Rumunsko), nebo naopak dát pocit tepla a útulnosti »domova« (Židé). Tak je v různých kulturách a dobách obměňována výchovná praxe, aby odpovídala převládajícím hodnotám a ideálům, a podle toho dochází i k přednostnímu uspokojování některých potřeb a k zanedbávání jiných v různých stadiích vývoje osobnosti, což se zajisté nějakým způsobem musí promítnout v charakterovém vývoji a duševním zdraví dospělých generací.

Abychom si z tohoto hlediska poněkud ujasnili změny výchovných

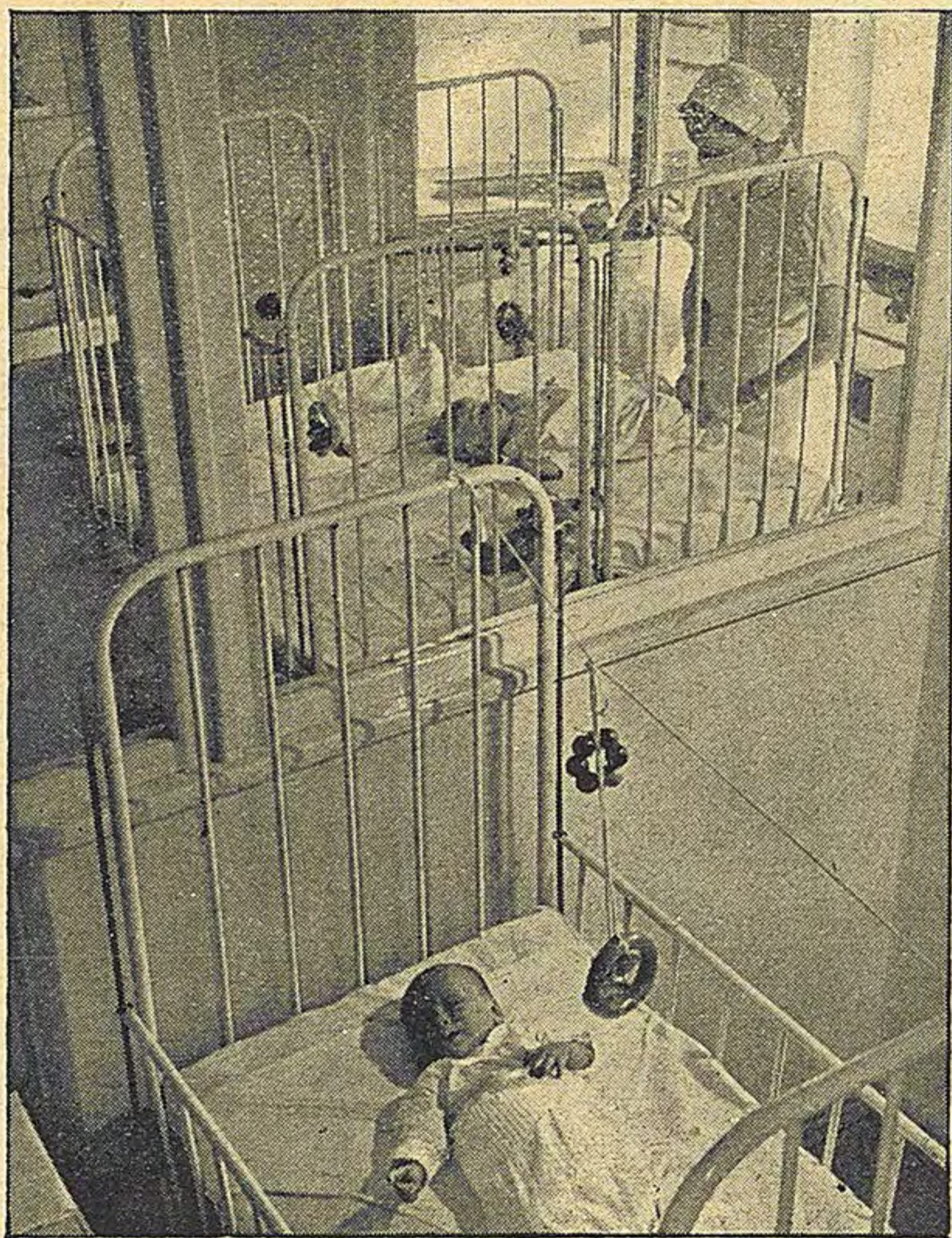
podmínek v naší společnosti, rozebrali jsme názory na výchovu dětí, jak se odrážejí v populárně naučné literatuře za posledních 100 let (v období 1850 až 1960). Rozborem 30 reprezentativních spisů dospěli jsme k rozčlenění do *čtyř období*, v nichž se uplatňuje dosti konzistentně převaha určitých hledisek, výchovných cílů a postojů a odtud i určitých výchovných praktik.

**P r v é o b d o b í** (asi do konce minulého století) do značné míry kodifikuje ony postoje, které jsme si uvedli jako charakteristické pro tradiční formy výchovy: vědomé »vychovávání« ve smyslu ukázněvání dítěte začíná až asi od 2 let, avšak způsobem velmi autoritativním a striktním. Matka musí od dítěte vyžadovat naprostou a slepou poslušnost, má je »spravovat mocnou rukou«. Nejútlejší věk je však z toho vyňat a ponechán zcela instinktivnímu vedení a tradicím — kojencům je třeba povolovat ve všem a plnit naprosto všechny jejich potřeby.

**D r u h é o b d o b í** (prvá dvě desetiletí tohoto století) přináší značné uvolnění patriarchální struktury rodiny a tím i liberálnější hlediska ve výchově. Uvolňuje se autoritativní tlak na dítě, odmítá se násilí ve výchově a začíná se bojovat proti předsudkům ve výchově nejmenších dětí.

**V e t ř e t í m o b d o b í** (druhá čtvrtina tohoto století) je zájem už typicky přesunut na výchovu v nejútlejším věku, »od peřinky«, ba »od první hodiny života«. Přitom výchova nejmenších dětí je zcela ovládána čistě hygienickými hledisky, racionální účelovostí z hlediska zdravotnického a z hlediska mechanistické psychologie. Kojence je nutno ošetřovat tak, aby se vytvořily co nejrychleji ty návyky, které si dospělý přeje, a aby se zabránilo zlovykům. Takový nebezpečný zlovyk se spatřuje v tom, že se dítě křikem domáhá splnění svých přání, že se chce chovat a že se dožaduje pozornosti dospělých atd. Aby se tomu zabránilo, musí matka naprosto ignorovat křik dítěte a nesmí povolit. Sama je nikdy nechová a nedovolí nikomu, aby se ho dotýkal a hladil je. Neuspává je houpáním ani mu nedovoluje brát si hračky do postýlky — nikdy si s ním nemá zbytečně hrát. Krmení a všechny ostatní praktiky musí se dít přesně podle hodin. Tam, kde tato výchova bude v útlém věku důsledná a neústupná, bude trestání později zcela zbytečné. Vidíme tedy v tomto období skutečné přehodnocení výchovných hodnot s přesunem deprivčních momentů do období nejútlejšího a s uvolněním ve věku pozdějším. Sdělovací prostředky, které má dítě k dispozici (křik, neklid), má matka úmyslně přehlí-

žet, a na druhé straně sdělovací prostředky, které každá matka bez učení zná a které jsou dítěti srozumitelné (laskání, hlazení, pochování, houpání, zpívání apod.), mají být rovněž vědomě tlumeny. Mnohokrát je matka varována, aby nepovolila své pudové potřebě po styku s dítětem a ponechala je co nejvíce o samotě.



Opatření kojence v našich podmínkách. (Foto L. Sitenský)

Teprve v posledním období (zhruba od r. 1950) nastává u nás jistý obrat. Proti tvrdé důslednosti a mechanické pravidelnosti zdůrazňuje se něžnost, shovívavost a pozorná stimulace. »Mateřská láska a její mazlivé projevy jsou pro správný duševní vývoj dítěte zrovna tak nezbytné jako správná výživa a hygienická péče pro vývoj tělesný.« (Teyschl, 1950.)

Názory třetího období zajisté podporovaly rozvoj deprivčních situací ve výchově dětí útlého věku, neboť vitální psychologické potřeby dítěte měly být do značné míry jakožto »nerozumné« vedomě ignorovány a omezovány. Rozvoj ústavní výchovy spadá u nás právě do tohoto období a opírá se o přesvědčení, že ústav může „racionální“ výchovu zabezpečit lépe než rodina — takže pak někteří rodiče, svěřující své dítě ústavu z důvodů ne právě přesvědčivých, ulevují svému svědomí poukazem na přesvědčení (podporované leckdy prostředky zdravotnické propagandy), že je mu v odborné péči lépe než doma. Na druhé straně ve srovnání s prvním obdobím se deprivace pozdějšího dětství značně omezila. Dítě je mnohem volnější a má více příležitosti ke hře a k volnému projevu. Otráží se to patrně i v charakterovém vývoji a ve stavu duševního zdraví dětí i dospělých: v úbytku hysterických poruch (typických pro reakce na deprivaci v pozdějším věku) a v přírůstku tzv. kortikoviscerálních poruch (což souvisí s tendencí k somatizaci v útlém věku).

Přitom nutno počítat ještě s tím, že vývoj výchovných postojů a názorů různě rychle a v různé intenzitě zasahuje jednotlivé vrstvy obyvatelstva, takže komplikovaný obraz výchovné ideologie dostáváme nejen v podélném, »časovém« pohledu, ale i v příčném průhledu společností. Tak zajisté v určitých vrstvách naší společnosti převažuje dosud onen tradiční, instinktivní přístup k dítěti, zatímco výchovnými názory onoho třetího, nedávno prošlého období jsou nejvíce dotčeny rodiny, jež jsou nejvíce přístupny populárně vědecké literatuře. Některé menší etnické skupiny (např. cikáni) udržují si navíc zcela osobité vychovatelské praktiky.

Vcelku možno konstatovat, že tyto tendence ve vývoji výchovných postojů jsou u nás podobné jako v jiných zemích naší civilizace a souvisejí zřejmě s vývojem společnosti, techniky i medicíny a psychologie. Reakce proti příliš zmechanizovanému, citově ochuzenému a strojově účelovému ošetřování dětí a tendence k většímu respektu pro jejich psychologické potřeby však snadno zacházejí do extrému. Vyskytuje se názor, že je třeba zbavit dítě vší deprivace i všech frustrací, které vedou k zlobným afektům a k agresi, eventuálně k úzkostem a depresím — uspokojení všech potřeb a přání dítěte zajišťuje naopak pocit bezpečí a jistoty. Ošetřování dítěte a výchova se pak stávají zcela volnými, neřízenými, permissivními — dítě samo si má regulovat příjem potravy, má si určovat postup ve vývoji kontroly vyměšování atd. Řada studií pak dokazovala, že děti vychovávané podle této koncepce

se vyvíjejí duševně zdravěji a charakterově příznivěji. A. R. Holwayová (1949) například ze své studie o volné hře dětí dochází k názoru, že čím méně deprivace je v časném životě dítěte, tím má lepší schopnost čelit v pozdějším životě realisticky životním situacím.

Současně se však začaly objevovat i obtíže. Spitz upozornil na to, že děti vychovávané volným autoregulačním režimem (»selfdemand«) vykazují za jistých podmínek konstitučních (hypertonické děti) častěji záživací obtíže (»kolika tří měsíců«). Zdůrazňuje, že zbavit dítě v 1. roce života všech afektů nelibosti je stejně škodlivé jako zbavit je všech libostí. Michaux a Flavigny (1958) poukázali na zhoubné následky, k nimž vede úplná volnost bez kázně a omezení. Děti vychovávané s nedostatkem autority vykazují řadu poruch v chování z hlediska pedagogického (neukázněnost, hrubost) i psychiatrického (instabilita, hostilita a agresivita, zčásti i delinkvence). Nedostatek autority a určitého řádu a pravidelnosti rozrušuje stejně jako její přebytek, neboť zbavuje dítě jistoty a bezpečí. Hodnotu autority a kázně dovedli ocenit všichni velcí vychovatelé všech dob — jmenujme jen Komenského a Makarenka, kteří v různých dobách tak správně zdůrazňovali nejen nutnost autority, ale uvedli i předpoklady jejího správného používání i možnosti jejího zneužívání. Zdá se tedy, že určitá relativní deprivace je nezbytná pro reálné přizpůsobování dítěte okolnímu světu a společnosti, ba že rozložení a »dávkování« deprivacích prožitků a frustrací v určitých vývojových obdobích (což se navenek projevuje v tzv. »vývojových krizích«) je i nutnou součástí výchovných systémů, jimiž se společnost snaží vychovat dítě v člověka nadaného vlastnostmi, postoji a snahami pro danou společnost hodnotnými. Tyto složité otázky, které zdaleka nemohou být dosud uzavřeny, lze poměrně dobře studovat v primitivních kulturách (viz příklad kmene Zulu) nebo v uzavřených společnostech, jakou je například izraelský kibuc, avšak velmi obtížně v rozvinuté a složité situaci naší. Vede-li tedy deprivace v jistém vývojovém období a za jistých podmínek k užitečnému sociálnímu a kulturnímu přizpůsobení, je jisto, že deprivace nadměrná, předčasná a nekontrolovaná rozrušuje chování dítěte a zdravý vývoj jeho osobnosti. O tyto případy ovšem jde klinickým pracovníkům především, takže z pochopitelných důvodů zdůrazňují častěji tyto negativní následky na úkor účinků pozitivních.

## VI. EXPERIMENTÁLNÍ PŘÍSTUP

---

Výsledky klinických pozorování jsou zpravidla závislé na tolika těžko kontrolovatelných faktorech, které se mění od studie ke studii, ba od jednoho souboru k druhému i za zdánlivě zcela obdobných podmínek, že je nesnadné získat z nich jednotné závěry — kromě zcela všeobecných. To samo o sobě již dostatečně dokazuje, jak je třeba vědecky přesnějšího experimentálního přístupu k naší problematice, neboť jinak sotva lze osvětlit ústřední otázku patogeneze deprivčních syndromů u dětí i u dospělých. V posledních letech došlo v tomto směru ke značnému a mnohostrannému rozvoji, který pomohl ujasnit (i když ne zatím definitivně vyřešit) řadu otázek důležitých pro kliniku deprivovaných dětí (například otázku pozdních následků časných prožitků, otázku tzv. kritického věku, otázku vztahu sensorické a sociální deprivace atd.). Současně se však ukázalo, že experimentální deprivace je velmi cennou metodou pro řešení mnoha jiných závažných problémů v teorii i klinické praxi, například pro ujasnění poměru vrozeného (specificky druhového) a získaného chování, pro ujasnění vztahu určitých podmínek prostředí k biochemickým, eventuálně histologickým změnám v mozku i pro řešení prakticky aktuálních otázek letecké a kosmonautické psychologie, pro řešení řady otázek bezpečnosti práce a dopravy, otázek klinické psychiatrie a psychoterapie apod. Na tomto místě můžeme se o tom zmínit jen stručně ve vztahu k našemu základnímu klinickému tématu.

### 1. EXPERIMENTÁLNÍ STUDIE NA ZVÍŘATECH

V deprivčních pokusech se zvířaty může jít o restrikcii sensorických podnětů v různém stupni, o pohybové omezení, o radikální snížení komplexnosti prostředí, o sociální izolaci od ostatních zvířat téhož druhu, eventuálně i o deprivaci po výtce afektivní. Přitom je nutno pečlivě vyloučit strádání fyzické (biologickou deprivaci — hladovění, dehydrataci, nedostatek fyzického ošetření), což je u mláďat ve výživě jinak velmi závislých na matce často těžší, než se na prvý pohled zdá.

### a) P ř e v á ž n ě s e n z o r i c k á d e p r i v a c e

Už *Viržikovskij a Majorov* (cit. podle Tardyho) podnikli podobný pokus, při němž vychovávali v izolaci štěňata, uzavřená ve zvláštní kleci. Ve srovnání se štěňaty vychovávanými »volně« v kolektivu byla izolovaná zvířata bázlivá a podléhala snadno vnějšímu útlumu. *Hymovitch* (1952) konal podobný pokus na mladých kryších, které choval izolovaně v malé kleci a dával jim příležitost ke cvičení (na zvláštním kole), ale v pokuse nebyly skutečné problémy k řešení, nebyl styk s druhými kryšami a podle možnosti vylučoval pokus bolestivou zkušeností. Ve srovnání s kontrolní skupinou »volně« vychovávaných kryš vykazovala deprivovaná zvířata zřetelně horší schopnost k řešení problémů.

*Hebb* (1955) a jeho spolupracovníci (*Thompson-Melzack-Scott*, 1956, *Thompson-Heron*, 1954, *Melzack-Scott*, 1957) začali v podobně ochuzeném prostředí chovat jednoměsíční skotské teriéry po dobu 7 až 10 měsíců s různě omezeným vnímáním zevních podnětů (buď zatemněná krabice, nebo klec se zakrytým výhledem, vyloučení senzoričkých podnětů i bolesti). Během výchovy samotné byl pes chovaný v izolaci dokonale spokojen, rostl dobře a přibýval na váze, zatímco pes vychovávaný normálně a dodatečně vložený do takové klece byl výrazně »nešťastný« a prospíval špatně.\* (S jistou opatrností v tom můžeme spatřovat analogii mezi chováním dětí vychovávaných od útlého věku v ústavech a chováním dětí později separovaných.) Následky takové časné deprivace byly velmi výrazné a přetrvávaly ještě po řadě měsíců v dospělosti: Psi byli »stupidní«, neschopni učit se (zejména z bolestivých zkušeností), podivínští a hyperaktivní, emočně nezralí. V monotónním prostředí své klece byli po celé dny aktivní a plní zájmu, »jako by ani neměli mozek, aby se nudili«. Normálně vychovanému psu naproti tomu stačily dvě minuty na prohlédnutí okolí a pak se znuděně natáhl a ničeho si nevšímal. Čím těžší byla restrikce podnětů, tím větší je explorační aktivita postižených zvířat — znovu a znovu strkali čenich do hořící zápalky, nenaučili se vyhýbat kovovému kartáči elektricky nabitému a spíše začali v takové situaci neorganizovaně běhat kolem dokola. (Podobně našla *J. Kestenbergová* neschopnost učit se z nezdaru u psychopatických deprivovaných dětí.) Za jistých pod-

\* V psychologických studiích o zvířatech se leckde užívá antropomorfizující terminologie, již ovšem nutno rozumět ve vztahu k uváděným pokusům a nesměšovat ji s běžnou psychologickou terminologií.

X mínek sensorické deprivace se u nich objevuje až bizarní chování: záchvatovitě běhají dokola, úzkostně vyjí a vrčí, hryžou se do ocasu apod. Žádné ze zvířat kontrolní skupiny (stejného vrhu) nevykazovalo podobné poruchy. Autoři se domnívají, že prokázané opoždění psychického vývoje deprivovaných psů je způsobeno tím, že neměli dost



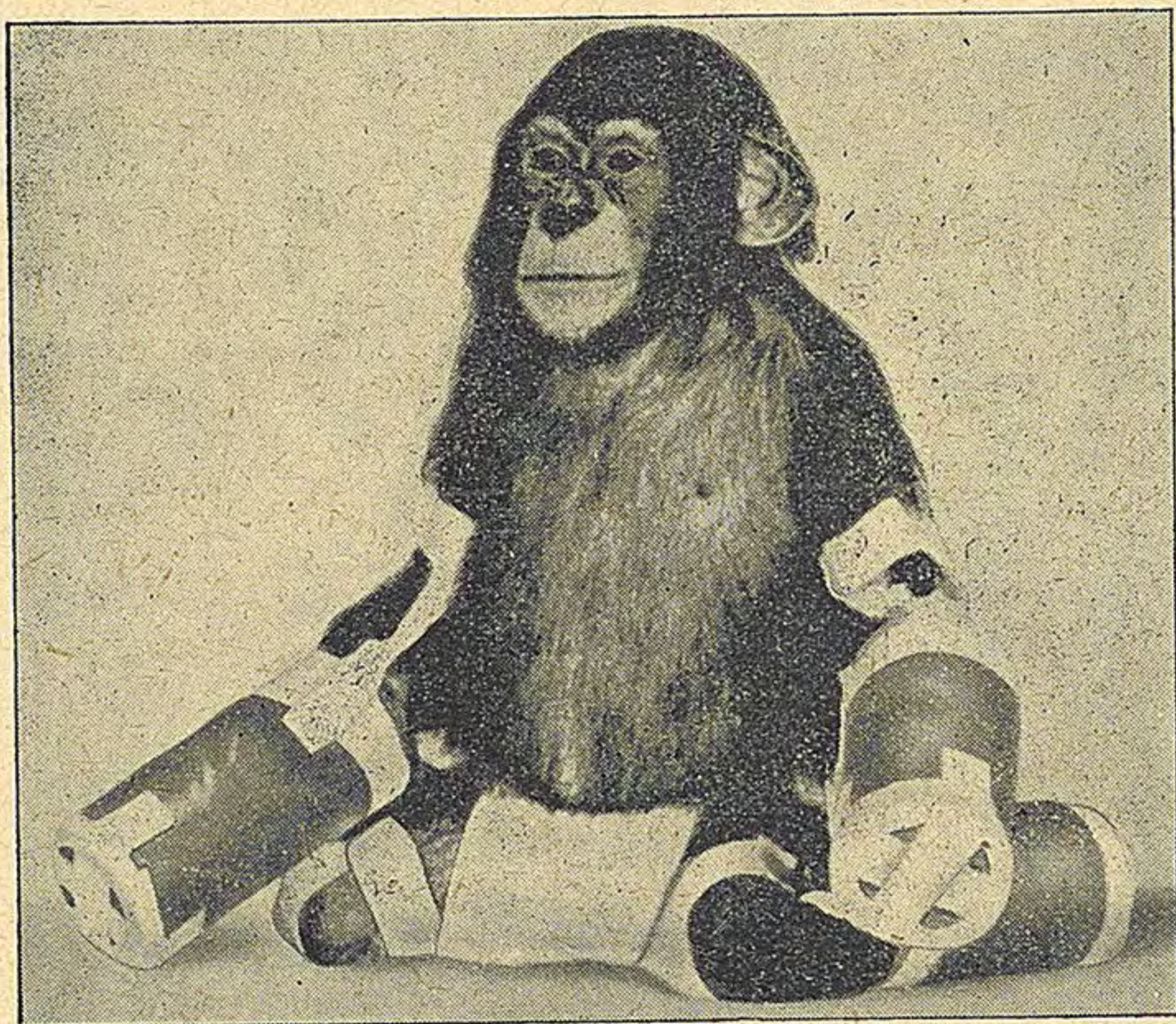
Mladý šimpanz s normálním postavením končetin vsedě. (Podle H. W. Nissena, Amer J. Psychol., 64, 1951. — Otištěno s laskavým svolením Yerkesových laboratoří, ředitel A. J. Riopelle, Orange Park, Florida, USA)

X příležitosti vytvořit si obecná percepční schémata, do nichž by zařadili nové podněty.

U nás sledovali pozdní následky časné deprivace na VNČ u krys pracovníci oddělení pro ontogenezi Fyziologického ústavu ČSAV (Křeček—Čapek, Jelínek, Nováková).

Přetrvávající nedostatky po *dlouhodobé parciální deprivaci* jedné sensorické modality (taktilně kinestetické) v dětství dokazoval Nissen

a spol. (1951). Mladému šimpanzi byla ve věku 4 až 31 týdnů dalekosáhle omezena hmatová a manipulativní zkušenost tím, že mu byly údy překryty lepenkovými válci. Když byly válce sejmuty, vykazovalo zvíře nedostatky v taktilně tlakové diskriminaci oddělených bodů na těle, pomalu a nepřesně vedlo prsty k místu stimulace, neumělo se



Šimpanz vychovávaný v podmínkách restriktce taktilních podnětů. Držení těla je zcela zvláštní. (Podle H. W. Nissena, Amer. J. Psychol., 64, 1951)

držet ošetřovatelky, neležlo do výšky atd. — a tyto defekty přetrvávaly do jisté míry ještě po 4 měsících. Zajímavé je, že i jeho citlivost na bolest byla nápadně snížena: bodání špendlíkem vyvolávalo reakci podobnou jako při pouhém lehtání.

Vliv *krátkodobé parciální deprivace* u dospělých zvířat byl rovněž studován v řadě prací. R. A. Butler (1957) zbavil například opice (*Macacus rhesus*) vizuální zkušenosti na 2, 4, 8 hodin a ukázal, že po delší deprivaci dosahují vizuální podněty během procesu podmiňování maximální zpevňovací hodnoty (podobně jako podání potravy po předchozím hladovění). Usuzuje, že vizuální explorační pud funguje podobně

jako primární biologické pudy. Že je přitom nutno explorační pud pokládat za relativně nezávislý primární pud, a nikoliv jen za jednu z forem »obecné aktivity«, vyplývá z pokusu *K. C. Montgomeryho* (1953), který deprivací obecné aktivity (v cvičení na kolotoči) nedosáhl u kryš žádného významného stoupnutí exploračního chování v jednoduchém bludišti.

Ve zdánlivém protikladu k uvedeným pokusům jsou některé experimenty dokazující podstatnou roli maturace ve vývoji určitých forem chování a jejich relativní nezávislost na učení: tak holubi nebo vlaštovky zbaveni po jistou dobu příležitosti cvičit létání létali po vypuštění stejně dobře jako stejně staří kontrolní ptáci, kteří předtím už létání cvičili. *E. Thomas a F. Schaller* (1954) zbavili novorozené kotě na delší dobu vizuální stimulace a zjišťovali, že po propuštění z izolace skákalo, polykalo a drželo atrapu kořisti stejně dobře jako normálně vychovávaná kočata. Autoři však zároveň ukazují, že normální vrozené automatismy se za situace uložené restriktce projevovaly (a tím eventuálně i cvičily) v různých náhradních (hravých) činnostech (»Leerlaufreaktionen«). Rovněž některé starší studie na zvířatech (krysách, kuřatech) vychovávaných v útlém věku v izolaci docházejí k negativním nebo nejasným výsledkům (*Bayroff*, 1936). Tyto pokusy však nevyvracejí závěry získané za jiných, lépe kontrolovaných podmínek v novějších pracích, ale ukazují nejvýše, že jisté funkce jsou postiženy deprivací méně a jiné hruběji a ovšem v závislosti na rozsahu a druhu deprivace.

Také starší práce, pokoušející se dokázat metabolický a histologický vliv sensorické deprivace na nervové buňky, docházely většinou k negativním závěrům. Tak například *Goodman* (1932), který choval králíky trvale ve tmě, dochází k závěru, že maturace vizuálního systému je nezávislá na funkci. Novější studie, jež užívají komplexnější experimentace na různých živočišných druzích a zejména zjemněných histochemických technik, však dokázaly mimo všechny pochyby různé stupně opožděného vývoje (až k atrofii) gangliových buněk a optických nervových vláken u zvířat zbavených světelných počitků buď enukleací (což však nevylučuje možné vlivy lokálních degenerativních změn), nebo podnětovou deprivací. Tak například *Brattgård* (1952) pomocí mikroradiografické techniky dochází k závěru, že nedostatek přiměřené stimulace vede k neúplnému vývoji nervových buněk a k poruchám v jejich metabolismu a chemickém složení. *Riesen* (1959) s řadou spolupracovníků zjistil v dlouholetých pokusech na mladých šimpanzích chovaných ve tmě po různě dlouhou dobu (většinou hned od narození), že dlouhodobá podnětová deprivace v útlém věku vede k atrofii gangliových buněk sítnice i optického nervu. Plné zotavení bylo zpravidla možné při deprivaci trvající do 3 měsíců, později obyčejně jen v neúplném rozsahu. Trvala-li úplná nebo téměř úplná de-

privace 16 měsíců a déle, byly změny v neurálním substrátu ireverzibilní. Obdobná deprivace u koček nevedla však k vymizení buněk. Autor soudí, že transneuronální změny (transneuronální atrofie) vyvíjejí se mnohem rychleji u primátů, kde specificita přenosu od buňky k buňce ve vizuálním systému dosahuje maxima.

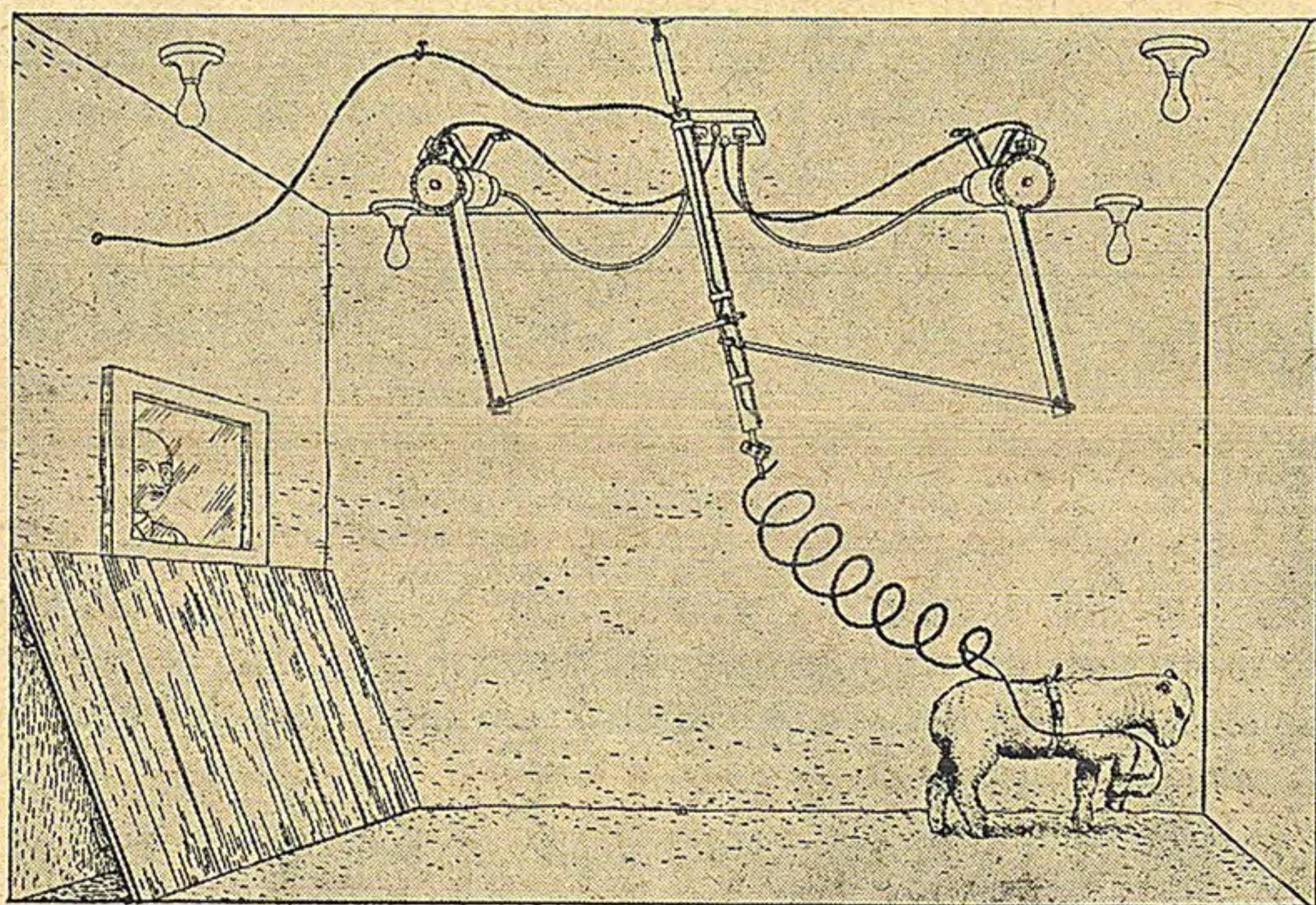
Histochemickým rozbořem našli pracovníci této skupiny významné snížení v koncentraci ribonukleové kyseliny u koček, krys i šimpanzů sensoricky (vizuálně) deprivovaných. A. W. Wase a J. Christensen (1960) zjišťovali biochemické změny v mozku dospělých krys držných po nějakou dobu (14, 31 dní) v kompletní izolaci a dalekosáhlé sensorické deprivaci (vizuální, akustické). Docházejí k názoru, že abnormální chování zvířat podrobených takovéto zátěži (neklid, neurotické projevy, hostilita, zvláště při převedení do skupiny) svědčí o destruktivním procesu, v jehož základě jsou biochemické a metabolické změny. Podařilo se jim prokázat významnou redukci fosfolipidového metabolismu v mozku izolovaných zvířat (měřením inkorporace izotopu  $P^{32}$  o-fosfátu do lipidů mozkové tkáně). S tím lze uvést v souvislost pozorování Barnesovo (1959), který podáním ataraktik (zvláště chlorpromazinu) potlačil v 90 % abnormální chování krys a myši chovaných po 7 až 10 dnů v izolaci: podle jistých pozorování totiž chlorpromazin v nižších dávkách stimuluje fosfolipidový metabolismus (ve vyšších inhibuje). D. Krech a spol. (1960) zjišťovali změnu opět v aktivitě enzymu cholesterázy (ChE) v kůře a podkoří deprivovaných (izolovaných) krys. Došli k závěru, že čím podnětnější je prostředí, tím nižší je poměr kortikální aktivity k subkortikální aktivitě ChE. Domnívají se, že pokles kortikální a zvýšení subkortikální aktivity ChE by mohl nějak souviset s významem retikulární formace a talamu, ale nemají přesvědčivou hypotézu. Dokazují také, že pouhá lokomotorická aktivita nepřispívá k pozorovanému účinku a stejně málo že jej ovlivňuje pouhé zacházení se zvířetem. Významnější jsou patrně komplexnější aspekty prostředí. Zajímavé pokusy o spotřebě kyslíku u ryb žijících izolovaně a v kolektivu podnikli pracovníci Fyziologického ústavu biologické fakulty Lomonosovovy university v Moskvě. Spotřeba kyslíku u ryb žijících v kolektivu je nižší než u ryb žijících izolovaně, třeba byly izolovány i jen skleněnou deskou.

Proč dochází k biochemickým změnám u izolovaných zvířat, není zatím známo. Bude zřejmě třeba prozkoumat další biochemické parametry, než bude poněkud jasnější jejich význam a jejich souvislost

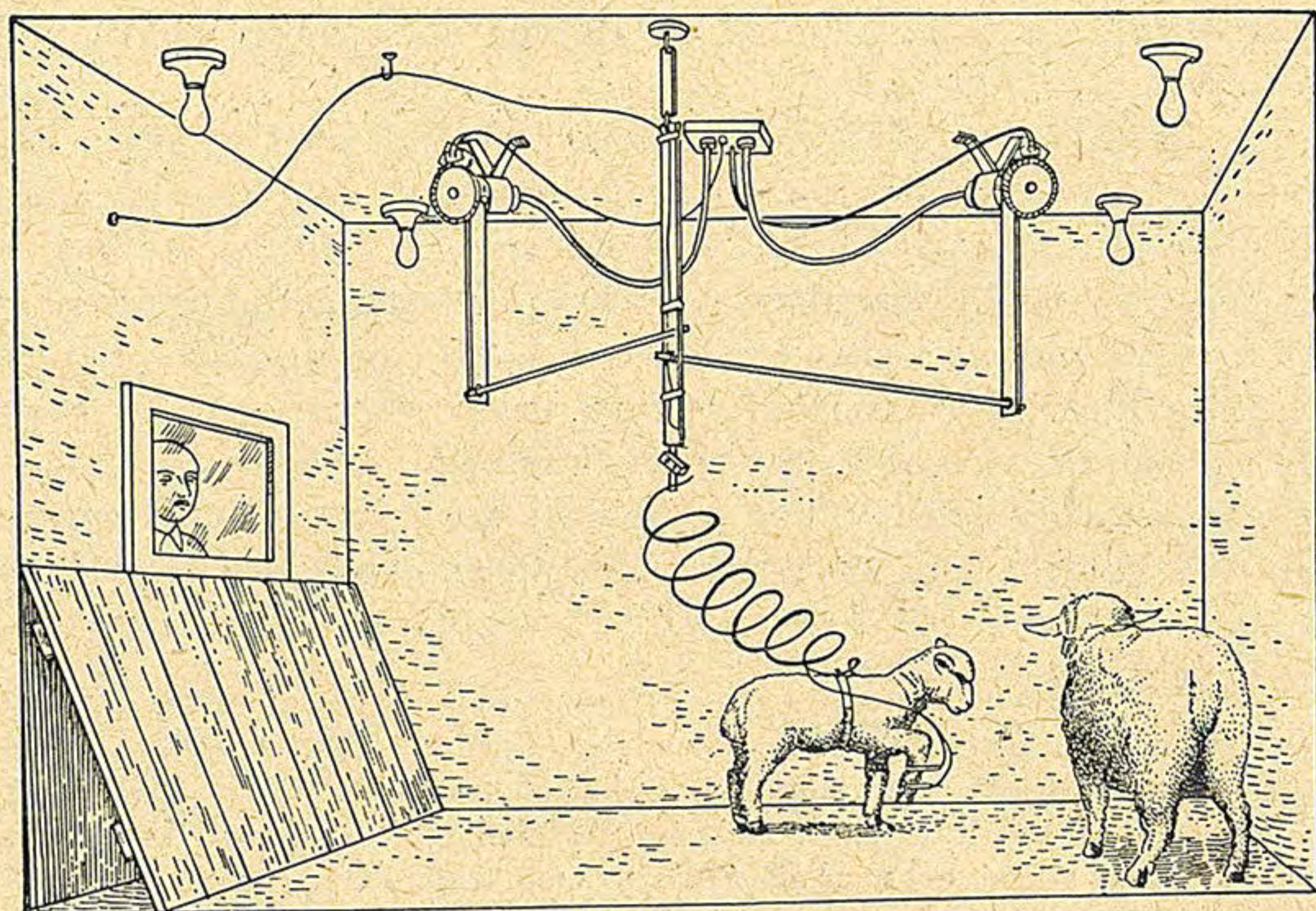
s prokázanými změnami chování. Zatím lze mít toliko za prokázané, že za jistých podmínek deprivace senzorické a sociální nesporně dochází k metabolickým, biochemickým a strukturálním změnám v CNS.

### b) Převážně afektivní a sociální deprivace

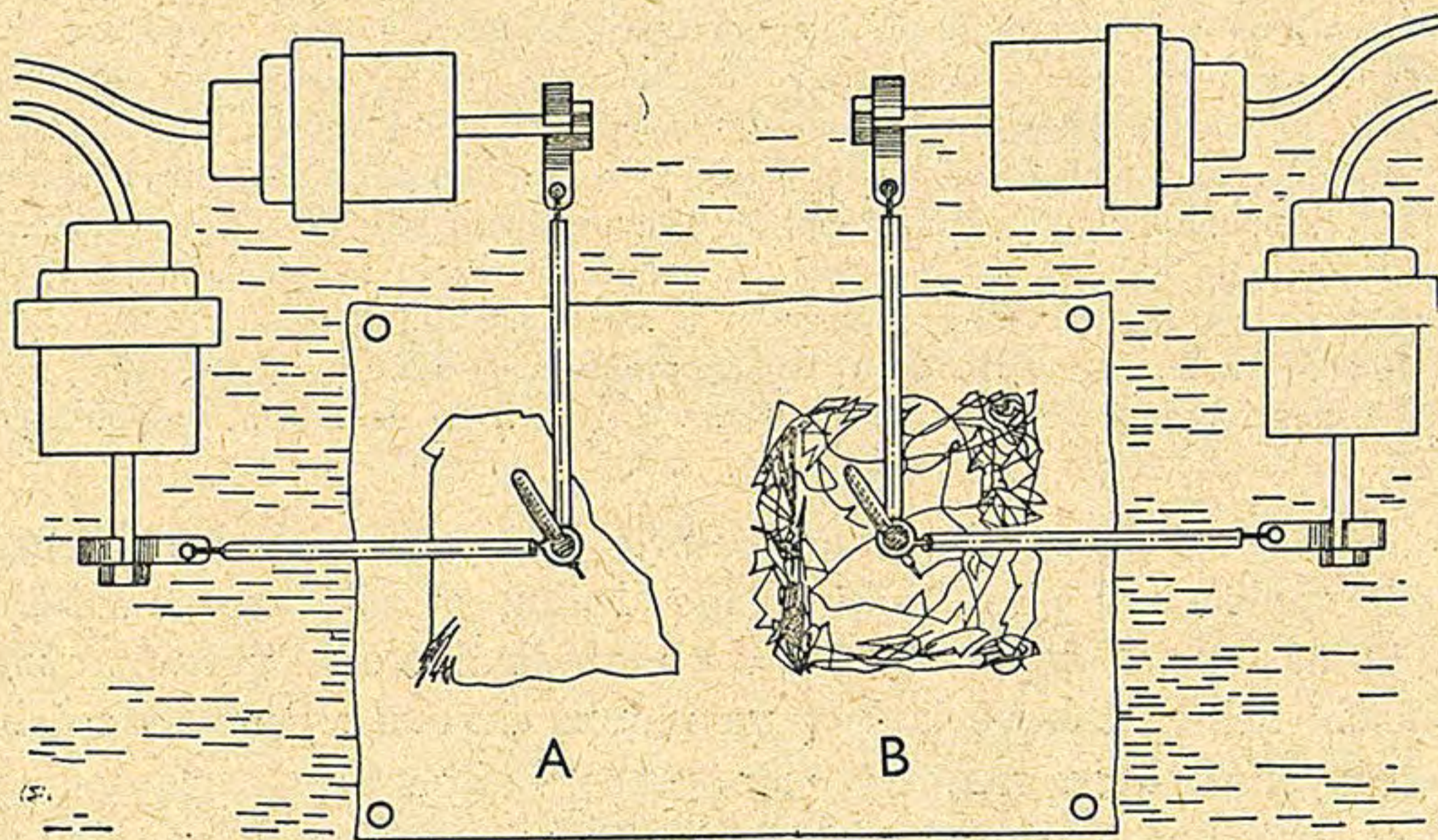
V uvedených pokusech byla senzorická deprivace zpravidla nejdůležitějším faktorem. V jiných pokusech je zvíře omezeno spíše jen *emočně*. Tak například Seitz (1954) choval novorozené krysy ve dvou skupinách — buď po 6, nebo 12 mláďatech na jednu samičku. Protože samička má 12 sacích bradavek, z nichž obyčejně několik nefunguje, jsou mláďata ve velkých skupinách podrobena jisté částečné deprivaci. Po odstavení ve věku 3 týdnů byly krysy chovány zcela stejně v identických individuálních klecích a v dospělosti testovány. Ukázaly se pak četné rozdíly: krysy v časném věku deprivované byly v dospělosti »zlomyslnější«, kousaly více, vzpíraly se při ošetřování, reagovaly na nové zkušenosti s větší úzkostností a projevovaly méně explorační aktivity, shromažďovaly více potravy, projevovaly více průvodní sexuální aktivity apod. Kontrolní experiment ukázal, že seskupení dospělých



A



B



C

Chování jehňat v situaci vzbuzující úzkost za přítomnosti matky a bez ní. Jedno dvojče je v experimentální místnosti s matkou, druhé dvojče je v druhé místnosti samo. Aparatura je v obou místnostech stejná a obě jehňata dostávají v pravidelných intervalech mírný elektrický úder do holeně. Pohyby jehněte bez matky jsou velmi omezené, utlumené, jehně »zamrzlé v koutě« (záznam A na připojeném nákresu), pohyby jehněte za přítomnosti matky jsou mnohem volnější (záznam B). (Podle Liddella — s laskavým svolením choti zesnulého autora)

krys do skupin po 6 nebo po 12 na stejnou dobu nezanechává podobných následků.

*Bernstein* (1952) a jeho spolupracovníci chovali opět krysy po 40 dnů po odstavení v individuálních klecích úplně shodně co do potravy, umístění apod. kromě jediné proměnné: krysy kontrolní skupiny byly ponechány bez vnější stimulace — krysy experimentální skupiny byly brány denně z klecí a laskány a hlazeny po 10 minut, načež byly opět vloženy do klece. Po skončení pokusu krysy experimentální skupiny vážily významně více (ačkoliv krysy kontrolní spotřebovaly více potravy), vykazovaly lepší výkon v bludišti a po intoxikaci thyuracilem přežily třikrát déle. Při sekci byla váha všech jejich orgánů větší kromě nadledvinek a štítné žlázy, jež byly významně těžší naopak u deprivovaných krys.

Velmi zajímavé jsou také dlouholeté pokusy *Liddellovy* (1958) a jeho spolupracovníků (H. Blauveltové, L. Herschera) na mladých kozách a ovcích. U zvířat byl vypracován podmíněný reflex na zatemnění drážděním holeně elektrickým proudem (zvíře skáče nebo zvedá nohu). Pečlivě dozovanou traumatizující zkušeností (20 zatemnění denně) byla navozena experimentální neuroza u všech zvířat, vyjma mláďata dvoutýdenní, až třítýdenní, která jsou dosud zcela závislá na matce. Přítomnost matky stačí ochránit je před traumatizujícím účinkem této procedury. Byl-li tento experiment zahájen s velmi mladými kůzlaty (do 12 hodin po narození) a byla-li za tím účelem vždy na hodinu denně odloučena od svých matek, mláďata rychle chřadla: ze 7 jich 6 zahynulo během šesti měsíců přes všechnu péči personálu. V dalším pokusu bylo prokázáno, že odloučení mláděte ihned po narození od matky na dobu jediné hodiny narušilo tak pronikavě vztah matky k mláděti, že je odmítala kojít, chránit a vůbec navazovat s ním normální kontakt. Zatímco kůzle vychovávané nepřetržitě s matkou po traumatizující události (zatemnění) volně skotačí, je deprivované kůzle (dvojče) úzkostné, schoulené do kouta, »psychologicky zamrzlé«.

X Dlouhodobá izolace zvířat, která v přírodě žijí ve stádech nebo aspoň ve stálé společnosti příslušníků svého druhu, přináší kromě toho poznatky o důsledcích deprivace potřeby »intradruhového« styku. Je znám pacifikační účinek takové izolace na mnohá divoká zvířata, která byla právě ulovena a která mají být »zkrocena«. Přijímají pak ochotněji přítomnost svých ochočených druhů, kteří jsou významným činitelem v jejich adaptaci novému prostředí (např. ochočení slonů). *J. C. Lilly* (1961) snaží se ve svých pokusech s delfíny, které ostatně pokládá za tvory co do inteligence člověku nejbližší, ověřit známou zkušenost, že člověk izolovaný na dlouhou dobu od lidí, upoutaný na malé, omezené místo a nemající mnoho možností k činnosti pociťuje jako velice příjemné rozptýlení přítomnost jiných lidí, i když jim třeba nerozumí a

nemá s nimi nic společného. Může se dalekosáhle přizpůsobit jejich požadavkům, jejich řeči, jejich postojům atd. Delfín chovaný po dobu dvou měsíců v takovéto intradruhové izolaci, jak bylo pozorováno, se nepoměrně snáze přizpůsoboval »lidské« společnosti, učil se, přizpůsoboval i svou vokalizaci lidské řeči apod., na rozdíl od delfína chovaného ve společnosti s ostatními. Jestliže se prvnímu delfínu dostalo společníka svého druhu, ztratil rychle všechny vztahy k lidskému světu, ale navázal je znovu, byla-li intraduhová izolace obnovena.

Podobné účinky jako při senzoričké a sociální deprivaci lze pozorovat i v situacích přetížení podněty a při nadměrném nakupení jedinců na malém prostoru — pravděpodobně díky podobnému mechanismu. Ukazují na to už citované experimenty Seitzovy a kromě toho řada pozorování na zvířatech volně žijících. Dobře je znám například úpadek velkých populací hlodavců po jejich masovém rozšíření. Vysvětlovalo-li se to dříve epidemiemi, je dnes jasné, že ty mohou být účinné jen za jistých neurohumorálních podmínek. Nedostatečné uspokojení potřeb spíše psychických (nedostatek jistoty, stálý boj o život, o potravu, o sexuálního partnera atd.) znamená takovou zátěž a vyčerpání všech regulací, že dochází k »šokové nemoci«, jejíž objektivní důkaz byl podán ve zvýšené váze nadledvinek (*Christian a Davis, 1955*).

V pečlivé etologické studii (i když ne experimentální) ukázali *Dasman a Taber (1956)*, že nakupení zvířat na malém území způsobuje změny chování — u kolumbijského jelena například zvýšenou agresivitu, útekovou pohotovost, menší radost ze hry a zřetelně horší výchovu mláďat.

Jisté je, že afektivní deprivace dětí a zvířecích mláďat se v mnohém podstatně liší a že výsledky experimentů právě uvedených a četných dalších nelze prostě přenášet do klinické práce s dětmi. Některé shody jsou však přesto nápadné a dávají zpětný podnět k zaměřenému zkoumání některých souvislostí u dětí. Vliv časných deprivacních prožitků na pozdější chování (v protikladu k deprivaci v pozdějším věku) zdá se z mnohých experimentů nejvýš pravděpodobný. Zhoršení tělesného stavu, snížená rezistence na intoxikaci a na infekce, větší nemocnost jsou stejně nápadné jako některé výrazné změny chování i jejich ovlivnění ataraktiky. Další zkoumání je ovšem nutné, má-li být těchto podobností využito i k lepšímu porozumění symptomatologii deprivovaných dětí.

## 2. POKUSY NA LIDECH

Není pochopitelně možné podrobit dítě během vývoje tak drastické experimentální deprivaci jako mládě zvířecí. Je však možné provádět pokusy s dalekosáhlou senzoricou a sociální deprivací (ovšem relativně krátkodobou) na dospělých dobrovolnících. Pokusy tohoto druhu se v posledních letech rozrostly do velké šíře a očekává se od nich odpověď na celou řadu otázek teorie i kliniky.

### VÝCHOZÍ FAKTA

Pro sociální problematiku deprivovaného (např. ústavního) dítěte mají tyto práce jen vzdálený význam, spíše jich lze využít k porozumění některým psychickým reakcím nemocného a defektního dítěte za zvláštních okolností. Přímým jejich podnětem byly totiž některé speciální zkušenosti. Tak se například ukázalo, že letci za dalekých monotónních letů pociťují tíživě samotu a jednotvárnost prostředí. Nedostatek proměnlivých podnětů a opuštěnost vedou občas až k depersonalizacím a derealizacím, popřípadě až k iluzím a halucinacím. Podle Clarka a Graybiela (1956) zná až 35 % pilotů tryskových letadel tyto zvláštní pocity izolace. Zcela podobné zkušenosti popisují se i při nočních jízdách na dlouhých jednotvárných dálnicích, u radarových pozorovatelů v ponorkách, u vězňů v samovazbě i při velmi stereotypní práci na běžícím pásu. Velmi sugestivní jsou zvláště líčení polárních badatelů a trosečníků, kteří prožili měsíce o samotě v jednotvárném prostředí sněhových nebo mořských ploch. Známé je líčení admirála Byrda, který prožil 6 měsíců o samotě v Antarktidě a u něhož se po 3 měsících dostavila těžká deprese, nebo líčení Alaina Bombarda plavícího se na umělém vraku 65 dní po Atlantickém oceáně či Kristiny Ritterové prožívající senzitivně depersonalizační a pseudohalucinatorní stavy za polární noci — a nezapomeňme v této souvislosti ani na pouťavá líčení našeho Eskymo Welzla. Všichni uvádějí tíživé pocity, jimiž je zaplavovala věčná neproměnnost prostředí a již unikali s obtížemi, přičemž se uchýlovali mnohdy k nutkavému ulpívání na stereotypních činnostech a k striktnímu dodržování denní rutiny. C. C. Mullin (1960), který pozoroval život 85 členů posádky izolované v Antarktidě po mnoho měsíců, vidí hlavní zátěž v relativní stejnotvárnosti prostředí a v nedostatku emočního ukojení navyklými způsoby. Mezi hlavními příznaky postihujícími muže za této situace byl pokles intelektuální energie, poruchy paměti, bdělosti a koncentrace. Nicméně většina osob cenila si při zpětném hodnocení těchto zkušeností jako přínosu pro svůj osobní

růst, neboť každý byl nucen »jít do sebe« a přeorganizovat své zájmy, tendence a postoje směrem k větší ukázněnosti, adaptabilitě, toleranci, trpělivosti apod.

### TŘI ZÁKLADNÍ METODY EXPERIMENTÁLNÍ SENZORICKÉ DEPRIVACE

Vycházejíce z podobných zkušeností, pokoušeli se o *experimentální napodobení krajně jednotvárných podmínek* soustavně kanadští psychologové ze skupiny prof. Hebba: *Bexton, Heron, Scott a Doane* (1954, 1956, 1957). Zdraví vysokoškolští studenti (dobrovolníci) leželi při těchto zkouškách na pohodlném lůžku v malé zvukotěsné komoře, s průsvitnými brýlemi propouštějícími jen difúzní světlo bez tvarů, s rukama pokrytýma od loktů až po konečky prstů lepenkovými rukávníky, s ušima zakrytýma gumovým polštářkem a za stálého mírného zvuku ventilátoru. Leželi tak celé dny nečinně, bez pohybu — jen na požádání šli k jídlu a na toaletu. Mohli mluvit do mikrofonu visícího před ústy a mohli naslouchat instrukcím z malých sluchátek. Po několika hodinách pobytu v této izolaci začalo je řízené myšlení stále více obtěžovat, pozornost nebylo možno na nic soustředit, sugestibilita byla zřejmě zvýšena. Nálada kolísala od krajní podrážděnosti k mírné pobavenosti. Nuda byla taková, že subjekt intenzívně toužil po jakémkoliv podnětu nebo pohybu, vyčkával žádostivě na předložení úkolů, ale když byly dány, cítil se neschopen nebo neochoten vyvinout úsilí.

Schopnost řešit jednoduché rozumové problémy významně klesla a tento pokles přetrvával ještě 12 až 24 hodiny po skončení izolace. Ačkoliv každá hodina spolupráce byla placena, většina studentů nevydržela v izolaci déle než 72 hodiny. U těch, kteří zůstali déle, objevily se zpravidla zřejmé halucinace a bludy. Před-

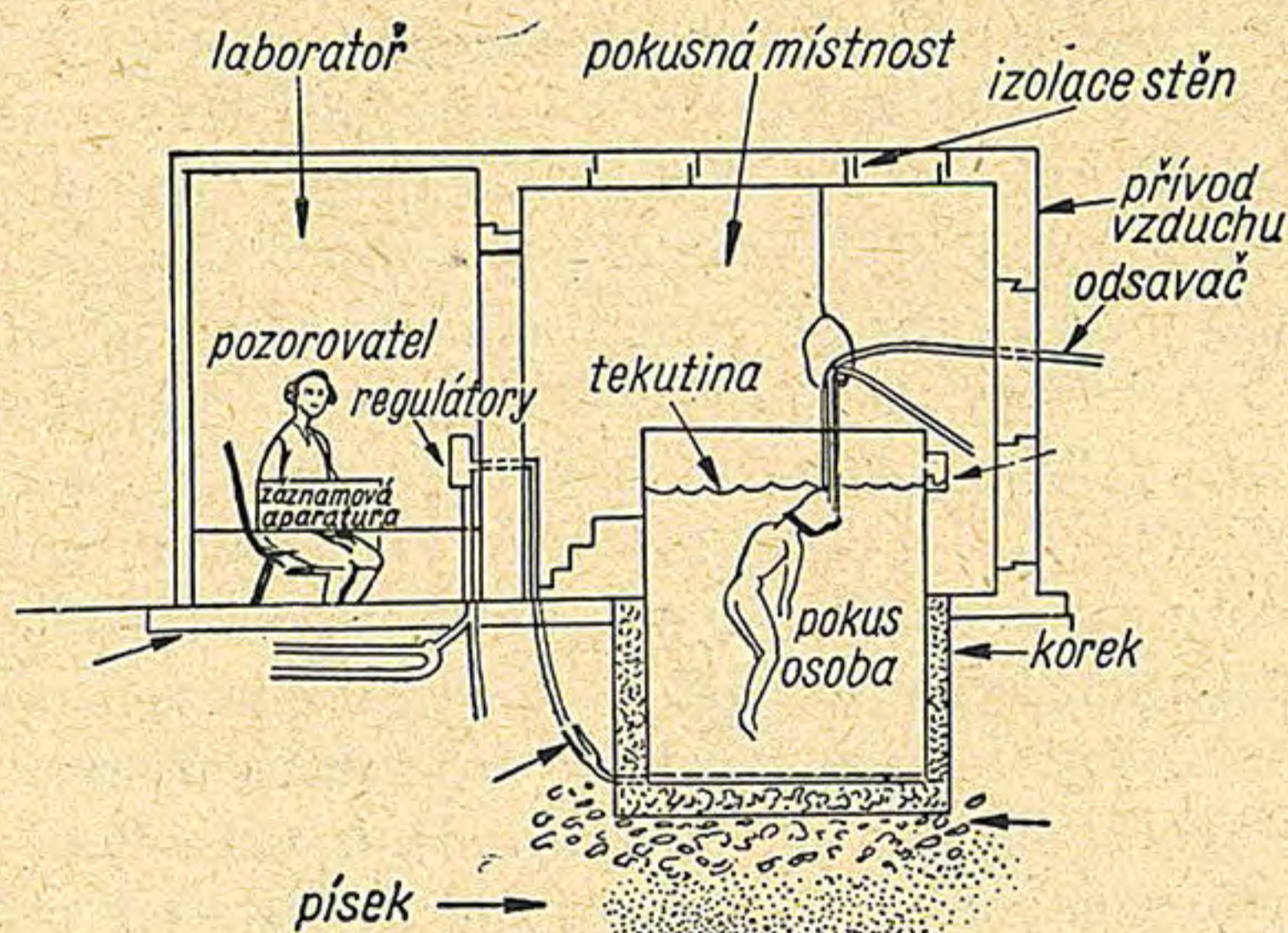


Schéma laboratoře pro pokusy s maximálním omezením vnějších podnětů. Pokusná osoba, opatřená zvláštní helmou s přívodem vzduchu, se volně vznáší v ohřáté tekutině. (Podle J. T. Shurleye, Amer. J. Psychiat., 117, 1960 — s laskavým svolením autora)

stavivost (hlavně vizuální) se silně rozbujela v živé »obrazy«, zahrnující zpočátku jen tečky a čárky, později celé scény připomínající kreslený barevný film. Tyto halucinace (vizuální, auditorní, somestetické) mívaly snový charakter a podobaly se stavům vyvolaným meskalinem nebo LSD-25, popřípadě blikavým světlem (Grey Walter) či spánkovou deprivací. V eeg-záznamu se za pobytu v experimentální situaci a ještě několik hodin potom zpomalila běžná aktivita alfa a objevily se vlny delta. V těchto pokusech se tedy podařilo poprvé navodit tzv. modelovou pokusnou psychózu pouhou manipulací zevním prostředím bez intoxikace a bez jejích vedlejších následků.

V Hebbových pokusech je sensorická deprivace vyvolávána především radikálním *omezením měnlivosti a strukturace podnětů*. Naproti tomu pokusili se *J. C. Lilly* (1956) a *J. T. Shurley* (1960) o vyřazení všech smyslových podnětů, tj. o *redukci absolutní úrovně*. Jen ty podněty, které nelze vyloučit, například teplo, byly udržovány na konstantní úrovni. Pokusné osoby byly opatřeny dýchacím aparátem s neprůhlednou maskou a ponořeny úplně do nádrže s vlažnou, pomalu protékající vodou, kde se volně, beztlížně vznášely. Podle instrukce se pohybovaly co nejméně. Za těchto podmínek objevilo se už asi po hodině vnitřní napětí a intenzivní »hlad« po podnětech — do 2 až 3 hodin dostavila se živá vizuální obrazivost, která přetrvala zčásti i po skončení pokusu. Avšak přestože se objevily zřejmé poruchy za pokusu, dlouhodobé následky opakovaných experimentů byly zřejmě příznivé: pokusné osoby našly »novou vnitřní jistotu a novou integraci«, lépe si ujasnily své pohnutky a svá skutečná vnitřní přání. — *M. M. M.*

Řadu závažných mentálních poruch konstatovali u svých pokusných osob také harvardští pracovníci *Mendelson a Foley* (1956) a další. V jejich pokusech strávili zdraví dobrovolníci (studenti, lékaři) až 36 hodin v respirátoru, jakého se užívá u bulbárních poliomyelitid, s otevřenými kohoutky a zapnutým motorem vydávajícím jednotvárný hluk. Z respirátoru mohli vidět jen malý kus stropu, válce jim bránily v taktilních a kinestetických pocitech, byli velmi omezeni pohybově. Za těchto podmínek jen 5 osob ze 17 bylo s to setrvat v respirátoru 36 hodin. Všichni měli obtíže v soustředění, periodické stavy úzkosti, 8 jich podléhalo potížím v posuzování reality (od pseudosomatických bludů až po skutečné zrakové nebo sluchové halucinace), 4 se dostali do úzkostné paniky. V tomto druhu pokusu byly tedy výrazné mentální poruchy vyvolány situací vyznačenou *vnucenou strukturou podnětů*, které nebyly v podstatě redukovány ve své intenzitě.

## VÝSLEDKY STUDII

Řada autorů užívajících některého ze zmíněných tří přístupů různě modifikovaných popsala svá zjištění. Tak například *Vosburg* (1960) zjišťoval kolísání hladiny vědomí, periody spánku a živou obrazivost (neodlišitelnou od halucinací), jakož i diskoordinaci v rozmanitých oblastech chování po skončení experimentu. *Freedman, Grunebaum a Greenblatt* (1958) zjišťovali poruchy koherentního myšlení, koncentrace, změny tělového schématu, halucinace a paranoidní obavy. *Goldberg a Holt* (1958) nacházeli regresi od »sekundárního« k »primárnímu« procesu myšlení. Stejně tak *N. Rosenzweig* (1959) mluví o poruše mezi abstraktním a primitivním afektivním systémem — podobně jako u schizofrenie. V Holandsku sledoval reakce dobrovolníků na krátkodobé (trvajících 2 až 3 hodiny) uzavření do úzké, zvukotěsné, temné podtlakové komory (což vyvolávalo dojem letu ve velké výšce) *P. M. van Wulfften Palthe* (1958). U všech pokusných osob zjistil dalekosáhlé, vůlí nepřekonatelné kolísání hladiny vědomí, což znemožňovalo nepřetržitý výkon v obtížnějších úkolech. U některých osob docházelo až k panickým, úzkostným reakcím. *B. Jones a J. E. Goodson* (1959) našli zvýšení sugestibility u izolované skupiny v monotónní (senzorycky neomezené) situaci.

Ačkoliv se obsah duševních prožitků jednotlivých osob za různých podmínek senzorické deprivace značně liší, lze v sekvenci, s níž jednotlivé formy nastupují, zjistit jistou pravidelnost (*Lilly, Leiderman, Vosburg*, 1959, 1960). V první době je chování zpravidla zcela adaptivní — subjekt se ve svém myšlení opírá o vzpomínky na nedávné smyslové dojmy, popřípadě se soustřeďuje na jakékoliv zbývající podněty. Postupně se však uchyluje stále více k »obrazivosti«, přidává nové prvky a utváří je tak, že celá halucinatorní konstrukce dostává smysl, zpravidla osobní a emočně zbarvený. Následuje často spánek, z něhož se subjekt budí neklidný, adaptivní chování se hroutí a dostávají se příznaky úzkosti a neurotické obrany (např. obsesivní představy), přičemž se ztrácí předchozí schopnost hledat oporu ve vzpomínkách. Nakonec se někdy dostavuje panika nebo snaha utéci a skončit experiment.

Přes určité shody, ke kterým zatím dospělo bádání o experimentální senzorické deprivaci, nalézáme i údaje odlišné. Někteří autoři zjistili například jen velmi malé nebo dokonce i pozitivní následky. *J. Vernon a spol.* (1956), který uzavřel dobrovolné pokusné osoby (studenty) na dobu 48 hodin, našel zlepšenou schopnost učení, a nikoli zvýšenou sugestibilitu, halucinace nebo poruchy soustředění. Ve své pozdější studii (1959) zjišťuje však nicméně i on jisté percepční a motorické poruchy — třeba ne tak hrubé. Také *Levy* (1959) našel daleko méně výrazné poruchy v 54 pokusech se sedmidenní konfinací v temné tiché místnosti s židlí a lůžkem. Jeho pokusné osoby ztrácely během experimentu »potřebu myslet«, žily však v izolaci bezstarostně a spokojeně a neudávaly žádné zvláštní percepční poruchy. Podobně u nás *Janota* nepozoroval (diskusní příspěvek v Čs. psychiatrické společnosti) žádné poruchy u poliomyelitiků v respirátoru.

## PARAMETRY EXPERIMENTÁLNÍ SENZORICKÉ DEPRIVACE

Je tedy zřejmo, že následky experimentální deprivace jsou závislé na celé řadě podmínek, jejichž změna (někdy i zdánlivě nepatrná) vyvolává značně odlišné reakce. Parametry, které je třeba kontro-

lovat, týkají se (Levy et al., 1959) bariéry vytvořené mezi subjektem a okolím, okolností, které tuto bariéru vytvořily, zbývající komunikace mezi subjektem a okolím a konečně i subjektu samotného. Čím úplnější a těžší je deprivace, tím rychleji se vyvíjejí poruchy myšlení i afektivity. Dalekosáhlé omezení pohybu a k tomu přistupující »nepohodlí« je přídatným činitelem, který ovlivňuje výsledky *Solomonovy* a jeho spolupracovníků. Doba deprivace je velmi důležitou proměnnou: krátká a lehčí deprivace může zprvu spíše podněcovat výkon, ale při prodlužování pokusu se účinek obrátí. Velice záleží i na tom, zda subjekt zná předem trvání pokusu a zda má možnost pokus ukončit podle libosti.

I když se obdobných výsledků dosáhlo metodou částečné deprivace (podle Hebba) a metodou totální deprivace (podle Lillyho), přece jen není zcela jasné, jak působí zbývající, popřípadě nadměrně stereotypní podněty. Zatímco *Cohen* při krátké proceduře našel více vizuálních reakcí halucinatorního rázu při difúzní (nestrukturované) stimulaci než při totálním omezení, nenašel *Davis et al.* (1960) žádných rozdílů ve výskytu mentálních aberací. Tíž autoři (*Davis et al.*, 1961) studovali také poměrný vliv senzoričké restričce a sociální izolace na vznik mentálních poruch u pacientů v respirátoru (vždy dvě pokusné osoby, buď vzájemně cizí, nebo spřízněné, podrobeny zároveň senzoričké a motorické restričce, při níž mohou konverzovat). Autoři docházejí k závěru, že sociální izolace sama nevyvolává účinky senzoričké deprivace a že sociální kontakt sám nemůže těmto poruchám zcela zabránit. Nicméně však sociální kontakt alespoň zmenšoval následky senzoričké deprivace a ovlivňoval obsah percepčních poruch, zvláště šlo-li o společnost emočně blízké osoby. Jakákoliv okolnost umožňující subjektu styk s okolím (třeba i mikrofonem) působí antideprivačně; stačí třeba i vědomí, že jsem pozorován. Je proto zřejmé, že umělé situace experimentální deprivace postrádají vždy oné hrozivosti přirozených životních situací.

#### INDIVIDUÁLNÍ REAKCE NA SENZORICKOU DEPRIVACI

Na situaci senzoričké deprivace reaguje každý člověk odlišně, podle individuálních vlastností své osobnosti: podle svých dominantních potřeb, podle svého systému návyků a obranných i adaptivních mechanismů. Mnoho okolností nasvědčuje tomu, že osoby spíše »extravertované« reagují tu většími poruchami než osoby »intravertované«. *A. J. Silvermann* vybral z většího počtu vysokoškolských studentů 6 »navenek orientovaných« a 5 »k sobě orientovaných« a podrobil obě

skupiny dvouhodinové senzoričké deprivaci. Zjistil, že první měli horší výkon v percepčních testech, byli neklidnější a více vzrušeni, měli více fantazií a byli i podezřívavější. K obdobným výsledkům dochází v zajímavých pokusech také *Asenath Petrieová* (1960 a, b), která uvádí toleranci na senzoričkou deprivaci v souvislosti se základní dimenzí osobnosti »satiabilitou« (která odpovídá dimenzi extraverte-introverze). Podle této teorie liší se lidé různě velkou tendencí k »nasyčení« po stimulaci, jež se projeví sklonem redukovat subjektivně počitek po předchozí stimulaci. Lidé se sklonem k velké redukci snáze proto snášejí dlouhotrvající bolest, ale tím tíživěji prožívají nedostatek stimulace. V souvislosti s tím upozorňuje Petrieová také na menší sklon redukovat počitkovou sílu u žen a naopak velký sklon k redukci u dětí (které mimořádně těžko snášejí senzoričkou deprivaci a konfinování). Na určitou přitažlivost bolesti, která v situaci senzoričké deprivace ulevuje svou přítomností stresu z nedostatku podnětů, ukazují i uvedené pokusy na zvířatech chovaných v izolaci (Melzack, Hebb).

Zřejmě odchylně reagují na situaci senzoričké deprivace osoby duševně narušené. Zdá se, že *neurotici* reagují spíše těžšími projevy úzkosti a paniky než osoby duševně zdravé. *Van Wulfften Palthe* (1958) našel panické a fobické reakce v testové situaci jen u osob se zřejmými psychastenickými rysy, které již dříve vykazovaly úzkost za letu. Neurotici častěji interpretují hypnagogní představy vysoce emočním způsobem. Pasivní a závislé osoby snášejí situaci deprivace lépe, aktivní a čínorodí spíše hůře. Osoby s obsesívními charakterovými rysy ustrnuly v těchto situacích často na stereotypních manipulacích, někdy došlo u nich až k psychotickým epizodám. Jak je vidět, je situace experimentální deprivace v mnohém instruktivní pro hlubší poznání osobnosti a může sloužit i jako výběrový test (např. při výběru pilotů, kosmonautů apod.).

Na rozdíl od neurotiků snášeli *psychotici* situaci senzoričké deprivace většinou překvapivě *dobře*. *Cohen* (1959) zjišťoval daleko menší reakce u psychotiků než u normálních osob. *Azima* (1956) viděl klinické zlepšení (a ve 2 případech trvalou úzdravu) depresívních pacientů, přechodné zlepšení u hebefreniků. Schizofrenici v pokusech *A. Harrise* (1959) snášeli deprivační situace rovněž lépe než duševně zdravé osoby, za pokusu byly halucinace spíše méně živé a obtížné (!), ale k trvalejší změně duševního stavu nedošlo. Někteří autoři se proto vědomě pokusili rozpracovat systém senzoričké deprivace jako terapeutickou proceduru psychiatrickou (*Azimova »anaklitická terapie«*), ale její uži-

tečnost je zatím omezena tím, že nedovedeme dobře předvídat reakce jednotlivých pacientů. *Adams a spol.* (1960) se domnívají, že čím hlouběji je narušen duševní stav pacienta, tím větší bývá zlepšení po experimentální deprivaci. Také *Gibby* (1960) zjišťuje u psychiatrických pacientů změny pozitivní častěji než negativní, dále zjišťuje, že pozitivní změny častěji přetrvávají. Terapeutický efekt tu bývá vykládán (Azima) tak, že dochází v první fázi k dezorganizaci psychické struktury, po níž pak následuje vždy jistá reorganizace a tu lze eventuálně plánovitě řídit. *Ziskind* (1958) se pokouší měřit výši stresu biochemicky, sledováním plazmatického 17-hydroxykortikosteronu a katecholaminů.

### MECHANISMUS PŮSOBENÍ SENZORICKÉ DEPRIVACE

Mechanismus, jímž senzorní deprivace v experimentu nebo klinice působí psychické změny, není dosud přesně znám. Zpravidla se vychází v úvahách o tom z fyziologické představy mozku jako »počítače impulsů« (na rozdíl od klasické představy mozku jako přepojovacího zařízení — relé). Má se za to, že stálé senzorní bombardování je nutné k udržení správné funkce mozkové kůry (*Grey Walter*). A nejen kůry. *R. D. Burns* (1960) ukázal, že i dechové centrum ustává ve své aktivitě, je-li zbaveno aferentních podnětů, a *P. R. Bromage* (1960) dokázal podobný způsob reakce v dolní spinální úrovni. Týká se tedy potřeba vhodné senzorní »potravy« i mozkového kmene. Psychická výkonnost není možná bez stálého kontaktu s proměnlivými podněty z vnějšího světa. (Možno také předpokládat, že snad tímž neurálním mechanismem působí i senzorní přetížení.) Celkový poměr aferentních podnětů k eferentním má tedy pro funkci organismu mimořádnou důležitost!

Rada autorů se domnívá, že porucha spočívá v narušeném zprostředkování normální senzorní stimulace ascendentním retikulárním systémem (ARS), který má — jak známo — přední význam v udržování pozornosti, bdělosti a vědomí (*Moruzzi-Magoun*). Snížená aktivace mozkového kmene, zvláště ARS, vede tedy k poklesu stavu bdělosti a tím i k dezorganizaci psychických procesů — podobně jako třeba při dlouhodobém zamezení spánku nebo při intoxikaci drogami. V této souvislosti je na místě připomenout už starší pavlovovské pokusy, při nichž omezený přítok podnětů zvnějška i zvnitřka organismu vedl k útlumu a k spánku. *Ziskind* se pokouší dokázat účast ARS na vzniku poruch ze senzorní deprivace pomocí změn v záznamu eeg (naruše-

ním blokády rytmu alfa). Nelze vyloučit, že subjektivní stavy halucinatorní, vznikající za senzoričké deprivace, jsou tedy reakcí organismu hledícího zajistit zásobu nezbytných podnětů zevnitř, když odpadnou zdroje zevnějška.

*Davis et al.* zdůrazňovali, že nezáleží toliko na množství nebo na změně podnětů per se, ale hlavně na nepřetržitém smysluplném kontaktu se zevním světem. Podobně mluví *Rosenzweig* o deprivaci »relevantních« podnětů a zdůrazňuje, že ji lze vyvolat uměle i řadou jiných metod a manipulací percepčního prostředí. Také u schizofrenie jde prý vlastně o významovou deprivaci, »relevance deprivation«, tentokrát vyvolanou zevnitř. V každém případě jsou schizofrenní symptomy vyvolány omezením užitečné informace, významu percepce, spočívajícím v nedostatečné komunikaci mezi afektivním a abstraktním (»primárním« a »sekundárním«) systémem.

Psychologická interpretace mechanismu působení senzoričké deprivace se rovněž liší. Z hlediska teorie učení (*J. Bruner, 1959*) se předpokládá, že restrikce podnětů znemožňuje onen ustavičný proces zhodnocování a přehodnocování (zpětné vazby), jímž si organismus normálně vytváří modely a strategické formy ke styku s prostředím. Dochází-li tedy k deprivaci v dětství, znemožní se vytvoření takových účinných modelů. Dojde-li k ní později, je ohroženo jejich udržování — neboť modely a strategické postupy dříve osvojené se ustavičně korigují a upravují s delikátností dosud netušenou.

Jiní autoři (*Azima*) zdůrazňují více emotivní složky působící za deprivace. Situace extrémní izolace vždy zahrnuje dalekosáhlou závislost (temná místnost, přikryté oči, ovázané ruce, jídlo a vyměšování na požádání a za pomoci atd.) — tím je posilována potřeba závislosti (různě silná u různých jedinců) a vyvoláváno regresivní chování (regresivní fantazie). Bezbrannost a závislost vrací pokusnou osobu do situace nejútlejšího dětství (v jeho »anaklinním« vztahu k matce). Pozitivní následky, tj. zlepšení funkce po deprivaci (zpravidla kratší a týkající se jediné smyslové modality), se vykládají aktivací pudu po předchozím omezení a zvýšenou jeho účinností na zpevnování podmíněných reakcí. Takto vykládá *Butler (1957)* zvýšení reaktivity na zrakové podněty po vizuální deprivaci u zvířat zvýšením účinnosti vizuálního exploračního pudu. *Rosenbaum, Dobie a Cohen (1959)* zjistili významné zlepšení vizuální diskriminace v tachistoskopicky exponovaných řadách číslic po pětiminutové vizuální deprivaci, ale návrat k původním hodnotám po deprivaci za 15 až 30 minut. Dostatek difúzního světla však

nezměnil tyto následky a nezpůsobil nasycení s poklesem funkce. *Gewirtz* a *Baer* (1958) studovali, jak se mění účinnost sociálního posilnění (schválení jisté reakce dítěte) po předcházející sociální deprivaci. Zjistili, že účinnost zpevnění se významně zvýší po 20 minutách sociální izolace u dětí asi 4letých až 5letých. Naopak účinnost »schválení« klesala po nasycení způsobeném předchozí dvacetiminutovou periodou častého chválení a obdivování.

Experimentální přístup k otázce deprivace, ačkoliv je soustavně rozvíjen teprve v posledním desetiletí, ukázal se již jako velmi plodný a slibný. I když výsledky získané v experimentech se zvířaty nebo dospělými lidmi nelze přenášet přímo na klinickou problematiku deprivovaných dětí, přece jen jisté výsledky mají platnost obecnou a pomáhají k pochopení teoretických otázek, jimiž se chceme zabývat v VIII. kapitole. Kromě toho mají tyto studie bezprostřední význam pro použití v praxi, v otázkách bezpečnosti dopravy a práce, pro výběr pilotů a kosmonautů, pro klinickou psychiatrii, psychoterapii aj.

---

## VII. NÁSLEDKY PSYCHICKÉ DEPRIVACE

---

Ve snaze postihnout podstatu deprivačního poškození pokoušeli se první badatelé v této oblasti podat jednotný obraz následků psychické deprivace v určitých syndromech. Tak popisuje například Gesell u kojence již od 8 až 12 týdnů typický sled příznaků emočního strádání, počínající zmenšeným zájmem o okolí a sníženou reaktivitou. Podobně Bakwin vymezuje »dosti dobře ohraničený« klinický obraz deprivovaného dítěte před jeho 6. měsícem, v němž zahrnuje nevšímavost, sníženou pohyblivost, nedostatek reakcí na podněty (úsměv a přimlouvání), sníženou chuť k jídlu, úbytek na váze, špatný spánek, výraz smutku a sklon k febrilním epizodám často nevysvětlitelným. Podobný obraz podává i Nitschke a sem patří do jisté míry i Schafferrův »globální syndrom« vyznačený vágním strnulým pohledem do okolí. Pro starší kojenecký věk je takovým typickým syndromem Spitzova »anaklitická deprese«, jejímž pokračováním je vlastní »hospitalismus«. Předpokládalo se, že pokračováním těchto časných syndromů jsou pozdější, stejně vyhraněné klinické typy: »izolační typ osobnosti« (Lowrey), typ »ústavního dítěte« (Goldfarb), typ »bezcitného psychopatického charakteru« (Bowlby), charakter »bez citové vazby« (Destunis) aj.

Klinické a experimentální studie však tyto předpoklady plně nepotvrdily. Je sice pravda, že v uvedených obrazech byly většinou zachyceny výrazné příznaky mnohých deprivovaných dětí a že tím byly pravděpodobně postiženy některé základní znaky společné velké většině případů, avšak stejně tak je jisto, že byly přehlédnuty důležité rozdíly a odchylky. Nepodařilo se prokázat existenci jednoznačného vztahu mezi určitou deprivační situací (ústavní výchovou, separací, výchovou v rozvrácené rodině) a vznikem určitých symptomů. Ve skutečnosti různí jedinci reagují na tytéž zevní situace velmi odchýlně co do způsobu i intenzity, takže výsledný obraz je velmi rozmanitý a zabírá širokou řadu od dobře adaptovaných dětí (jichž bylo i mezi dětmi vychovávanými trvale ve špatných podmínkách nalezeno 14 až 30 %) až po děti hluboce narušené a defektní. Z klinického hlediska nacházíme mezi nimi osobnosti vcelku normální i osobnosti, jež klasi-

fikujeme jako psychopaty, neurotiky, mentálně defektní či dokonce jako psychotiky. Následky deprivace nemusí být v každém případě negativní a těžké — v některých případech překoná dítě závažnou deprivaci takřka bez následků, nebo může být ovlivněno dokonce i příznivě. Sociální či emoční vývoj může se urychlit a některé chorobné příznaky mohou vymizet, jak o tom svědčí zkušenost s umístováním dětí (zvláště citově rozkolísaných a »přetížených«) na čas mimo rodinu do citově »neutrálního« prostředí ústavu. Ostatně nelze soudit na následky deprivace jen podle toho, zda jsou či nejsou přítomny určité symptomy, ale spíše podle toho, nakolik je rozvinuta osobnost ve všech základních složkách, tj. nakolik je jedinec schopen vyrovnávat se se všemi obtížemi života, s překážkami a konflikty a nakolik dovede řešit a tvořivě zvládat životní problémy. Proto například dítě, které v zákoutí ústavního prostředí je zcela bez nápadnějších příznaků, může selhat, když přejde do »volného« života rodiny nebo do internátu, kde se má samo o sebe starat a o sobě rozhodovat. Zdánlivá přizpůsobenost a nedostatek »příznaků« neznamena tedy ještě, že dítě vyvázlo zcela beze škody.

Podmínky, které určují druh, závažnost a trvalost následků psychické deprivace, týkají se jednak dítěte samého, jednak vnějších deprivacních situací.

#### 1. Vnitřní podmínky (tj. dítě samo)

a) *Věk.* V různých fázích svého vývoje je dítě různě citlivé na deprivaci toho či onoho druhu. Existence takových citlivých období je dostatečně známa, ale k přesnějšímu jejich vymezení a zhodnocení jejich významu bude třeba dalšího výzkumu. Zatímni zkušenosti ve shodě s teorií dětského vývoje (*Piaget*) nasvědčují tomu, že dítě v první polovině 1. roku života reaguje citlivě na nedostatek rozmanitých podnětů smyslových a zvláště emočních. Jednotvárnost ústavního prostředí vede k oněm nediferencovaným »globálním« reakcím psychosomatického typu, jak byly opakovaně popsány (snížení spontánní aktivity dítěte, apatie a zjištění, že dítě tělesně i duševně neprospívá — viz shora). *Spitz* a *Wolfová* nazývali původně tyto reakce »lehkými depresemi«, ale ukázalo se, že nejde ani o lehké reakce, ani o deprese a že je kvalitativní rozdíl mezi nimi a reakcemi větších dětí (»anaklinickými reakcemi« nebo jejich mírnějšími obdobami).

Tyto reakce dostavují se poměrně náhle a s plnou silou, jak dokázal *Schaffer* — zpravidla brzy po 7. měsíci. V té době dítě už rozlišuje

mezi různými osobami ve svém okolí a je velmi citlivé na odchod té osoby, která o ně stále pečuje. Závislost na takové osobě (nejčastěji to bývá matka) je v té době maximální, a i když se dá do jisté míry pozměnit ještě jinými vztahy (k druhé nebo i další osobě), přece jen jí nemůže být dítě bez škody v přílišné míře zbavováno. Tato závislost má totiž podle všeho základní význam pro pocit jistoty a organizaci úzkosti, takže podmiňuje prvotní utváření osobnosti dítěte. Dítě, které takový vztah vůbec nevytvořilo, zdá se trvale poškozeno ve své schopnosti tvořit vztahy k lidem a ke společnosti vůbec. Dítě, které je vztahu již ustaveného náhle zbaveno, reaguje zprvu prudce protestními reakcemi, a trvá-li separace déle, je i ono zabrzděno ve svém osobnostním vývoji. Citlivost dítěte na strádání nedostatkem takového vztahu k jedné nebo dvěma osobám trvá s malými výkyvy patrně až do 3 nebo 5 let. I krátkodobé separace mohou v té době vyvolat poruchy již proto, že dítě nedovede ještě ocenit časové intervaly a nerozumí ujištění »za den, za týden«. Citlivost na tento druh deprivace (»mateřské«) je v této době tak velká, že převáží citlivost na změny ostatního zevního prostředí. Je-li porušena jen stálost navyklého prostředí smyslového (například přemístěním do nemocnice), je dítě s to uklidnit se v přítomnosti matky nebo jiné osoby na jejím místě a je s to brzy se přizpůsobit, zvědavě využívat nových možností, volně si hrát apod. (např. i při vyšetření). Na druhé straně však snáší dítě odchod matky snáze, zůstane-li mu zachováno aspoň ostatní věcné prostředí, tj. když aspoň samo zůstane »doma«.

Po 3. roce se sociální vztahy dítěte rozšiřují. Větší rozmanitost těchto vztahů je potřebná k normálnímu vývoji. Dítě začíná být tedy citlivé i na nepřítomnost druhých osob ve svém okolí — otce, popřípadě prarodičů, sourozenců. Deprivace »rodinná« nastupuje na místo deprivace pouze »mateřské«. Rodina jako celek dodává teď dítěti ony afektivní podněty nezbytné pro jeho pocit jistoty. Kolem 6 let je dobře vyspělé dítě schopno částečné samostatnosti, dočasného odloučení od rodiny a je s to tvořit nové vztahy k učiteli, ke spolužákům, k pracovnímu kolektivu — je »školsky zralé«. Nicméně je i v této době silný afektivní hlad na všech úsecích života rodinného, školního i sociálního (*Bollea*), takže se dlouhodobý nedostatek afektivních podnětů, například ve vnitřně rozpadlé rodině, projeví zřetelnými poruchami chování a neharmonickým vývojem osobnosti. V té době je dítě silně citlivé na nové afektivní prvky, například na ocenění, pochválení, těžko snáší ironii nebo prohru ve hře. Trvalý školní nezdár dětí méně nadaných může být proto vývo-

16  
jově velmi nepříznivým činitelem. Schopnost dítěte v tomto období (6 až 10 let) najít oporu a jistotu ve skupině ostatních dětí umožňuje mu spíše snášet přemístění do ústavu, zvláště najde-li tam nějaká citová pouta a příležitost k uplatnění. Děti vychovávané v ústavech od útlého věku začínají se v této době spíše poněkud upravovat, jejich vývoj se vyrovnává a školní prospěch se zlepšuje. Vedle rozšíření sociálních vztahů souvisí to patrně i s přechodem od »globálního« myšlení (senzoricko-motorického synkretismu) k myšlení abstraktnímu, kategoriálnímu (Piaget, Wallon, Gesell). Zájem dítěte soustředěný dosud jen na sebe a na ukojení živě pociťovaných afektivních potřeb začíná se nyní více obracet k zevnímu světu. Růst poznatků je velmi překotný co do rozsahu, ale je i kvalitativně vyšší úrovně — začíná osvojování abstraktních pojmů, času, prostoru a dějů, v nichž rozlišuje přírodní síly od působení dospělých a jiných dětí. Proto je dítě v té době i méně citlivé na dočasné odloučení a lépe se adaptuje už v méně osobním prostředí kolektivní instituce — zato se projeví silně nedostatky pedagogického vedení, poučení, ale i norem jednání, autoritativních vzorů a mravních ideálů. I z toho důvodu je nepřítomnost otce ve výchově nyní často zřetelněji patrná než nepřítomnost matčina. Kolem 10 až 11 let dosahuje dítě relativní autonomie, a jak se ztrácí jeho vysoká plastičnost v ostatních vývojových složkách, omezuje se i jeho schopnost tvořit intenzivní a intimní citová pouta. Proto také teď snáší často hůř přechodné umístění v pěstounské rodině než v neosobním internátu.

b) *Konstituční faktory.* Všeobecně se uznává, že mezi dětmi jsou velké individuální rozdíly v reakcích na deprivaci, ale málo je zatím známo o příčinách těchto rozdílů. Je pravděpodobné, že k nim přispívají vrozené i získané vlastnosti, jimiž se děti liší jak v síle potřeb, tak ve schopnosti snášet jejich nedostatečné uspokojení. Už potřeba sání je zřejmě velmi rozdílná u různých kojenců a projevuje se i různými náhradními akty (např. dumláním prstů) i různou reakcí na odstavení. Stejně rozdíly jsou patrné i v ostatních potřebách — v potřebě kožní a pohybové stimulace a zevního podněcování vůbec. Konkrétních studií o tom však zatím není. Schopnost snášet deprivaci se pak řídí nejen intenzitou jednotlivých potřeb, ale i schopností »odložit« jejich ukojení bez selhání adaptačních mechanismů organismu. Málo je zatím známo o tom, co je podstatou této tolerance. Předpokládala se například jakási obecná »adaptační energie« (Seleye 1938), kterou mají jednotlivci v různé míře. Podle psychoanalytické koncepce je tolerance

na frustraci funkcí ego, která se postupně vytváří, jak realita vyžaduje oddalování bezprostředního uspokojení. Má se také za to, že prožitky prvních několika dnů po narození mohou dalekosáhle určovat snášenlivost dítěte a určovat jeho dráždivost (*Spitz*). Především tu má význam jistota a klidné zacházení matky i nerušené a dostatečné kojení. Nasvědčovala by pro to pozorování *Meiliho* (1961), který našel poměrně vysokou korelaci mezi klidným chováním dítěte a vřelostí, eventuálně bezstarostností matky, zájmem otce, dosti dlouhým kojením apod. Pro řešení této otázky mají mimořádný význam četné sovětské studie na zvířatech i malých dětech, vycházející už z Pavlovových pozorování, že zvířata slabého typu VNČ vykazovala negativní postoj k novým zkušenostem, zvířata silného typu naopak pozitivní. Slabý typ vede zpravidla k vysoké senzibilitě a nesnášenlivosti na deprivaci prožitky. Cenná jsou i pozorování *Petriové*, svědčící o tom, že tolerance na senzickou deprivaci patrně souvisí s tendencí k »nasycení«, popřípadě k redukci subjektivního prožitku po stimulaci (viz str. 163).

Ať je tomu jakkoliv, každému, kdo pozoruje kojence nebo batolata v určité skupině, je zřejmé, že jsou mezi nimi velké individuální rozdíly v tom, jak snášejí různé změny věcného i sociálního prostředí a jak se adaptují na prostředí v některém směru ochuzené. Tato okolnost ovlivňuje ovšem i další utváření deprivaci situace, a to tím, že individuální ráz chování dítěte určuje do značné míry i reakce okolí vůči němu. Dítě dráždivé, které křičí při sebemenší nepříjemnosti, vyvolává negativní reakce vychovatelů, odmítání a ignorování — naopak dítě »roztomilé«, reagující na každého úsměvem, stává se »miláčkem« a dostává se mu plné stimulující pozornosti. Jsou děti, které vyrůstají v ústavěch od kojeneckého věku a které pro své vlastnosti jsou dostatečně zásobeny afektivně, sestry je berou do svých rodin, chlubí se jimi, každý s nimi mluví, takže mají příležitost opatřit si i dostatek sociálních a intelektových podnětů.

c) *Předchozí historie dítěte* určuje v mnohém toleranci dítěte na konflikty a drobné frustrace i na déletrvající deprivaci. Mnoho autorů poukazuje na to, že opakované deprivace zanechávají zvýšenou zranitelnost a že lehká deprivace vyvolává u dítěte senzibilizovaného v předchozím kritickém období často reakce už těžké (»řetězové reakce« — *Friedemann*, 1958). Zásahy rodičů vnášejí často do historie deprivovaného dítěte konflikty, které na bázi nezralé osobnostní struktury vyvolávají charakterové neurotické poruchy různého druhu (na-

příklad při adopci dítěte v předškolním nebo školním věku). Důkladná znalost individuální životní dráhy každého deprivovaného dítěte je tedy pro pochopení jeho stavu nezbytná.

## 2. Zevní podmínky (deprivační situace)

X Je dnes jasno, že nemůžeme předvést jednotný obraz »ústavního dítěte«, neboť ústavy jsou velmi rozdílné a možnosti, které vývoji dítěte poskytují, jsou někdy diametrálně rozdílné. Nelze mluvit ani paušálně o »dobrém ústavu« nebo o »špatné rodině«, dokud není přesně určeno, jaké jsou přednosti a nedostatky jednoho či druhého. Ale ani děti vyrůstající v témž ústavu nejsou vystaveny týmž vlivům a jejich vitální psychické potřeby nejsou stejně uspokojovány. *Pringleová* ukázala přesvědčivě, jak rozdílně se vyvíjejí děti, které mají vztah k rodičům nebo příbuzným mimo ústav, třebaž je tento vztah udržován jen návštěvami nebo dopisy. Totéž dokazují zkušenosti našich pracovníků s dětmi hospitalizovanými na infekčním oddělení (*Milotová-Kluska-Stejskal*) a táž zkušenost je potvrzována i experimentálním zkoumáním sensorické deprivace: jakákoliv okolnost umožňující pokusně osobě styk s okolím (třebaž jen mikrofonom) působí antideprivačně (viz str. 159). Dítě, které už může pochopit nutnost odloučení, přizpůsobí se mnohem lépe, jsou-li mu trochu jasné i důvody. Nejasnost v tomto směru působí druhotné intrapsychické konflikty — dítě si vykládá odloučení nebo umístění v ústavu jako trest, jako ohrožení svého postavení, jako zoufalou situaci bez naděje na změnu. Podobně je důležité, může-li si udělat představu, po jakou dobu musí být odloučeno — svědčí o tom opět zkušenosti z klinické praxe i poznatky z experimentální sensorické deprivace.

Nezáleží však tolik na objektivním utváření vnější situace, ale na tom, jak tuto situaci prožívá subjekt ve své jedinečnosti. Z toho hlediska je také třeba pokusit se o bližší vymezení druhu deprivace, tj. o určení potřeb, které především zůstávají nenasyceny. Rozeznáváme pak:

- a) deprivaci smyslovou a motorickou,
- b) deprivaci afektivní v širokém slova smyslu,
- c) deprivaci sociální.

V různých klinických situacích jsou tyto druhy různě zastoupeny. Převádění všech těchto druhů na jediný (nejčastěji sociální) není podle našeho mínění oprávněno, neboť bylo prokázáno, že možnost sociálního kontaktu neodstraní zcela poruchy vzniklé ze smyslového

nedostatku (viz *Davis 1961*) ani naopak. Přesto je ovšem za běžných podmínek mezi všemi druhy určitá souvislost.

Dítě v ústavech zvláště v dřívějších letech strádalo zřejmým nedostatkem smyslových podnětů (zrakových, sluchových aj.) a poruchy, jak je popisuje *Spitz*, byly nesporně tímto nedostatkem silně ovlivněny (dítě v ústavu, kde konal *Spitz* pozorování, viděly často celé hodiny jen strop, neměly si s čím hrát, často i pohyb byl silně omezen). Ve snaze odčinit tyto poruchy poskytovali pak ústavní pracovníci dítěti podněty ve větším množství, avšak příliš málo proměnlivé, takže vyvolávaly brzké jednostranné přesycení (*Vaňouček, 1959*), tedy deprivaci, k jaké dochází při každé redukci proměnlivosti zevních podnětů (*Hebb*). Mnohé podněty, které jsou dítěti v ústavu poskytovány, nemají pro ně význam, ale jsou jen »šumem«, který nemůže odstranit prožitek prázdnoty. Jakékoliv zvuky a děje s určitou, dítěti vnucovanou strukturou neplní ještě úkol vývojově potřebných podnětů a nenasyčují základní potřebu smyslového zásobení, tak důležitého pro všestranný rozvoj intelektu a osobnosti (*Hart-Tudorová*). Je třeba zajistit smyslové podněty v dostatečné míře, v dostatečné proměnlivosti, ale i v dostatečné stabilitě (tj. bez náhlých proměn dítěti cizích) a ve významu přiměřeném jeho věkovému stupni.

Řada podnětů, zvláště kožních a kinestetických, má pro dítě v raném věku hlavně silný afektivní význam. Je-li ponecháno bez jakékoliv stimulace tohoto druhu, strádá stejně jako laboratorní živočich. »Něžná, milující péče« sester ošetřujících kojence, s častým pochováním, přimlouváním, polaskáním, má nesporný stimulační vliv na vývoj i uzdravení mnohých »neprospívajících« dětí. Tyto afektivní podněty jsou potřebné dávno předtím, než dítě rozpozná osobu, která mu je poskytuje a jejich nedostatek způsobuje hluboké poruchy, častokráté popsané. Větší dítě nemá o nic menší potřebu afektivní stimulace, která však musí být už diferencovanější. Má už také jiné formy: ujištění, pochválení, souhlasné prohovoření různých problémů, úspěchy, které zakouší, ale po dlouhou dobu ještě pomazlení s rodiči, ale i pomazlení s panenkou nebo medvídkem, což tu zastupuje obrácený vztah matka-dítě.

Matka nebo kdokoliv na jejím místě, kdo poskytuje nasycení základních biologických a psychologických potřeb dítěte, poskytuje už v nejranějším věku i většinu oněch smyslových a afektivních podnětů — avšak vztah k ní je i sám o sobě významný. Nedostatek tohoto vztahu nemůže být nahrazen bohatstvím podnětů poskytovaných ano-

nymními nebo stále se střídajícími osobami. (Zapojení dítěte do společnosti může se dít jen postupem od jedné nebo snad dvou či tří osob pozvolna k širšímu společenskému okruhu. Příliš časně zapojení do kolektivu bez zprostředkující pomoci dospělého může mít za následek utváření povrchních, mělkých vztahů k lidem.

Ačkoliv tedy nelze popsat obraz deprivovaného dítěte jednotným syndromem, ba ani několika takovými vyhraněnými syndromy, z nichž každý by odpovídal určité deprivaci situaci, přece jen se můžeme pokusit naznačit následky psychické deprivace obecně, aspoň v hlavních rysech. Různí badatelé hledali jádro poruchy v různých oblastech osobnosti: v poruše mezilidských vztahů (Bowlby, Aubryová), v nezralosti »ego« (Beres-Obers), v defektu abstraktní atitudy (Goldfarb) atd. Vycházíme-li z koncepce psychické deprivace jakožto nedostatečného ukojení vitálních psychických potřeb, pak základní její následky musíme hledat ve změně intenzity a hierarchie potřeb. To má pak další důsledky: všechny funkce organismu jsou pozměněny tak, aby byla zajištěna existence organismu za změněných podmínek.

Není dosud úplné shody o tom, jak je změněna intenzita potřeb po jejich dlouhodobé deprivaci. Krátce trvající hladovění vede ve zvýšené míře k takovému chování, které má umožnit nasycení. (Účinnost podání potravy jako zpevnění při učení (podmiňování) je po hladovění zvýšena, po nasycení naopak snížena.) Podobně období krátké sociální deprivace zvyšuje výskyt chování zaměřeného k navázání sociálního kontaktu (Gewirtz, 1958). Vernon (1956) našel po krátké sensorické deprivaci zlepšení schopností k učení a řada autorů pokládá zvýšenou obrazotvornost po sensorické deprivaci za reakce zaměřené k zvýšení podnětů zvnitřka, když nelze potřebu stimulace krýt podněty vnějšími. Pozorování svědčí pro to, že ve skutečných životních situacích dochází ke zvýšení pudových tendencí (»drivů«) po určitém období deprivace stejně jako v experimentu. Tohoto původu jsou prudké protestní reakce dítěte odloučeného od matky, ale i jeho úzkostné lpění na matce po návratu domů, nadměrná a předem neznámá závislost na matce, přesahující i vysokou závislost, která se v daném věkovém období pokládá ještě za normální. (Zvláště nápadný je »hlad po lásce« u dětí, které vyrůstají bez ní (Goldfarb) — jejich vtíravost, nároky na pozornost a na přítomnost dospělého, jejich věčná neukojitelnost jsou dobře známy.)

Následky zvýšené síly neuspokojované potřeby jsou pak různé po-

dle individuálních okolností. Za příznivých podmínek může to být podnětem k urychlení vývoje osobnosti, tj. k rozvoji prostředků, které mají zaměřenou cestou umožnit nasycení. [Dítě, které již dosáhlo jisté úrovně svého vývoje, stane se po odloučení od rodiny samostatnějším, a tak si najde uspokojení svých zvýšených sociálních potřeb mimo okruh rodiny.] Tak je tomu i u některých ústavních dětí, které jsou dosti pohyblivé, »roztomilé« a přitažlivé, jak jsme se o tom již zmínili. Avšak dítě, které není dosud schopno takových zaměřených reakcí, je naopak deprivací zkušeností zabrzděno ve svém vyspívání a hledá uspokojení zvýšeného napětí vyvolaného neuspokojenou potřebou spíše v neřízené aktivitě charakteristické pro útlý věk. Takové děti se chytají každého, kdo jde kolem, vtírají se do pozornosti a přízně dospělých, lpí na každém, kdo je pohladí, mají neukojitelnou potřebu mazlit se atd. Takováto regrese však může jít ještě dále a projeví se nediferencovanou hyperaktivitou celkovou, a to zvláště tam, kde jde o deprivaci těžkou a všestrannou. Monohokrát byly popsány těžce deprivované děti jako krajně neklidné, nestálé, v ustavičném neřízeném pohybu, jako »animální bytosti« nepopsatelně dráždivé, neklidné, ječící (děti z koncentračních táborů), jako »divoké a nezkrotné bytosti« (Helena Kellerová), které se jen těžko podrobovaly vedení dospělých (děti po extrémní izolaci) apod. Ono zvýšené napětí může však najít odpovídající výraz i v náhradním (substitutivním) chování, tj. přemístěním aktivity do oblasti jiné tendence, jako je například agresivita nebo sexuální tendence. Jistý počet deprivovaných dětí je nápadný právě svou útočností, vzpurností a zlomyslností (Goldfarb, Françoisová), popřípadě destruktivním chováním. Některé děti vykazují zvýšené sexuální tendence, předčasně probuzenou sexuální aktivitu (viz např. případ F. J., citovaný na str. 32), jiné vykazují zcela nepřiměřenou »zvědavost« a explorační aktivitu (pozoroval Goldfarb u ústavních dětí, Hebb u izolovaných štěňat).

Klinická zkušenost však nasvědčuje tomu, že za jistých podmínek — které dosud dobře neznáme — může dlouhodobá deprivace vyvolat naopak snížení intenzity potřeby. (Představujeme si, že dítě, které žádným přímým ani náhradním způsobem nemůže dosíci ukojení — buď pro nízký věk, pro své konstituční vlastnosti, nebo pro dalekosáhlost a trvalost deprivace — najde přizpůsobení na jisté nižší funkční úrovni, obdobně jako ustavuje podvyživené dítě výměnu látkovou na nižší hladině. Krajní případ takové psychické dystrofizace můžeme vidět v rozvinutých obrazech Spitzova hospitalismu: děti ležely zcela

pasívně ve svých postýlkách, s prázdňm, strnulým výrazem a bez hnutí celé hodiny — jako katatonici.] Podobně pozorovala L. Fischerová skupinu pasívních 6měsíčních kojenců, kteří nejevili žádnou sociální odezvu a nalézali uspokojení jen v dumlání prstů. Také experimentální práce ukazují na možnost tohoto typu reakce: zatímco za jistých podmínek jevíly pokusné osoby nepřekonatelný »hlad po podnětech«, doprovázený vnitřním napětím a živou obrazivostí, projevovalo se za jiných podmínek (resp. u jiných osob) spíše snížení snahy vnímat a řešit úkoly, »ztráta potřeby myslit« (Levy) a zvláštní apatická, nevšimavá spokojenost. Klinické odlišení dětí projevujících se takovýmto »útlumem« aktivity od dětí hyperaktivních bylo konstatováno mnohými pracovníky (např. Roudinescová, Fischerová, Damborská, Nováková aj.).

Podle vnitřních podmínek i zevních okolností mohou se tedy následky deprivace projevit zcela obecně několika způsoby. Rozlišili jsme na podkladě těchto úvah a klinických zkušeností čtyři základní »typy«, které ovšem nejsou nikterak vnitřně homogenní ani navzájem ostře ohraničené.

1. *Relativně kladně přizpůsobený typ*, u něhož zvýšení potřeby následkem deprivace vedlo k pokusům o přizpůsobení přiměřenými prostředky, k určité relativní samostatnosti a k nalezení zdrojů ukojení sociálně přijatelným a osobně vyhovujícím způsobem. Děti tohoto typu najdeme zpravidla v každé skupině žijící v deprivacních podmínkách (snad kromě podmínek nejtěžších) — v ústavech, v zanedbávajících nebo rozvrácených rodinách, mezi dětmi opakovaně dlouho hospitalizovanými, mezi dětmi poškozenými za války atd. V ústavech zůstávají dobře přizpůsobeny, prospívají dosti dobře ve škole, na jejich chování není zvláštních stížností. Situace se může změnit, když dítě přejde do jiného prostředí, na něž jeho nerozvinuté adaptační schopnosti nestačí.

2. *Typ s přímým zvýšením intenzity nenasycených potřeb*, projevující se nepřizpůsobivým chováním v oblasti dané potřeby (snaha upoutat pozornost, vtíravost) nebo v celkovém chování (celkový neklid, těkavost). Poněvadž jde většinou o deprivaci potřeb emočních a sociálních, obráží se i v chování především zvýšená intenzita těchto potřeb; zájem o věcné okolí, o práci, o úkoly je naopak v úpadku. Tyto děti jsou v kolektivu ústavů nápadné jak svým chováním, tak většinou i špatným školním prospěchem, který zřetelně neodpovídá

jejich inteligenci, a přecházejí proto často do zvláštních dětských domovů.

3. *Typ se substitutivním zvýšením intenzity jiných tendencí*, projevující se zvláště agresivitou, opozičností, destruktivními tendencemi, s výbuchy zlobných afektů i krutostí (trápí zvířata i druhé děti), zvláštní explorační snahou, zvýšením výživových potřeb apod. To jsou ovšem případy zvláště obtížné a tyto děti končí často v DZVP. Jejich přešupky v prepubertě, pubertě a adolescenci mívají zvláštní ráz. Bývají to projevy primitivních afektů nekontrolovaných úzkostí a »svědomím«. Dopouštějí se zlomyslností, necítí hanbu ani vinu za své činy, neznají solidaritu, nedodržují pravidla a neplní sliby, takže zpravidla nebývají ani členy tlup. Vyskytují se u nich leckdy »symbolické« lži, krádeže a toulky, které mají umožnit náhradní uspokojení. Snaží se »koupit si« pozornost a obdiv kamarádů nebo dodat si konečně chybějící ujištění o vlastní ceně a významnosti. Předčasně projevená sexualita zůstává na infantilní úrovni a znemožňuje vyspělý způsob sexuálních vztahů v pozdějším věku (M. Kurland, 1960) — o etiologii erotické pedofilie; J. Raboch a J. Šípová, 1961).

4. *Typ pasivní, apatický, »útlumový«* se skupinou symptomů regresivní povahy (dumláním, enurézou i enkoprézou, automatismy, často s anorexií). Tyto děti bývají odtažité, rezervované k pokusům o kontakt, nevýrazné v projevech, někdy »nápadně hodné«. Některé jsou vážně opožděné, takže se snadno dostávají do zvláštních dětských domovů — v extrémním případě i do azylu. Jiné — méně postižené — zůstávají v normálních dětských domovech a bývají charakterizovány jako tiché a podrobivé, někdy až ustrašené, infantilní, lhostejné k úspěchu i neúspěchu, bez iniciativy.

K těmto čtyřem typům můžeme přiřadit ještě další, a to děti, které jsou vystaveny konfliktním situacím, jež vedou k rozvoji neurotické symptomatologie.

Ať už jde o deprivaci poškození jakéhokoliv typu, následky se týkají vždy osobnosti jako somatopsychického celku. Nejde nikdy jen o změnu intenzity některé potřeby, ale o celé přeorganizování systému potřeb a sklonů osobnosti i všech těch funkcí, kterými subjekt disponuje jako prostředky k obstarání podnětů nezbytných k uspokojení (nasyčení). I v krátkodobém experimentu na osobách již dospělých lze prokázat (viz Azima, str. 163—164), že za deprivace dochází k uvolnění dosavadní struktury osobnosti a k reorganizaci na nové základně — tím spíše u dítěte a za dlouhodobého deprivacího působení.

Nejnápadnější a nejvšeobecnější jsou zpravidla poruchy mezilidských vztahů. I když jde o poruchy různě utvářené (vtíravost, agresivita, lhostejnost), vždy je tu nějak narušena schopnost dítěte vytvářet přiměřené styky s dospělými i s dětmi, jeho schopnost dávat i přijímat lásku a sdílet se o emoční prožitky. Poruchy vztahu k lidem jsou zpravidla mezi prvními příznaky deprivace a přetrvávají ve svých důsledcích často zřejmě až do dospělosti. Domněnka, že dospělí lidé neschopní navázat šťastné vztahy v manželství a neschopní výchovně kladného vztahu ke svým dětem jsou často vlastně někdejšími deprivovanými dětmi, je dnes většinou uznávána a doložena četnými klinickými údaji, i když nelze samozřejmě vždy předpokládat, že je to příčina jediná. I děti zdánlivě dobře přizpůsobené za svého pobytu v ústavu nebo v jiném přesně vymezeném prostředí mohou v tomto ohledu zklamat, když jsou postaveny před úkol navázat vztahy rozmanitější, a hlavně citově hlubší a trvalejší (např. v manželství).

Nedostatek kladného vztahu k lidem projeví se pak dalšími důsledky sociální povahy, především opožděným osvojením sociálních návyků a norem. Deprivované dítě obtížně rozlišuje, co je dobré a co ne, těžko si osvojuje společenská pravidla a hodnoty mravního kódu »svědomí«. Je to ovšem leckdy přímý důsledek toho, že nemá ve svém prostředí dost příležitosti k jejich poznání a praktikování — avšak leckdy zde tyto možnosti jsou, ale není jich využito pro nedostatečnou kapacitu dítěte. Nedostatek užšího kontaktu s lidmi projeví se ovšem i v defektním vývoji všech těch prostředků, které slouží právě k udržení a rozvíjení tohoto kontaktu, především v defektním vývoji řeči.

Citová nezralost a primitivní afektivní organizace projeví se nejen ve vztahu k lidem, ale i ve vztahu k učení, které brzdí a ztěžuje. Intelektuální vývoj, který je ostatně do značné míry závislý na sociální interakci, může být brzděn »emocionální bariérou« (Eisenberg) a výsledkem je nejen snížená výkonnost, opožděné nabývání vědomostí a školních znalostí, ale i opoždění v rozvoji forem intelektuální činnosti. Především je zabrzděn vývoj od globálního k diferencovanému vnímání a od konkrétního k abstraktnímu myšlení. »Školní nezralost«, o níž jsme se zmiňovali, je důsledkem sociální, emocionální i kognitivní nezralosti deprivovaného dítěte.

Psychická deprivace může se však projevit i v oblasti tělesných funkcí. Tato okolnost bývá nejčastěji brána v pochybnost, neboť nelze snadno prokazovat příčinný vztah deprivace a fyzických poruch, je však dost klinických a experimentálních dat, která nás nutí, abychom

možnost takových následků uznali. Anorexie s následným poklesem na váze považují mnozí pracovníci shodně za projev deprivace. Je-li deprivace těžká nebo přidruží-li se ještě nedostatečná výživa, může vzniknout i dystrofizace, popřípadě jiné závažné poruchy výživy. Ukázal na to například *Geber a Dean* (1955), kteří studovali vznik kvašiorkoru u dětí v Ugandě. Potrava poskytovaná dítěti v této krajině je totiž takového druhu, že dostatek bílkovin se dostane pouze dítěti s dobrou chutí k jídlu — a její pokles vyvolaný akutní »mateřskou« deprivací (radikálním a důsledným odmítavým postojem matky provázejícím náhlé odstavení) vede až příliš snadno k této těžké nemoci. Velmi často pozorujeme u deprivovaných dětí i pokles svalového tonu v kojeneckém i v pozdějším věku, jakož i následky této poruchy (astenie, vadný postoj, vysedlé lopatky a ploché nohy). Je to ostatně pochopitelné, uvědomíme-li si souvislost nervosvalového tonu se způsobem integrace emocí a přihlédneme-li i ke skutečnosti, že prostřednictvím »tonickosvalových« forem se uskutečňují i jisté formy meziosobních vztahů (*M. Stambaková, J. Ajuriaguerra, 1958*). Jestliže dystrofizace a celková hypotonie ohrožuje zvláště děti pasivního typu, pak děti 3. typu hledají někdy substituci v přemíře jídla. *Aubryová* (1956) ukázala na nápadnou bulimii některých ústavních dětí. *Fried a Mayer* (1948), kteří sledovali na Wetzlově síti tělesný vývoj dětí přijatých do speciální dětské osady, určené pro nápravnou péči o deprivované děti, zjišťují výrazné poruchy růstu ve smyslu prosté podvýživy u 75 až 90 % nově přijatých dětí a v menší míře ve smyslu obezity. V lepších podmínkách se zlepšil tělesný stav u dvou třetin dětí během půlroku, přičemž bylo možno konstatovat zřejmý paralelismus mezi somatickým stavem a sociálně emočním přizpůsobením dítěte. Autoři konstatují, že poruchy růstu a výživy u těchto dětí nelze napravit jen úpravou výživy, spánku, odpočinku a tělesného cvičení, ale že je nutné dodat dítěti pocit citového bezpečí a klidu. O podobném zlepšování somatického stavu »neprospívajících« kojenců při zvýšené citové stimulaci jsme se zmiňovali už dříve (viz také náš případ R. D., uvedený na str. 213).

*Spitz* (1946) zdůrazňoval, že děti s projevy anaklitické deprese mají sklon k těžkým ekzémům. Je dobře známo, jak je kůže citlivá na emoční napětí a lze to snadno pochopit z celkového vývoje neuroektodermu. Novější studie kojeneckých ekzémů potvrzují možnost účasti psychického strádání na jejich vzniku. *Williams* (1951) našel například zavrhuující postoj matek u většiny z 53 ekzematických dětí,

které studoval, a zjistil, že skupina dětí, u nichž byl psychoterapeuticky ovlivňován vztah matka-dítě, se zlepšovala mnohem lépe než skupina, u níž terapie byla zaměřena jen na vyloučení alergenu a místní léčbu. Také Rosenthal (1952) našel mezi matkami ekzematiků mnohem více zavrhujeících matek, které se s dítětem málo mazlily a nechávaly je křičet bez povšimnutí. Řada dalších studií (Woodhead, 1946; Miller-Baruchová, 1957; Dubová, 1961 aj.) o souvislosti jiných alergických poruch (astmatu) a psychického strádání dítěte nevedla však k jednoznačným výsledkům, takže tuto otázku nutno považovat zatím za otevřenou. Více pozitivních dokladů podpírá druhou Spitzovu hypotézu o sklonu deprivovaných dětí k infekcím. Spitz sám pozoroval těžký průběh spalniček s vysokou úmrtností u dětí v ústavech v době, kdy většina infekcí u dětí v rodinách probíhala příznivě. Řada autorů v tomto směru jeho pozorování doplňuje. Je mnoho experimentálních studií, které potvrzují, že zvířata stimulovaná (braná do ruky, hlazená) odolávají později mnohem lépe nejrozmanitějším zátěžím (chladu, nedostatku potravy a vody, imobilizaci, paratyroidéktomii, úrazům, intoxikacím, infekcím apod.). Předpokládá se, že nedostatek stimulace v útlém věku značí nedostatek aktivace hypofyzo-adrenálního systému a v důsledku toho se nevyvine schopnost reagovat účinně na stres. Deprivovaná osobnost je méně vzdorná ve svém pozdějším životě, její obranné síly se snáze hroutí a celková adaptace je mnohem více ohrožena i tam, kde za klidných podmínek je dosaženo relativní rovnováhy.

## VIII. TEORETICKÉ ÚVAHY

---

Z teoretického hlediska byl prvním podnětem k formulaci koncepce deprivace nejspíše Freudův názor, že každá neuróza je důsledkem neuspokojení biologického pudu, že vzniká v dětství a trvá do dospělosti, kdy osobnost je neměnná. Mohli jsme již v předchozích kapitolách poukázat na neoprávněnost těchto názorů, ale neměli jsme zatím příležitost zabývat se blíže teoretickými hledisky, která z výsledků dosud získaných vyplývají.

Mnozí autoři pokoušejí se výsledky studií o deprivovaných dětech interpretovat jen psychoanalyticky. Ve skutečnosti však přenášejí do této oblasti spíše jen analytickou terminologii, aniž ze získaných dat mohou potvrdit nebo vyvrátit předpoklady neurčitě a příliš obecně formulované. Pokusy experimentálních psychologů a etologů vzbuzují větší naději, že bude dána určitější odpověď na teoretické otázky obsažené v naší problematice. Avšak získané výsledky zatím většinou nelze přímo přenášet do klinické problematiky. Vymezení pojmu deprivace tu bývá sice přesnější, ale zpravidla příliš úzké pro potřeby kliniky, s pokusy na zvířatech a jejich výsledky nutno v těchto souvislostech zacházet velmi opatrně, jak ostatně zdůrazňoval již sám I. P. Pavlov — a stejně opatrně nutno postupovat při výkladu zjištění získaných v pokusech na dospělých dobrovolnících.

Dosavadní teoretická neujasněnost kontrastuje tedy nepříjemně s nespornou praktickou závažností a dosahem celého problému deprivace. Trpí tím ovšem i praxe, neboť řešení mnohých praktických otázek bude nutně nedokonalé, provizorní a málo účinné, dokud nebude vypracována jednotnější a únosnější teorie. Není-li zatím dost předpokladů pro takovouto větší syntézu, možno se pokusit aspoň odpovědět na některé důležité dílčí otázky, zejména pokud mají bezprostřední vztah k praxi.

### 1. ZÁKLADNÍ PSYCHICKÉ POTŘEBY DÍTĚTE

Ve svých úvahách vyšli jsme z definice psychické deprivace jako ze stavu organismu, který vyplývá z dlouhodobého neuspokojení některé základní psychické potřeby. Jsme tedy povinni vymežit blíže,

1  
které jsou základní psychické potřeby dítěte v jednotlivých fázích jeho vývoje. To je však otázka daleko těžší, než by se na prvý pohled zdálo, a odpověď sotva můžeme mít dnes pohotově — nicméně studie klinické a experimentální nám k tomu dávají jisté předpoklady.

Donedávna se soudilo, že primární potřeby dítěte jsou výlučně biologického rázu a že značí vychýlení stavu organismu z jistého optimálního rovnovážného stavu. Všechno chování dítěte má podle tohoto názoru v podstatě zajistit ukojení těchto biologických potřeb (hladu, žízně, potřeby tepla atd.) — je tedy výrazem homeostatické funkce a napomáhá k udržení nebo obnovení onoho rovnovážného stavu. Vyšší »psychické« potřeby jsou podle tohoto názoru odvozeny ze základních biologických potřeb, dají se na ně redukovat a získávají se učením v průběhu vývoje jedince. Význam těchto potřeb vyplývá z toho, že umožňují přežívání jedince, který musí jíst, pít, dýchat, chránit se chladu a bolesti. Všechno učení je ve službách těchto potřeb: musí být »zpevnováno« odměnou, tj. dosažením něčeho, co pomáhá udržet nebo obnovit rovnovážný stav. (Laboratorní zvíře se např. učí rozlišovat správnou a nesprávnou cestu, aby dosáhlo potravy nebo aby se vyhnulo bolestivé ráně.) Praktický důsledek této teorie pro výchovu nejmenších dětí byl asi tento: stačí kojence nasytit a udržovat ho v teple a v suchu, ponechat ho co možná nejvíce v klidu; biologické potřeby určuje vychovatel sám a rozhoduje o tom, co dítěti poskytnout k udržení jeho dobrého stavu.

Deprivační studie ukázaly přesvědčivě, že tento názor nepostačuje a že existují ještě jiné potřeby dítěte, stejně základní a neodvozené, které nelze jinak úplně nahradit a které nemají ani přímou homeostatickou funkci. Dvě skupiny těchto potřeb zdají se zvláště výrazné — potřeby afektivně sociální a potřeby sensorické stimulace.

XV  
a) *Potřeby afektivně sociální.* Nejblíže biologickým potřebám je z této skupiny potřeba sání. Je závislá na hladu či nasycení, avšak ne úplně: tendence sát se zvyšuje nejen při nedostatku potravy, ale i při nedostatku příležitosti k aktu sání po delší dobu, třeba i při dostatečné výživě. Lze to pozorovat i u dětí krmených například z láhve — zvláště o tom však svědčí pokusy na štěňatech. Mládě saje (dumlá) zčásti bez zřetele na hlad, jen pro libost obsaženou v sání samotném. Ještě výraznější je to v případě potřeby sociálního kontaktu, jež je patrně složitým jevem zakládajícím se na více instinktivních aktivitách dítěte, jako je úsměv, křik, přichycení, sledování (Bowlby, 1960). Úsměv má zřetelný sociální význam — je časnou formou aktivního

kladného sociálneho styku (Bühlerová). Vyskytuje se již v období, kdy dítě ještě nerozlišuje individuální osoby, a může být vyvolán každou osobou, ba i maskou předloženou en face v pohybu (Spitz, 1946). Ani úsměv neslouží tedy výlučně homeostatickým cílům. Křik je rovněž sociálním signálem sloužícím k přivolání osob v okolí, které mají zajistit pomoc a ukojení biologických potřeb, ale i kontakt s okolím vůbec. Přichycení má rovněž zřejmou sociální komponentu, jak plyne již ze Stirnemannových pokusů dokazujících vyšší úroveň úchopového reflexu u novorozenců při objímání prstu než při zachycení dřevěné hůlky. Význam reakce »sledování« byl dobře studován u některých druhů ptáků (v jevu tzv. »vtištění« — Prägung, imprinting). Mládě brzy po vylihnutí sleduje očima zvíře, s kterým přijde prvně do kontaktu a přijímá je jako svého rodiče, běhá za ním — sleduje dokonce i každý neživý předmět, jen je-li v pohybu, je-li zahřátý a vydává-li jakýkoliv zvuk. Tak běhaly například Lorenzovy kachny a jiní ptáci za neživým modelem kachny, za experimentátorem, za krabicí, za člunem, který plul po řece, za celuloidovou kuličkou atd. (Tyto reakce zatím nebyly bezpečně prokázány u savců.)

Všechny uvedené reakce, které jsou založeny v nepodmíněné výbavě mláděte, mohou za jistých okolností sloužit k udržení biologické rovnováhy, ale velmi často jsou prováděny bez ohledu na ni a slouží k získání sociálního kontaktu samého. Každá z těchto akcí je do jisté míry nezávislá, nedá se úplně nahradit jinou a uplatňuje se s intenzitou, která patrně vyplývá z fylogenetického významu pro přežití druhu (i bez okamžitého významu pro přežití jedince).

b) Potřeba senzorické stimulace. Pokusy se senzorickou deprivací, o nichž jsme vpředu referovali, jasně dokazují nezbytnost stálé senzorické dodávky (v dostatečné míře a v dostatečné proměnlivosti a významnosti) pro dobrou funkci CNS. Dítě ještě více než dospělý potřebuje měnící se smyslové podněty a vyhledává je samo aktivně. Zvířata je jedním z nejsilnějších motivů: dítě stejně jako jiná savčí mláďata zkoumá záhy svět kolem sebe, manipuluje s věcmi, obhlíží neznámé předměty, je vzrušeno novými zvuky a novými událostmi atd. Mnoho pokusů s tímto »exploračním pudem« na krysách, opicích, šimpanzích apod. dokazuje, že jej nelze vysvětlit jen z biologických primárních pudů. Zvířata zkoumají okolí bez ohledu na nalezení potravy, sexuálního partnera apod. — naopak, někdy zřejmě dávají přednost zajímavé exploraci před nakrmením.

Butler (1954) v zajímavých pokusech dokazoval například, jak se

opice rychle učí rozlišovat barevná okénka jen pro pouhou možnost dívat se jimi ven a že pracují v těchto pokusech daleko vytrvaleji a souvisleji než kvůli potravě. Nejvíce »podnětný« byl pohled z okénka na druhou opici, pak pohled na jedoucí elektrický vláček, daleko méně pohled na ovoce. U krys v laboratoři i ve volné přírodě je patrné, že explorační činnost je intenzívnější a proměnlivější, octne-li se zvíře v neznámém prostředí — a to i při naprostém nasycení (Barnett, 1958). Zvídavost u opic dosahuje zřejmě největšího rozvoje a nalézá jedinou konkurenci v člověku — jak je to patrné ze vzájemného zájmu, který si věnují v zoologické zahradě. Mláďata zkoumají okolí horlivěji než dospělí živočichové.

Význam exploračního »pudu« nemůže tedy být jen v okamžitém uspokojení biologické potřeby a v odstranění napětí z nerovnováhy. Chování tu nesměruje jen k udržení klidu a rovnováhy, ale naopak k jisté tenzi a k činnostem prováděným pro ně samy. V daleké perspektivě mají ovšem i ony význam a druhově jsou jistě osvědčenými prostředky. Výsledků explorační (získaných informací) může jedinec použít, když později skutečná biologická potřeba vznikne, a kromě toho se explorační i »cvičí« a získává tak prostředky k účinnějšímu styku s prostředím v budoucnosti.

Jiný druh potřebné stimulace představují podněty kožní a kinestetické. Četné pokusy, z nichž některé jsme již uvedli, dokazují příznivý vliv hlazení, dotýkání, laskání na růst, učení a zvláště na odolnost mladých laboratorních zvířat. Zčásti mají tyto kožní podněty bezprostřední biologický význam. Například dráždění perigenitální zóny novorozenech krys a myší, které normálně zajišťuje matka lízáním, je nezbytné pro ustavení eliminačního reflexu, jak dokázali Reyniers a Ervin, 1946 — viz též Křeček, 1961. Z valné většiny je však jejich význam zcela jiný a nezávislý na uspokojování primitivních biologických potřeb. Krysy, které zůstávají bez této stimulace, rostou pomaleji i při stejné spotřebě potravy, učí se pomaleji (Levine, 1956 a 1960) a podléhají spíše různým zátěžím (Bernstein, 1952). Předpokládá se, že kožní stimulace (třeba i jen pouhé zvednutí a zase vrácení zpět do klece několikrát denně) představuje mírný »stresor«, tj. aktivuje systém hypofýza — nadledvinky. Děje-li se v časném věku, navozuje schopnost reagovat účinně na zátěž později v životě, jak lze prokázat účinnou sekretorickou reakcí (sekrecí kortikotrofinu a následující sekrecí steroidů kůrou nadledvinek).

Lze tedy mít dnes za prokázané, že primární »potřeby« ani nejmen-

šihho dítěte nelze omezovat jen na biologicky primitivní potřeby vznikající tehdy, když jedinec strádá nedostatkem něčeho, co je nezbytné pro jeho přežití. Je třeba zahrnout i potřeby nezbytné pro optimální vývoj fyzický (odolnost), intelektový a sociální. Jen takto dynamicky chápaný pojem »potřeby« může se stát základem nosné motivační teorie (Konias, 1950).

## 2. VZÁJEMNÁ SOUVISLOST POTŘEB

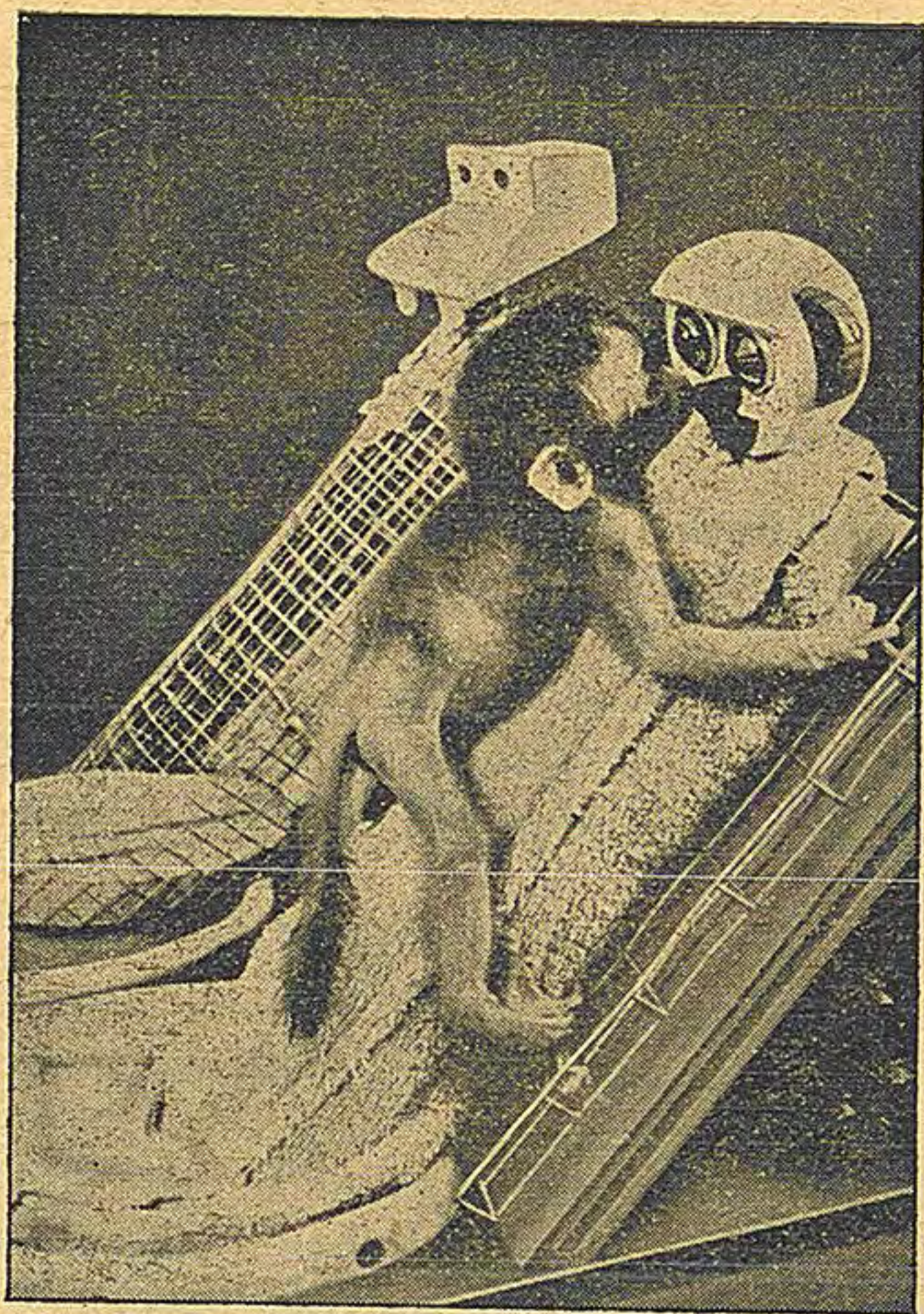
Pozorování na dětech i zvířecích mláďatech svědčí tedy pro to, že je řada relativně nezávislých »potřeb«, které nelze převést na jednu nebo dvě základní potřeby (popřípadě na jeden nebo dva »pudy«). Každá z těchto potřeb musí být uspokojena zvlášť a nedostatek v tomto směru nedá se plně nahradit uspokojováním potřeb jiných — přesto však jsou jisté okolnosti, které naznačují, že mezi potřebami existují určité souvislosti.

Především geneticky: Z mnoha studií emočního vývoje dítěte vyplývá, že emoce (provázající různé potřeby) mají zprvu charakter nerozlišeného vzrušení, jež se teprve postupně diferencuje v různé citové kvality.

Za druhé je tu skutečnost, že za jistých podmínek může být aktivita příslušející k jisté potřebě nahrazena jinou aktivitou (nasycující jinou potřebu). Po frustraci sexuálního vzrušení například následuje agrese, jinak neodůvodněná (sameček krysy odmrštěný samičkou atakuje jiného samečka), po frustraci agrese následují nepřiměřené aktivity jiné atd. Takovéto řízení vzrušení do jiných kolejí (»přemístění«) je dobře popsáno u mnoha druhů živočichů a je patrně podkladem podobných, ovšem mnohem složitějších jevů u člověka.

Jistá potřeba může být tedy uspokojena jiným, náhradním aktem, avšak i naopak lze různé potřeby uspokojit často touž situací, jak to nejlépe vidíme později ve vztahu dítěte k matce, která se stává konečnou (»konzumatorní«) situací mnoha jeho instinktivních reakcí — k ní lne, ji vyhledává zrakem, k ní utíká i při úleku.

Tyto poznatky vedly některé autory k pokusům vyložit teoreticky společnou podstatu potřeb a »pudů«. Hebb například předpokládá existenci jakéhosi »obecného pudového stavu«, který určuje úroveň nebo intenzitu (nikoliv však zaměření) aktivity, a ztotožňuje jej se stupněm aktivace retikulární formace mozkového kmene. Oprávněnost takového ztotožnění je zatím problematická. Předpokládaná jednotná nespecifická funkce ARAS (určování úrovně čilosti, aktivace) zakládá se



Náhradní matka (látková) v Harlowových pokusech. (Podle F. H. Harlowa, *Scient. Amer.* 6, 1959 — s laskavým svolením autora)

Potřeby však nevznikají a neutvářejí se samy od sebe, nýbrž v nejušším styku jedince s jeho prostředím. Nejsou podmíněny jednostranně zevnitř, ale jsou určovány vzájemnými vztahy mezi individuem a vnějším světem (Rubinštejn, 1961), vztahy, jež mají charakter rozporu a stále se obnovující dynamické rovnováhy (Linhart). To je skutečnost uznávaná, avšak nesnadno prokazatelná a vysvětlitelná. Nemůžeme se tu obírat celou složitostí těchto vztahů, ale všimněme si hlavně jednoho aspektu, který je pro potřeby dítěte v útlém věku zvláště důležitý.

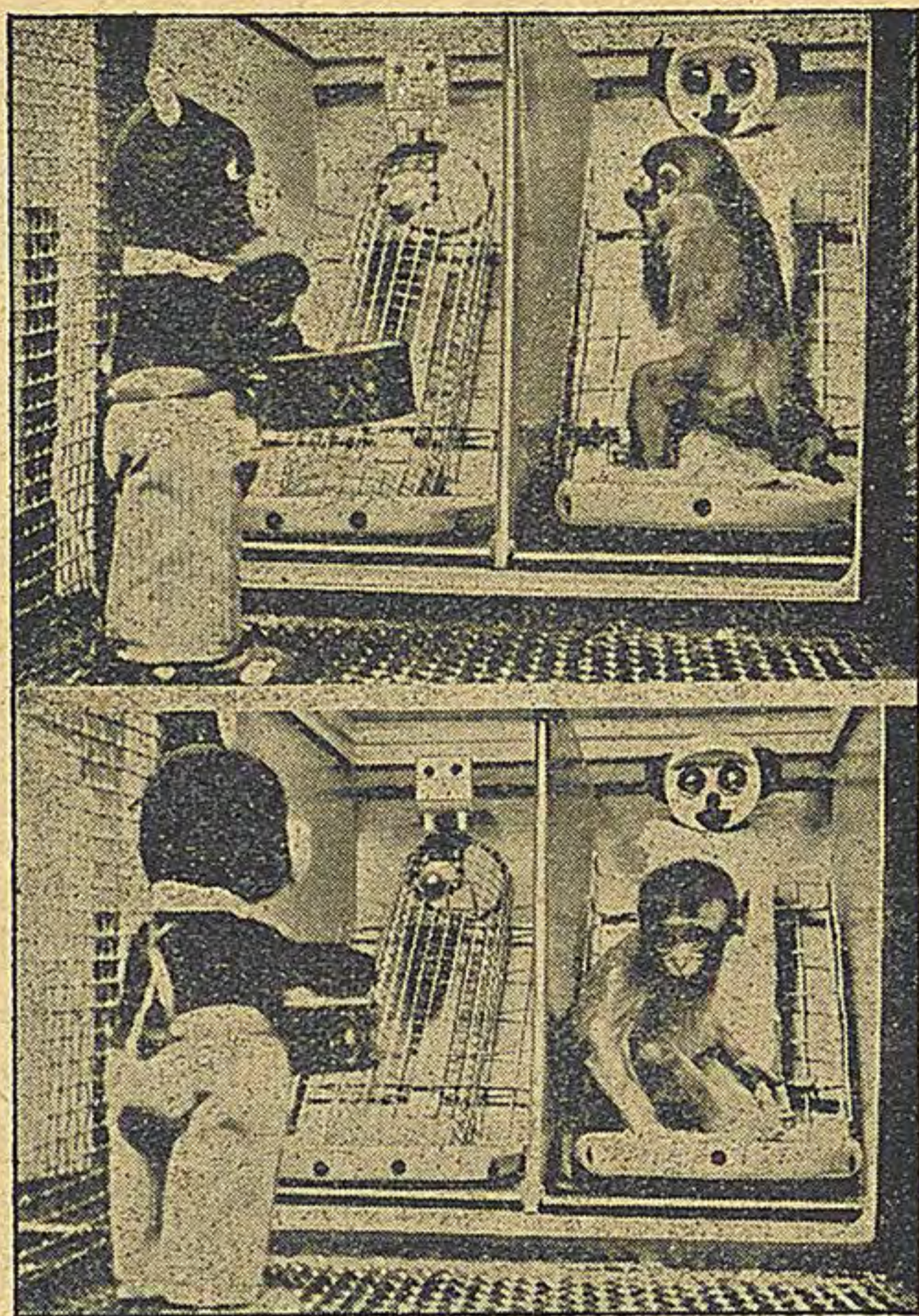
Novorozenec je vybaven řadou základních aktivit, které jsou (s jistou individuální variabilitou) u všech dětí stejné a které mají tendenci vybavovat odezvu v okolí dítěte. Bowlby uvádí tyto aktivity: sání, křik, úsměv, přichycení, sledování zrakově, Barnett přidává ještě

na velmi četných studiích ascendentního retikulárního systému z oblasti neurochirurgie, neurofyziologie, elektroencefalografie, psychologie aj. Ale jsou i četné námitky — anatomická nejednotnost systému, přeceňování podkoří na úkor kůry — a je proto nutno vyčkat dalšího potvrzení.

Jistou vzájemnou souvislost potřeb — nikoliv jejich odvoditelnost z jediné základní potřeby — možno pokládat za prokázanou, což osvětluje i některé naše nálezy o zastupování potřeb, popřípadě o jejich změněné hierarchii u deprivovaných dětí, jak jsme uvedli v předchozí kapitole.

### 3. POTŘEBY A OKOLÍ DÍTĚTE

vyhledávací pohyb hlavou. Reakce okolí v živočišném prostředí na tyto stereotypní úkony je většinou stejně stereotypní, „instinktivní“, neproměnná — reakce dospělých lidí je však daleko proměnlivější, závislá na tradicích, názorech a návycích i na individuálních vlastnostech osoby. Tyto reakce (např. podání prsu, opětovaný úsměv, naklonění a přimlouvání, pochování atd.) uspokojují aktivované potřeby dítěte v té či oné míře a vytvářejí podmínky pro opakování této situace. Tak se postupně vytváří vztah mezi dítětem a tím, kdo je ošetřuje, nejčastěji tedy jeho matkou. Tento vztah je zpravidla oboustranně velmi těsný, neboť je založen na primitivních intenzívních potřebách, a vyvíjí se a individualizuje postupně.



Reakce strachu před neznámými podněty u opičího mláděte, které hledá ochranu u své »náhradní« matky. Teprve když u ní dosáhlo jistoty, převládne zvědavost.

Dokud se potřeby kojence redukovaly jen na hlad, žízeň a vyhýbání bolesti a nepříjemnosti, pak se ovšem podstata vztahu dítěte k matce mohla hledat také jen v asociaci přítomnosti matky (její tváře, hlasu, pohybů) s ulevěním těchto vnitřních tenzí. Pokusy Harlowovy (1959) na opicích druhu macaccus rhesus, jejichž reakce pro rychlejší lokomotorickou maturaci lze lépe hodnotit než u dítěte, jasně dokazují nedostatečnost takového názoru. Harlow choval novorozené opičky v individuálních klecích s přístupem k dvěma neživým modelům matky, z nichž jeden měl »tělo« z drátěné sítě, u druhého pak byla síť potažena chlupatou látkou. Ukázalo se, že opičky se mnohem více držely látkové »matky«, otíraly se o ni, lísalý se k ní více než k matce drá-

24  
těné, a to i tehdy, když byly krmeny savičkou umístěnou na drátěné matce. Dokazuje se tu relativní nevýznamnost hladu a mimořádná důležitost tělesného kontaktu pro vytvoření vztahu mláděte k matce. Harlow dokázal, že tento vztah je ovlivněn i dalšími činiteli — pohybem (mláďata dávala přednost houpající se látkové matce i houpající se postýlce před nehybnou), možností přichycení, snad i určitými zrakovými, zvukovými a jinými podněty. Avšak tyto pokusy dokazují nejen, že dítě je přitahováno k matce afektivně kladnými podněty, které mu poskytuje, ale že se k ní i stejně »instinktivně« utíká v situacích náhlého úleku. Když byl před mláďata postaven neznámý předmět (pohybující se a bubnující medvídek), utíkala zděšeně pryč a schoulila se někde do koutka. Byl-li však k dispozici model »matek«, utíkala rychle k matce látkové a tiskla se k ní — tam se postupně uklidnila a otáčela se pak na neznámý předmět a někdy se k němu i přiblížila. Podobně tomu bylo v případě, kdy byla mláďata přemístěna do velké, neznámé místnosti s mnoha cizími předměty. Mláďata bez matky »zamrzla« v koutku, mláďata uklidněná přítomností modelu postupně začala zkoumat neznámé prostředí. Tak se tedy ukazuje, že instinktivní nebo lépe řečeno stereotypní reakce útěku a reakce imobilizace (obě reakce jsou doprovázeny subjektivně úlekem) nacházejí ukojení rovněž u matky — u objektu známého, jemuž se důvěřuje a jenž se stává »přístavem jistoty«. Podobný závěr je možno učinit ze známých pokusů *Liddellových*, při nichž jehně za přítomnosti matky klidněji snášelo bolestivý podnět, za její nepřítomnosti však »zamrzlo« v koutě (viz záznam na obrázku na str. 155). Zajímavou, i když už vzdálenější paralelu nacházíme také v pokusech *Moltzových* (1960).

Zdá se tedy, že připoutání dítěte k matce zakládá se na celé řadě základních potřeb dítěte, respektive na řadě stereotypních (instinktivních) aktů, které mají tendenci zaměřit se na jediný objekt. Tato tendence k »monotropii«, jak ji nazývá Bowlby, je charakteristickým znakem útlého dětství a ustupuje v pozdějším vývoji. Projevuje se především v tom, že dítě lpí na jedné osobě, která přednostně slouží k uspokojení jeho »psychického hladu« a je mu i základnou bezpečí a důvěry v ostatní svět. Odtud teprve se rozvíjejí další vztahy dítěte a jeho další obeznámenost se světem. Ale tendence k monotropii projevuje se i upnutím na stálé prostředí — na určitou místnost, na tytéž předměty, tytéž situace. Dítě v útlém věku nesnáší změny prostředí a režimu. Často jen pouhé přesunutí do jiné místnosti vyvolává regresivní chování dítěte, které je hned smutnější, apatičtější, ztracenější,

zůstává ležet a jen si neurčitě prohlíží stěny, nepoznává ani ošetřovatelku, která zůstává táž (podle popisu případu *Gelinierové-Aubryové*). Toto ulpívání na neměnnosti prostředí mohli jsme již častěji vyzvednout — separace od matky vyvolá například menší reakci, zůstane-li dítě doma, než když je zároveň přemístěno. Reakce úleku před novým prostředím a novými situacemi je vlastní mnoha savcům: explorační pohyby myši ve známém prostředí lze zarazit přítomností nového předmětu («neofobie» podle *Barnetta*, 1958) a i u šimpanzů je znám konflikt mezi exploratorním puzením a úlekem před neznámým (což má zajisté vysokou biologickou hodnotu jako ochrana před nebezpečím). Specifičnost dítěte je v tom, že stálost osoby dodává mu jistoty i pro situace nové a nezvyklé, kterých je v jeho životě také mnohem více a které může zvládat jen díky své úzké závislosti na matce.

Je-li vztah dítěte k matce složitý a v mnohém dosud nejasný, je *vztah matky k dítěti* jistě ještě mnohem komplikovanější, neboť do něho zasahují četné faktory osobnosti již vyvinuté i faktory kulturního prostředí. I tu ukazují pokusy, že ani u zvířat není předpokládáný »mateřský instinkt« zdaleka tak jednoduchý a jednoznačně vrozený. *Birch* (1956) mohl například na krysách chovaných v izolaci před oplodněním dokázat, že se chovají k mláďatům »mateřsky«, ale zabránili se jim během izolace ještě i v možnosti lízat své vlastní tělo, požírají své mladé, namísto aby je chránily a laskaly.

Tělesný kontakt při kojení ovlivňuje jistě nejen dítě, ale i matku. Skutečnost, že jde o »biologickou« matku, působí zajisté příznivě k vytvoření intimního vztahu, ale nezbytným předpokladem není. Zdá se, že podstatná tu je — jak jsme ukázali — jednotnost osoby a jejích reakcí a vytvoření úzkých recipročních vztahů odpovídajících nejvnitřnějším potřebám obou zúčastněných. Matka může tedy dítě zcela úspěšně adoptovat a vytvořit si k němu velmi těsný vztah.

I když vzájemné vztahy matky a dítěte jsou založeny na několika základních stereotypních aktivitách dítěte, jež mají povahu sociálního signálu, a na poměrně jednoduchých reakcích matky, které jsou dítěti srozumitelné a v té či oné míře uspokojují jeho aktivované potřeby, přece jen nabývají povahy individuálního, jemného citového styku. Zvýšená tendence dítěte k úzkostnému křiku vyvolává pravidelně vzrušení a neklid matky, který se projeví změněným přístupem k dítěti, tónem hlasu, výrazem, a to opět ovlivňuje chování dítěte. Naopak úsměv dítěte vzbuzuje často uspokojení i u matky, která byla dosud »chladná«, a mění podstatně její postup. Nesmírně jemná povaha vzta-

hu matky a dítěte, jak se odráží v systému sdělovacích bezeslovných prostředků, vytvořeném již v nejútlejším věku, působí pak mocně na další vývoj dítěte.

Za těchto okolností je zřejmo, že přerování takového úzkého vztahu znamená frustraci mnoha základních potřeb dítěte — subjektivním odrazem této akutní frustrace je úzkost (primární »separační úzkost« podle nového výkladu Bowlbyho).

#### 4. VÝVOJ POTŘEB

Potřeby dítěte nejsou statické. Rostou a mizí pomalým nepravidelným tempem v rozličných obdobích života, mění svou strukturu a intenzitu i svůj význam pro celou osobnost dítěte. Tyto změny jsou jistě z velké části dány vyspíváním (maturací) dítěte. Mnohé aktivity přestanou být nutné, když si dítě osvojí větší míru lokomotorických dovedností, a ztrácejí svůj původní význam, který měly pro přežití. Některé však spíše vzrůstají, dosahují v určitém období svého vrcholu a pak opět poklesnou, například tendence lpět na matce a sledovat ji, která vrcholí kolem 2. roku. Potřeby se však mění i pod vlivem učení a zkušeností, například větší obeznámenost se světem zmenšuje strach z neznámých předmětů a míst a zlepšuje schopnost adaptovat se na změny. Protože v prvním období má dítě pro styk s okolím k dispozici jen »konkrétní« prostředky (motorické reakce), je mu třeba určité stability prostředí. S přibýváním »abstraktních« způsobů chování kolem 3 let začíná být lépe vybaveno pro přizpůsobování proměnlivému okolí a stálost prostředí, osob a režimu není již tak nezbytná. Zvláštní význam tu má vývoj řeči, jejíž regulující funkci experimentálně studovali zvláště sovětské badatelé (Lurija, Kolcovová). Umožňuje specificky lidskou abstrakci a vytváří předpoklady pro pochopení změn v různých konkrétních situacích. Jakmile se řeč dostatečně vyvine, je dítě schopno aspoň jednoduše chápat důvody dočasného odloučení, poněkud i dobu odloučení, ztrácí svou dosavadní závislost a uvolňuje se pro širší styky s ostatními lidmi. Má dokonce potřebu tohoto širšího styku a začíná formy osobního kontaktu přenášet i na ostatní lidi, na děti, na zvířata i na panenky. Zmíněná monotropie, která se vyvíjí v prvním roce života (různě silně v různých oblastech dětské reaktivity) a která se zřetelně projeví »navázaností« na jednu osobu kolem 7. měsíce (Schaffer), začíná se tedy kolem 3. roku ztrácet. Závislost na matce je postupně nahrazována závislostí na rodině a závislostí na širším sociálním prostředí vůbec, dokud není jedinec schopen obstát relativně samo-

statně. Separace jakožto diferenciační proces mezi dítětem a rodiči je tedy nutným vývojovým procesem s kladnou vývojovou hodnotou (Allen). Dřívější omezení dětského chování na jisté víceméně stereotypní způsoby chování se rozplývá v bohatším, adaptivnějším chování se schopností srovnávání a předvídání a se stále jemněji a složitěji utvářeným předivem potřeb, sklonů a zájmů, jež charakterizují rozvinutou osobnost dospělého člověka.

## 5. OBECNÉ ZMĚNY POTŘEB PO DEPRIVACI A NASYCENÍ

Zcela obecně řečeno, intenzita potřeby roste po období deprivace a klesá po nasycení. Učení v bludišti je nejčastěji motivováno nějakou potřebou (hladem, žízní) — dosáhne-li pokusné zvíře nasycení, klesá zpravidla jeho aktivita celková i aktivita zaměřená k cíli (a tedy i učení). Zdá se, že tento stimulující vliv deprivace a redukce potřeb po nasycení platí obecně v každém věku, jde-li o deprivaci relativně krátkodobou. Po dlouhé deprivaci nejsou výsledky však tak docela shodné. Po velmi silném hladovění pocit hladu již dále nestoupne, ale klesá (Stavěl, 1937). Podobně po velmi silné žízni neukojuje pokusné zvíře svou potřebu najednou, ale vypije jen malé množství vody, které zpravidla nevyrovná dehydrataci, a teprve po určité době se vrátí a vypije více (Landmark, 1934). Totéž platí o sexuálním chování: po delší době deprivace klesá vzrušivost. Warner ukázal, že intenzita »pudu« měřená počtem proběhnutí přes překážku vzrůstá na počátku deprivace, ale po několika dnech začne klesat. Podobných výsledků dosáhl i Richter (podle Koniase).

Intenzita potřeby je však závislá nejen na vnitřních podmínkách způsobených deprivací, ale současně i na stimulaci z prostředí. Hladovější krysy v pokusech *Campbellových* a *Sheffieldových* (1953) nejsou vcelku aktivnější než nasycené, ale rozdíl se projeví, je-li dán zevní podnět. Intenzita potřeby roste při dostatku podnětů a klesá v podmínkách podnětové deprivace. Tak je tedy možné, že se vliv deprivace na zvýšení potřeby neprojeví přímo ve zvýšené aktivitě, ale má jen latentní senzitivující účinek, který se projeví až po podnětu (Malmo).

Výklad zvýšení potřeby (»pudu«) po deprivaci není dosud jasný. Někdy je toto zvýšení vázáno zřejmě na homeostatickou funkci (např. při hladu a žízni) a předpokládá hormonální senzitivaci neurálních mechanismů — deprivací je podněcováno vylučování nějakého hormonu, například adrenalinu, a ten senzitivizuje buňky ascendentního retikulárního systému. Ale zvýšení potřeby je, zdá se, zřejmé i tam,

kde homeostáza není porušena. Stereotypní aktivity kojence, v kterých se odrážejí jeho základní potřeby, se zřejmě snáze vybaví a jsou častější a intenzivnější, uplynula-li od jejich posledního provedení delší doba. *Gewirtz* mohl prokázat zvýšení sociální potřeby v účinnějším učení dětí po krátkém období sociální deprivace. Vysvětlení tohoto účinku nelze zatím podat ani hypoteticky.

Měření síly potřeb, respektive celkové úrovně aktivity naráží však na četné obtíže. Celkové množství zevní aktivity není spolehlivou mírou, lépe se osvědčily jisté fyziologické hodnoty, například frekvence tepu, kožní odpor aj. Výkon (učení) nestoupá však, jak se zdá, se vzrůstem potřeby zcela lineárně, ale spíše ve smyslu obrácené U-křivky stoupá nejprve k určitému optimu a pak se opět zhoršuje (*Duffyová, Malmo*). Je to okolnost známá i z běžného života, že totiž příliš velká afektivní účast na úkolu může být překážkou přesnému a správnému výkonu. *Malmo* vykládá tento účinek ze schématu navrženého již *Lorentem de Nó* (1939), který spatřuje příznivý účinek mírné stimulace v podprahovém dráždění určitých neuronů uzavřeného okruhu, což usnadňuje cirkulaci impulsů v tomto okruhu, zatímco účinek nadměrné zevní stimulace působí rušivým zásahem a přerušuje cirkulaci impulsů okruhu. Tento výklad ukazuje na příbuznost mezi stavy sensorické deprivace a nadměrné stimulace, jak je pozorována v klinických i experimentálních studiích, a zároveň nadhazuje i možnost vyložit zhoršení schopnosti učit se u deprivovaných dětí za jistých podmínek.

V každém případě tedy teoreticky zaměřené práce dodávají jistou podporu »typologii« navržené v předchozí kapitole z hlediska čistě klinického. K vyjasnění problémů v tom zahrnutých bude ovšem třeba ještě dalších podrobnějších znalostí o změnách základních procesů po deprivaci.

## 6. VLIV DEPRIVACE NA VÝVOJ

Je jisté, že deprivace působí jinak na organismus dospělý a jinak na organismus ve vývoji. Deprivace v útlém věku vyvolává následky, jaké později už nelze tímto způsobem vyvolat. Vysvětlení této skutečnosti můžeme hledat ve zmíněné už okolnosti, že vlivem maturatione a zkušeností se potřeby a schopnosti mládeže mění, a že se tedy mění i citlivost na deprivaci těchto potřeb. V předchozím textu jsme k tomu uvedli už řadu klinických a experimentálních poznatků — zde uvedme jen ještě dodatek z pokusů prof. *Harlowa* s neživými modely »matek«. Jestliže byly opičky vychovávány bez jakéhokoli mateřského

modelu, a tedy bez jakéhokoli fyzického kontaktu s »matkou« po dobu prvních 8 měsíců, nebyly pak už schopny vyvinout plnou a normální schopnost afektivního příklonu, nezískávaly u modelu »matky« už tolik jistoty a ztrácely při odloučení rychle i to pouto, které si ještě po 8. měsíci mohly vytvořit. Tato fakta podporují pozorování na deprivovaných dětech, které v pozdějším věku již nejsou s to těžít z příležitostí k úzkému citovému poutu a které již nenaváží tak trvalé a hluboké citové vztahy jako děti normálně se vyvíjející.

O existenci »kritických« období ve vývoji jedince se dnes hodně diskutuje, ale jejich pojetí a výklad nejsou dosud jednotné. Podnět k těmto úvahám zavdaly právě zkušenosti s jevem »vtištění«. Lorenz a po něm další badatelé opakovaně konstatovali, že má-li se sledování určitého objektu u mláďete vyvinout ve vztah matka-dítě, je třeba aby objekt byl předložen v relativně krátké době po vylíhnutí (např. u kachen do 8 až 10 hodin po vylíhnutí). Pozdější předložení nemá již patřičný účinek.

Analogická pozorování byla učiněna i u jiných zvířat. Psi se učí určitým trikům daleko snáze v určitém období svého vývoje. Prof. Trošichin v Pavlovo-Koltuších dosáhl například specifickým působením u pokusných psů ve věku 2 měsíců trvalé změny reaktivity, jakou nebylo možno vyvolat u psů v pozdějším nebo dospělém věku. Každodenním podáváním nadměrně silného podnětu doprovázeného bolestivým podnětem dosáhl celkového zvýšení obranných reakcí, naopak podáváním potravy po každém silném podnětu dosáhl jejich snížení.

Nová pozorování však svědčí o tom, že kritická období nelze ani u rychle zrajících organismů (ptáků) pokládat za zcela rigidní a neměnná, závislá jen na endogenní výbavě. Za jistých vnějších podmínek lze sledování navodit i u ptáků, kteří dávno překročili kritickou periodu. Jaynes například navodil u kuřat, kde kritické období trvá asi 24 hodiny po vylíhnutí, ještě v 6 dnech silné sledování kartonové krychle tím, že jim exponoval krychli několik hodin po sobě. Zdá se tedy, že ani zde nejde jen o čistě vnitřní podmínky, ale o interakci vyvíjejícího se organismu s prostředím.

Tím spíše je nutno zaujmout opatrné stanovisko k přesně vymezeným kritickým obdobím u dítěte. I tu lze ovšem najít doklady pro takové fáze, ale je nutno pamatovat na to, že lidské dětství je mnohem delší a lidský vývoj mnohem plastičtější. Učení (i pozdější) hraje tu daleko větší roli než u nižších druhů a následky deprivace nemusejí být tak nenapravitelné.

Původní názor, že kritické období je ohraničeno okamžikem, kdy se nová schopnost vyvine, a na druhé straně okamžikem, kdy se tato schopnost opět začíná ztrácet, se dnes přijímá skepticky. Je možné, že schopnost jednou nabytá zůstává a je spíše jen překryta jinými schopnostmi, respektive jinými potřebami, emocemi nebo učením jiného druhu. Proto také období deprivace, jak se zdá, délku kritického období prodlužuje. Kachny, u nichž kritické období je 8 až 10 hodin po vylíhnutí, byly chovány v izolaci po 3 prvé dny a 4. dne ještě aspoň některé vykazovaly silnou reakci sledování (*Moltz*). Tím spíše je možné očekávat prodloužení »kritické doby« (pokud se takový pojem vůbec ukáže jako užitečný) ve vývoji dítěte podrobeného časné deprivaci. Doložili jsme již dříve, že s úpravou deprivčních poruch a s vývojem inteligence u deprivovaných osob lze počítat často ještě v době, kdy normálně bývá tento vývoj již ukončen, tj. v časné dospělosti.

Otázku, jakým způsobem psychická deprivace působí na vývoj dítěte, lze na podkladě dosavadních poznatků sotva zodpovědět. Jsou však určité doklady o tom, že deprivace může za jistých podmínek způsobit opoždění maturace nervového systému (po stránce funkční i strukturní) a že se to projeví biochemicky, v záznamu eeg, ve struktuře spánku, sklonem ke generalizacím, somatizacím apod., přičemž u pokusných zvířat to lze prokázat eventuálně i histologicky. Na druhé straně však není pochyb o tom, že i zkušenost a »učení« v širokém slova smyslu ovlivňují vývoj deprivovaného dítěte. Význam učení tu není jen v získávání znalostí a informací přímo použitelných — Hebb ukazuje, že tento význam v útlém věku může spočívat spíše v tom, že se jedinec »učí učit se«. Učení v útlém věku je pomalé a navenek málo účinné, avšak vytváří předpoklady pro pozdější rychlé a účinné učení nebo snad (*Bruner*) umožňuje vytvoření modelů a »strategií« potřebných k pozdějšímu ovládnutí prostředí a k úspěšné adaptaci.

Tak se nám v nových souvislostech jeví i otázka kontinuity vývoje, o níž se dnes tolik diskutuje v sovětské pedagogické literatuře. Význam časných fází pro pozdější vývoj není v neměnném, statickém působení k vytvoření jistých trvalých vlastností. Jejich význam je spíše v tom, že jedna fáze vytváří předpoklady pro rozvoj fáze druhé, čili — jak to už r. 1883 říká Friedrich Fröbel — každý následující stupeň vyroste z předchozího jako výhonek ze zdravého pupene a tento stupeň bude tím, čím má sám být, i předpokladem každého následujícího stupně.

Zbývá nám odpovědět na otázku, zdali je deprivace ve vývoji nutná, nebo ne. Freud a po něm řada psychoanalytiků vycházejících ještě z předpokladů o výlučně homeostatické a biologické povaze potřeb dítěte dokazovala, že deprivace ve formě »akulturace« dítěte je nutná a znamená přizpůsobení realitě a společenským požadavkům. Po tom, co jsme nyní i dříve uvedli, můžeme již bez dalšího předpokládat, že deprivace základních potřeb — v našem vymezení — nejen není nutná, ale že vývoj více či méně poškozuje nebo aspoň zvyšuje nebezpečí pozdějšího poškození. Tohoto názoru je i *Bowlby* (1960). Na základě pojmového rozlišení (viz str. 18) soudíme, že jsou nutné občasné frustrace rozmanitých přání a tendencí dítěte, které nemají a ani nemohou být splňovány napořád a bez rozlišení. Od rozmanitých a často rozmarných přání dítěte je však třeba odlišit skutečné vitální potřeby, které musí být splněny, má-li vývoj pokračovat dále plynule a nerušeně.

---

## IX. ROZPOZNÁNÍ DEPRIVAČNÍCH PORUCH

---

Rozpoznání psychického strádání jako patogenního činitele ovlivňujícího chování a vývoj dítěte nemusí být v daném klinickém případě právě snadné. Příznaky psychické deprivace mohou totiž být — jak jsme ukázali v předchozích kapitolách — velmi rozmanité a proměnlivé, mohou zabírat celou stupnici od lehkých nápadností ještě plně v rámci normálního duševního obrazu až po velmi hrubá poškození intelektového i charakterového vývoje, mohou mít pestrý ráz příznaků neurotických, psychopatických, ba i psychotických a mohou se projevit někdy zdánlivě i ryze somatickými nápadnostmi. Navíc pak správnou diagnózu ztěžuje ta okolnost, že všechny tyto příznaky mohou být vyvolány i jinými činiteli endogenními či exogenními. Jednotlivá diagnostická hlediska a kritéria vyplývají v podstatě již z předchozích výkladů.

V klinické praxi je nutno rozlišit zejména vývojovou retardaci na podkladě psychického strádání od *oligofrenie* hereditárně nebo »organicky« podmíněné, popřípadě zhodnotit relativní účast obou těchto kategorií patogenních činitelů. Lékař, je-li v diagnostické práci osamocen, těžko překonává nedůvěru v možnost psychogenní etiologie tak těžkých poruch intelektu a na druhé straně opět snadno přehlédne psychické poruchy »mírnějšího« stupně. *Dubois a Leschanowski* (1957) citují řadu případů těžce deprivovaných dětí, kdy ústavní pediatr dělal nesprávnou diagnózu idiotie na podkladě encefalitidy, heredity, nedonošenosti, vrozených anomálií atd. a navrhoval dát dítě do azylu, což ovšem znamenalo pro dítě takřka beznadějnou budoucnost. Autoři současně upozorňují na poměrně častý výskyt deprivací retardace — našli ji u 72 případů z 900 dětí vyšetřených v Centre médico-psychologique. Na včasném rozpoznání deprivace závisí ovšem úspěch nápravných opatření. Je pravděpodobné, že kolem 8 až 10 let má aspoň část deprivací následků ráz poruch trvalých, kdežto při zachycení v útlém věku lze ještě počítat s úpravou víceméně úplnou. Jak jsme ovšem v předchozích kapitolách opakovaně zdůraznili, nelze si působnost deprivace a ostatních činitelů (»konstitučních« či hereditárních a tzv. organických) představovat odděleně, nýbrž v nejužší spojitosti.

Proto je také nutno počítat s možností, že z několika dětí rostoucích v témž prostředí bude některé těžce opožděno a jiné téměř nedotčeno, a to tím spíše, že výsledný obraz závisí ještě na mnoha dalších souvislostech vývojové historie.

Diagnóza deprivativního opoždění duševního vývoje opírá se o konvergenci určitých charakteristických nálezů v anamnéze a v kompletním lékařském a psychologickém vyšetření. V anamnéze, jež musí být ovšem velmi podrobná a speciálně zaměřená, vzbuzuje podezření na deprivativní etiologii mentálního opoždění především historie dlouhodobé ústavní výchovy, a to zejména trvala-li od nejútlejšího věku, bylo-li výchovné prostředí často měněno a šlo-li o ústavy velké, »neosobní«, personálně a věcně špatně vybavené. Krátkodobé separace mívají spíše neurotizující ráz a nezpůsobují zpravidla zřetelnější intelektové opoždění, leda za zvlášť nepříznivých podmínek. Na deprivaci však nutno pomýšlet i v těch případech vývojově opožděných dětí, kde anamnéza mluví o zřejmém zanedbávání dětí v rodině s nízkou sociální a kulturní úrovní, dětí slabomyslných nebo psychotických rodičů anebo i dětí z rodin zdánlivě dobrých, kde teprve podrobnější pátrání odkryje »bariéru« ve vztahu rodičů k dítěti (sterilní, knižní péče, nezájem, ambice nesouměřitelné se schopnostmi dítěte apod.). Dokonalé vyšetření rodiny sociální službou a správné zhodnocení vnitřní atmosféry, v níž dítě žije, by mělo být východiskem každého posouzení vývojově opožděného dítěte. Bohužel, anamnéza u dětí z neúplných nebo rozpadlých rodin bývá v tomto směru často příliš kusá a nespolehlivá — u dětí ústavních trpíme pak v praxi chronickým nedostatkem údajů, které by mohly osvětlit jejich časnou životní historii. Tento nedostatek je tím závažnější, uvážíme-li, že deprivace začíná často již v rodině před umístěním v ústavu a že i spoluúčast ostatních nepříznivých činitelů (v širokém slova smyslu »encefalopatických«) lze dobře osvětlit jen přesnými údaji z období perinatálního.

*Somatické vyšetření* dítěte je další podstatnou složkou v diagnostice deprivací, i když jeho úloha spočívá nejčastěji v tom, že pomáhá vyloučit jinou možnou etiologii zachycených psychických poruch nebo stanovit její podíl ve výsledném obraze. Nutno však počítat i s tím, že deprivativní momenty mohou být rozhodující i v některých případech, které jsou k pediatrovi odesílány s příznaky fyzických poruch: tak například u některých chronicky »neprospívajících« kojenců, u dystrofií, zejména pokud špatně reagují na klasickou léčbu a jsou i neuropsychicky opožděni, u dětí s poruchami výživy ve smyslu

anorexie nebo naopak bulimie, u některých dětí nápadně hypotonických, s chabým postojem, zvláštnostmi motility, dále u některých dětí s vleklými kožními onemocněními a u hospitalizovaných i ambulantních pacientů s protražovanou rekonvalescencí. Relativní účast deprivace a ostatních »organických« činitelů nutno hodnotit individuálně, v každém jednotlivém případě zvlášť. Ani výskyt tzv. malformací či degenerativních známek a drobnějších příznaků encefalopatického poškození nevyklučuje ještě spolupůsobení deprivace (i mongoloidní děti mohou trpět deprivací), ale naopak naznačuje zvýšenou možnost její účasti ve výsledném obraze. Nezbytnou součástí somatického vyšetření je tedy i speciální *vyšetření neurologické*, jež mezi jiným napomáhá právě k odlišení deprivacních následků od poruch encefalopatického původu. Ovšem ani data tohoto vyšetření nejsou vždy zcela jednoznačná. Nehledíme-li k případům, kdy oba tyto etiologičtí činitelé jsou v úzké součinnosti, nebývá snadné odlišit poruchy svalového tonu a poruchy motility způsobené nedostatkem stimulace a celkovou apatií deprivovaných dětí od poruch organicky podmíněných.

Nejdůležitější složkou diagnostického zkoumání je ovšem vlastní *psychologické vyšetření*, prováděné zaměřenými zkouškami a dlouhodobým metodickým sledováním dítěte v přirozeném prostředí. Není a sotvakdy bude speciální »test« deprivace, takže podezření, která s větší či menší určitostí může vyslovit psycholog, spočívají na výsledcích poměrně obsáhlého šetření. Pouhé číselné stanovení vývojového nebo inteligenčního kvocientu je právem odmítáno jako nedostačující. Pokud ho užíváme, pamatujeme na to, že tu jde jen o číselný výraz průměrné úrovně psychické funkce dítěte v dané době, což ovšem nikterak nemusí vystihovat jeho skutečnou kapacitu. Proto také změny IQ u deprivovaných dětí mohou být v časovém průběhu tak překvapivě velké — v některých případech postupují z úrovně debility až na úroveň intelektového normálu (*Clarke*). Z mnohých případů, které jsme měli příležitost pozorovat, uvádíme jeden pro ilustraci.

Chlapec M. O. vyrůstal do 14 měsíců v rodině. Rodiče žijí jako druh a družka, oba jsou »zaostalí«, skoro negramotní — domácnost je podle vyjádření OPM\*) »obrazem bídy«. Při prvním vyšetření v ústavu je konstatováno vážné vývojové opoždění: VQ/67. Až do 4 let se vývoj udržuje na úrovni debility, chlapec se jen velmi těžko a zdlouhavě přizpůsobuje výchovnému vedení, je abnormálně dráždivý a zlostný. V 5. roce však postoupil jeho mentální vývoj do pásma slaboduchosti a koncem 6. roku dosahuje již spodní meze průměru: IQ/91. Odchází do školního ústavu s poměrně dobrou prognózou.

\*) Orgán péče o mládež.

Zvláštní úloha připadá *vyšetření psychiatrickému*, jež se týká především případů nejzávažnějších. Jde totiž o odlišení deprivace od ostatních psychických poruch, zvláště psychóz. Poněvadž deprivace je často podkladem frustrací a konfliktů, přísluší dětskému psychiatrovi zhodnotit podíl jednotlivých psychopatologických činitelů na výsledném psychickém obraze. Konečně spadá do jeho působnosti i terapeutické ovlivnění pacienta, ať již farmakologické, nebo psychoterapeutické, jež je svým způsobem i diagnostickým testem.

Jak bylo patrné z rozsáhlého přehledu vývojových vyšetření u našich ústavních dětí (*Nováková, 1958; Smržová, 1957*), je tendence k vyrovnávání vývojového deficitu, který je nejhlubší před 2. rokem, celkem všeobecná. Je zřejmá již kolem 3. roku (viz *Matějček, 1960*), ještě zřetelnější v 5. a 6. roce a ve středním školním věku je již těžko zachytitelná — je tedy současně jedním ze znaků odlišujících deprivované děti (v ústavním prostředí) od dětí »genuinně« oligofrenních, jejichž vývoj zachovává trvale přibližně stejnou úroveň, i od dětí s lehkými dětskými encefalopatiemi, které se přes určité obtíže řečové a motorické jeví právě v předškolní době jako bystré a zvědavé a jejichž specifické obtíže »vyzrávají« spíše až ve školním věku a ztěžují školní výuku většinou po celou dobu. Dlouhodobé sledování dítěte a kontroly vývoje v pravidelném časovém odstupu, jak je někde v ústavech provádí dětská psychiatrická služba, jsou tedy účinným nástrojem diagnostickým a diferenciativním i preventivním a terapeutickým, neboť dovolují reagovat včas na obtíže a nápadnosti objevující se postupně na jednotlivých vývojových stupních.

Nepomůže-li nám při praktické psychologické diagnostice celkový vývojový kvocient dítěte, nutno získat diferencovanější obraz o jeho vývojové úrovni či výkonnosti v řadě jednotlivých složek: hrubá a jemná motorika, adaptivita, sociální chování, řeč atd. U menších dětí se k tomu účelu zvláště dobře osvědčuje *zkouška Gesellova* nebo *zkouška Bühlerové-Hetzerové*, popřípadě jejich různé modifikace (*Brunet-Lézineová*). I tzv. neuropsychické záznamy (*J. Koch*) zavedené v našich zdravotnických kolektivních zařízeních slouží v podstatě k takovémuto diferencovanému sledování dětského duševního vývoje a napomáhají diagnostice. U starších dětí je třeba použít těch inteligenčních zkoušek, jimiž lze odlišit výkonnost aspoň ve složce verbálně pojmové a ve složce praktickoúzorové (*Terman-Merrillová, WISC* apod.), nebo — což nutno spíše doporučit — použít celé sestavy zkou-

šek s určitějším zaměřením (od zkoušek kresebných a performančních až po zkoušky vědomostí a sociální informovanosti).

Deprivace promítá se totiž zpravidla různě závažně do jednotlivých složek vývoje a vytváří podle druhu a závažnosti působících podmínek některé charakteristické obrazy. V klasickém obraze psychické deprivace malého dítěte obvykle nechybí výrazné opoždění vývoje řeči. Kromě obvyklé těžké patlavosti, patrné zvláště u dětí ústavních, je nápadné zejména opoždění po stránce skladebné a obsahové. Zásoba slov je poměrně velmi chudá a vzbuzuje dojem, že děti byly »nacvičeny« v užívání určitého počtu slov a nikoliv, že se »naučily mluvit«. Dovedou pojmenovat druhé děti, osobních zájmen se však naučí užívat až velmi pozdě. Rovněž řazení slov vedle sebe bez větné spojitosti přetrvává neúměrně dlouho, přes 3. rok. Dovedou poměrně dobře jmenovat věci na obrázcích, mnohem později a obtížněji však dovedou vyjádřit děje a smysl obrázku, jež předpokládá pochopení vztahu mezi skutečností a jejím symbolickým přepisem. Tato časná nezkušenost ve srovnávání skutečných předmětů s jejich grafickým znázorněním vede konečně k opožděnému chápání symbolické povahy grafického znaku vůbec, v čemž spatřujeme jeden z kořenů jejich charakteristického selhávání ve čtení a psaní v prvních třídách. Bližším rozborem pak zjišťujeme, že tu nejde o poruchy percepce a názorové orientace jako u vývojových dyslexií encefalopatické etiologie, ale právě o nedostatky v pohotovém naplňování vnímané soustavy písmen odpovídajícím obsahem — tedy o poruchy v podstatě lehčí, upravující se mnohdy spontánně na vyšším stupni »zralosti«.

Jiným charakteristickým znakem v oblasti vývoje řeči u deprivovaných dětí jsou zvláštnosti v sociálním užití mluvního projevu. Ten se omezuje většinou na plynulý komentář probíhajících událostí a na projevy upozorňovací a přací. Období »věčného otazníku« se u dětí ústavních skoro neobjevuje a ono charakteristické »proč?« starších batolat neslyšíme tu skoro po celý předškolní věk. Stejně tak sdělování zážitků a hlavně vyjádření nadějí, těšení, přání do budoucna bývá nápadně chudé. Schopnost konverzace s dospělým zůstává na nápadně primitivní úrovni.

Opoždění řeči má později velký vliv na celý duševní vývoj: je překážkou v osvojování vědomostí i užitečných návyků, zdržuje rozvoj pojmového myšlení a vyšších funkcí s ním spojených. Regulační význam řeči pro celý duševní vývoj zdůvodnil obsáhlými experimentálními studii zvláště *Lurija* (1955, 1957).

Vedle opožděného vývoje řeči vyznačuje deprivované dítě i opožděný vývoj sociálních a hygienických návyků, při jejichž tvorbě je třeba úzkého kontaktu dítěte s dospělým (udržování tělesné čistoty, oblékání, ostatní sebeobsluha, vyjadřování vlastních přání atd.). Konečně pozorujeme u deprivovaných dětí (zvláště ústavních) v předškolním věku i nápadné opoždění ve vývoji jemné motoriky, jež obvykle kontrastuje s celkem přiměřenou úrovní hrubé motoriky. (Ta bývá opožděna spíše u případů deprivace rodinné v prvním vývojovém období.) Za běžných ústavních podmínek pozorujeme menší »zkušenost« dítěte v poloze na bříšku a horší ovládnutí hlavičky (je méně chováno), ještě sezení a chození bývá poněkud opožděno — jakmile však dítě získalo možnost samostatného pohybu, rozvíjí se hrubá motorika už poměrně rychle. Napomáhá tomu dnes už běžná metodika tělesné výchovy. Naproti tomu pro rozvoj jemné motoriky bývá mnohem méně příležitostí, neboť z důvodů hygienických a ochranných se dítěti před koncem druhého roku nedostane do rukou dost drobných předmětů. Následky toho jsou patrné zpravidla po celý předškolní věk a projeví se v nedokonalém zacházení s tužkou ještě v prvních školních letech.

Vývoj adaptivních funkcí (percepce, manipulace s předměty, hra, užívání nástrojů, přizpůsobování úkolovým situacím a vůbec začátky praktické inteligence) se obyčejně udržuje na střední úrovni — volíme jej tedy nejspíše k posouzení skutečných schopností dítěte. Tento náález odlišuje tedy deprivaci od běžné oligofrenie a má praktický význam zvláště při vyšetřování dětí pro adopci.

U starších dětí postižených deprivací nalézáme v inteligenčních zkouškách při celkově nižším výkonu podobnou nerovnoměrnost ve zřetelné převaze praktické (názorové) složky nad složkou slovně pojmovou, což pomáhá k odlišení od poruch encefalopatických, kde poměr těchto složek bývá obrácený.

Za stejných podmínek vyšetřovacích, včetně pracovního kontaktu s dítětem (jehož navazování má samo o sobě diferenciálně diagnostickou hodnotu), nacházíme u dítěte encefalopatického nápadné nerovnoměrnosti v mentální výkonnosti, nápadně nízkou úroveň ve zkouškách kresebných a performančních a obtíže v názorové orientaci, motorice a percepci. Dítě s hereditárním mentálním opožděním podává výkon celkově nižší úrovně, ale v podstatě vyrovnaný a rovnoměrný. Dítě deprivované vykazuje zřetelné nedostatky ve zkouškách pojmových a vědomostních, v sociální informovanosti a v praktickém usuzování a hodnocení, v čemž naopak encefalopatické děti většinou relativně vy-

nikají. Encefalopatické dítě na daný úkol reaguje v klasickém případě pohotově, až překotně, pracuje impulsivně, některým úkolům se přizpůsobí zcela dobře, v jiných však překvapivě selhává. Debilní dítě se těžkopádně přizpůsobuje, potřebuje přímého vedení v každé nové úkolové situaci — je málo schopné se učit. Deprivované dítě nedovede pracovat samostatně, rozptyluje se vedlejšími podněty, je ale schopno poměrně rychlého pracovního zácvičku, přizpůsobení úkolům a celkem vyrovnané práce pod přímým vedením — jeho zachovaná schopnost učit se je tu patrna, přičemž nedojde k charakteristickým encefalopatickým selháním. Hodnocení ústavních dětí verbálními inteligenčními zkouškami nutně tedy zkresluje obraz o jejich mentální kapacitě.

Většina šestiletých ústavních dětí je »školsky nezralá«, jak jsme mohli prokázat systematickým ověřováním jejich připravenosti pro školu speciálními zkouškami (*Langmeier, 1961*). Emoční nevyspělost a nedokonalé pracovní a sociální návyky spolu s ostatními již zmíněnými nedostatky působí pak, že jejich školní prospěch je většinou zřetelně pod úrovní jejich schopností, zejména v prvních třídách.

Velmi cenným údajem, který může napomoci k diagnóze deprivační retardace, je kvalita reakcí dítěte vůči osobám a věcem. Encefalopatické dítě navazuje s vyšetřujícím kontaktem většinou bezprostředně, samozřejmě, bez zábran. Debilní dítě se chová jako dítě mladší a reaguje také optimálně na postup zaměřený k jeho mentálnímu věku. Dítě deprivované navazuje účelný pracovní kontakt velmi obtížně. Řada dětí zůstává nevšímavá nebo přímo odmítavá k pokusům o kontakt, jejich vztah bývá povrchní, nedávají najevo své pocity. Některé jsou evidentně uzavřené do sebe — v krajním případě zaujaté autostimulačními aktivitami (dumláním prstů, automatismy apod.) — nezajímají se o předkládané předměty (chovají se někdy skoro jako hluché), nebo je pouze uchopí a vytrvale drží bez jakékoliv manipulační činnosti.

Za zmínku stojí zkušenost ještě z doby, kdy ústavní děti byly vyšetřovány v místnostech Sociodiagnostického ústavu a nikoliv přímo v ústavním prostředí, jak se to děje nyní. Pokud byly děti v čekárně ve větší skupině, nebylo v jejich chování zvláštních nápadností ve srovnání s jinými předškolními dětmi, které byly v téže čekárně se svými matkami. Když však bylo ústavní dítě z kolektivu vytrženo a zůstalo ve vyšetřovně samo s examínátorem, po prvním radostném překvapení z nových hraček jeho zájem rychle upadal, stávalo se neklidným, plakalo, »že mu děti utečou«. Zatímco dětem z rodin stačila většinou přítomnost matky v čekárně, aby s přiměřenou dávkou jistoty s psychologem spolupracovaly, nebylo možno většinu těchto předškolních dětí z ústavů individuálně vyšetřit pro nepřizpůsobenost novým podmínkám. Podařilo se to však, když do vyšetřovny vstupovalo vždy několik dětí najednou a vyšetřované dítě cítilo oporu v ostatních,

kteřé si v místnosti hrály. Jde tu zřejmě o týž projev »skupinové závislosti«, který — jak jsme uvedli — ve zvlášť výrazné formě charakterizoval některé skupiny dětí vychovávaných v koncentračním táboře a stal se i základem pozdější redukace. Pokládáme jej za jeden z významných diagnostických ukazatelů deprivace ústavního typu.

V některých případech dítě lépe spolupracuje při vyšetření za přítomnosti známé sestry nebo vychovatelky: to je důležité zjištění pro posouzení kvality náhradní mateřské péče. Stejně tak je možno za příznivé znamení pokládat postupné navazování kladného vztahu dítěte k terapeutovi. I když k takovému vztahu došlo až po několika dnech či týdnech a po opakovaných pokusech, znamená to obvykle, že začínají mizet i ostatní patologické příznaky a že se opoždění vyrovnává. Úspěšnost takového »terapeutického pozorování« je často rozhodujícím momentem pro rozpoznání psychogenní povahy retardace, i když se nesmí zapomínat, že jistých pokroků lze podobným postupem dosáhnout i u lehčích defektů na organické bázi. Podobným zásadním terapeutickým testem je přemístění dítěte do lepšího prostředí.

U některých opožděných dětí se zvláštním (až zcela bizarním) chováním, nedostatkem kontaktu se zevním světem a značnou nerovnoměrností projevů může vzniknout otázka časně dětské psychózy (Kannerova časného infantilního autismu, atypického vývoje podle B. Rankové, mezní schizofrenie podle Braskové aj.).

Donedávna byla většina těchto dětí klasifikována vesměs jako prostě slabomyslná a umísťována v ústavech pro nevzdělavatelné děti. Dnes, i když mnoho otázek zůstává dosud nejasných, přece jen se existence *raných dětských psychóz* stále více uznává a zdůrazňuje se nutnost jejich včasného rozpoznání, neboť neodkladný léčebný zásah je pro další vývoj dítěte rozhodující. Symptomatologie plně rozvinuté časně psychózy (časného Kannerova autismu) zahrnuje zpravidla příznakovou triasu: 1. časný začátek, obvykle už v 1. roce, 2. nesnášenlivost vůči jakýmkoli změnám, 3. krajní izolovanost vůči lidskému (nikoliv věcnému) prostředí (Eveloff, 1960). Obtížnější je zachycení časných příznaků. Musíme na ně myslet, zjistíme-li náhle výrazné změny v chování nebo v celkovém stavu dítěte — odmítání jídla nebo jen tuhé potravy, poruchy spánku, náhlý, nevysvětlitelný úbytek na váze, smutný výraz, zastavení vývoje dosud normálního, »ječení« při spatření cizích lidí, zřetelný odvrát od zevního světa a příklon k stereotypním činnostem skoro obsesivního rázu. Mezi prvními příznaky u kojence bývá vymizení anticipačních projevů před zvednutím (natahování ruček, žvatlání, usmívání) a vágní, strnulý pohled. Větší dítě je nápadné tím, že nerozpoznává vlastní rodiče a dělá dojem, jako by bylo nejraději samo. Rodiče tyto první příznaky často úplně přehlédnou. Destruktivní zacházení s předměty a některé úzkostné a nutkavé projevy těchto dětí je v jejich počátcích někdy obtížné odlišit od neurotických příznaků precitlivělých nebo neuropatických dětí. Je-li začátek spíše plíživý než náhlý, pak diagnostika dětské psychózy je za-

jisté ještě obtížnější. Vcelku se však zdá, že časných dětských psychóz je mizivý počet i dnes, kdy již odborní pracovníci po nich pátrají a počítají s jejich existencí. Zdá se, že terapeutické možnosti budou v některých případech slibné.

Odlišení deprivacních poruch osobnosti od *schizofrenie* v pozdějším dětském věku může také vést v některých případech k rozpakům. Mezi oběma stavy jsou některé zřejmé podobnosti: chudoba afektivních reakcí, nedostatečný kontakt s lidmi, nedostatek iniciativy a zájmu, až apatie, defekt abstraktního myšlení, dosti často stereotypní a bizarní pohybové činnosti. Jsou však zároveň některé podstatné rozdíly. Goldfarb vidí takový rozdíl v rozdílné úrovni úzkosti. Schizofrenní dítě reaguje na primární nedostatky své osobnosti (způsobené psychotickým procesem) hlubokou úzkostí, jíž čelí různými obrannými reakcemi. Ústavní dítě naproti tomu vykazuje malou nebo vůbec žádnou úzkostnost. Ve frustračních situacích zůstává celkem lhostejné, není dotčeno nezdarem ani úspěchem, nepocituje hanbu ani vinu, soupeření je nepodněcuje. Schizofrenní dítě perseveruje na týchž představách, je pedantické, projevuje úzkostnou a bizarně originální fantazii i snahu po kvalitě — což všechno jsou projevy neznámé u dítěte ústavního. Tyto rozdíly dokládá Goldfarb i charakteristickými nálezy v Rorschachově testu.

Poměrně nejčastěji myslíme na psychickou deprivaci u případů rozmanitých poruch chování a povahového vývoje, který dětská psychiatrie shrnuje zpravidla do kategorie *neurotických poruch, poruch chování v užším slova smyslu a psychopatií*. Symptomatologie těchto poruch bývá velice pestrá a příznaky vyvolané deprivací mohou zabírat celou jejich širokou škálu — avšak i tu je nutno odlišit podobné poruchy podmíněné jinými faktory (přetížením, konflikty, traumatem, onemocněním aj.). U dětí náhle přemístěných z domova do záchytného ústavu nebo do nemocnice pozorujeme často přechodné projevy neurotického rázu, které jsme podrobněji už popsali. Některé děti reagují spíše úzkostností, sklíčeností, uzavřeností a strachem, jiné jsou naopak nepřátelské vůči dospělým i dětem, agresivní, neukázněné a podezřívavé. Jestliže deprivacní momenty byly silné a působily déle, možno očekávat příznaky hlubší. U předškolních dětí jde nejspíše o příznaky regresivní: dítě se chová jako mnohem mladší, nejí samo, neobslouží se, nemluví, nehraje si, chce se jen mazlit a chovat. Podezření na deprivaci zvláště vzbuzuje nedokonalý, nediferencovaný, tj. svým způsobem primitivní vztah k lidem: dítě buď s nikým nemluví, odvrací se při pokusu o kontakt, je plaché, lhostejné ke všem nebo naopak se chová až vtíravě k cizím lidem, neklidně, povrchně navazuje kontakt s kýmkoli. U starších dětí se toto infantilní chování projevuje spíše snahou přitahovat stále pozornost dospělého: volá stále sestru, má různé stížnosti, pozorovali jsme i vznik výrazných hysteroidních »záchvatů«. Ve vztahu k dospělým proniká někdy nepřátelství a ve vztahu

k druhým dětem náladovost, zlomyslnost, záłudnost (ublíží druhému nepozorovaně nebo ublíží a ihned žaluje apod.).

Při posuzování podobných poruch nevystačíme často s pouhým pozorováním a snažíme se doplnit je ostatními metodami psychologického studia osobnosti. Kromě Rorschachovy metody užívá se tu různých pozorovacích archů, hodnotících škál, rozboru volné a řízené hry, rozboru výtvarných projevů i řady tzv. projekčních metod (tematický apercepční test, metoda doplňování povídek, Warteggův test, frustrační testy atd.). Spolehlivost a validita těchto metod je různá — většinou nestačí k diagnostice samy, ale mohou napomoci k doplnění celkového obrazu a k prohloubení individuální analýzy.

*Jessie Williamsová* ve své studii těžce deprivovaných dětí našla nápadnosti v užití barev v Rorschachově zkoušce (jako zvlášť typické uvádí projevy černé barvy a vůbec temnoty), dále známky abnormálních rodinných prožitků v tematickém apercepčním testu L. Jacksonové i v metodě Bene-Anthony. Děti tu produkovaly často povídky, jejichž tématem bylo opuštění nebo zavržení dítěte, přesvědčení o »špatnosti« dítěte a o tendenci rodičů k přísným trestům — nápadný byl nedostatek pocitu přináležitosti (viz též *Válková*, 1959). *Pringleová* a *Bossio* (1959) uvádějí jako nejvýraznější rys v reakcích deprivovaných ústavních dětí na Ravenův projekční test idealizovanou osobu hrdinovy matky. I zkušenosti z našich předškolních dětských domovů potvrzují, že předmětem fantazijní produkce některých dětí je tu zvlášť idealizovaná postava matky, a to i tehdy, když dítě matku vůbec nemá nebo nezná a nedostalo se mu o ní ani žádných zpráv. Osoba matky bývá tu také předmětem diskusí a sporů mezi dětmi (dítě se zdůrazňuje a chlubí před ostatními někdy pouhou existencí své matky) — něco, s čím se za jiných okolností sotvakdy setkáme.

Pátrání po psychické deprivaci je nutné zvláště v případech *delinkvence* starších dětí a mladistvých. Děti s drobnými a opakovanými krádežemi, toulkami a záškoláctvím, děti lhavé, zlomyslné, agresivní jsou nezřídka dětmi, které strádaly afektivně po dlouhou dobu svého vývoje. Nepodařilo se dosud jednoznačně prokázat typ deprivovaného delinkventa, jak jej zejména svým vyličením »bezcitného charakteru« (affectionless)razil Bowlby. Nicméně nedostatek skutečné sympatie k lidem, neschopnost navázat s nimi těsný kontakt, afektivní plochost a celková sociální nepřizpůsobenost i zde posilují diagnózu deprivací poruchy. Na rozdíl od delinkventů jiné ražby jsou většinou spíše samotářští, neznají solidaritu tlup, jsou svárliвыми, nedorozumí sliby, svádějí vinu na druhé, bývají někdy zdánlivě zcela bez lítosti a hanby.

Rozpoznání psychické deprivace jako patogenního činitele je velmi důležité pro stanovení prognózy a terapie. Zařazení do souhrnné ka-

tegorie »deprivace« ovšem nenahrazuje nikterak skutečnou analýzu všech podmínek. V každém jednotlivém případě deprivace je třeba zvláště rozlišit emoční a podnětové strádání, určit blíže kvalitu mateřské péče nebo péče náhradní a kvalitu výchovné stimulace, celkovou rodinnou situaci, osobnosti a postoje rodičů, eventuálně poměry ústavní, vztahy vychovatelů atd. Navíc pak i každé dítě reaguje na podmínky prostředí poněkud jinak, je jiné fyzické a psychické konstituce, jiných schopností a sil, má jiné potřeby a jiná přání a je eventuálně jinak oslabeno různými předchozími traumatizujícími zážitky. Teprve porovnání individuality dítěte s individuálními depriváčnickými okolnostmi dovolí nám blíže nahlédnout do mechanismu deprivace a lépe porozumět přechodným reakcím i trvalejším postojům dítěte. Jen tak pochopíme, v kterých případech hrála deprivace roli podstatnou a kde jen přídatnou, i jak se její vliv uplatňuje vedle ostatních podmínek určujících výsledný obraz. Jestliže se dříve chybovalo v tom, že se význam psychické deprivace zcela přehlížel, vystává dnes někde nebezpečí opačného extrému. Právem namítá prof. G. Heuyer, že případy »čistého hospitalimu« jsou výjimkou a že je třeba úplnější studie každého případu »dítěte z rodiny«. Diagnóza depriváčnických poruch je tedy věcí velmi komplexní, jež zahrnuje:

1. zhodnocení stavu dítěte z hlediska jeho tělesného i duševního vývoje, ocenění všech jeho defektů i zbývajících (kompenzačních) potencií,
2. zhodnocení rodinné situace, postojů a osobnosti rodičů, separáčnických prožitků, ústavní péče apod. se zřetelem na depriváčnické momenty,
3. zhodnocení sociálních, ekonomických a kulturních příležitostí, výchovných možností.

Je proto třeba týmové spolupráce řady pracovníků — pediatra, pedopsychiatra, psychologa, sociální pracovnice, pedagoga, popřípadě i neurologa a dalších. Protože na včasném rozpoznání závisí do značné míry i účinnost léčebných a nápravných opatření, je nutné, aby s příznaky byl seznámen každý pracovník, který s deprivovanými dětmi přichází do styku, tedy především dětský lékař, vychovatelé (zejména v ústavech), sociální pracovnice i dětské sestry.

Správně vedené diagnostické zkoumání, i když má být důkladné a podrobné, nesmí ovšem nikdy narušit terapeutický výhled, ale musí se stát spíše podkladem nápravného postupu. Protože při pozorování depri-

vovaných dětí jde nám v první řadě o zjištění jejich schopnosti navazovat vztahy k druhým lidem, je sotva vhodné, aby pozorování bylo zcela »neutrální« a nezaujatě »objektivní«. Spíše je třeba, aby se vyšetřující k dítěti blížil s účastí a snažil se o navození nejpriznivějšího lidského kontaktu, neboť tak je nejlépe možno připravit současně i půdu pro léčbu a převýchovu dítěte.

---

## X. NÁPRAVA DEPRIVAČNÍCH PORUCH

---

Základní práce o strádajících dětech z let čtyřicátých docházejí téměř vesměs k závěrům velmi pesimistickým: následky déle trvající psychické deprivace v časném věku jsou hluboké a trvalé, prakticky neproměnné až do dospělosti — jakmile již jednou k poškození došlo, nepomáhá už umístění dítěte v lepším prostředí. H. Wolleyová to dokazovala již v r. 1930 na vybrané kasuistice, Goldfarb ve svých katamnestických studiích na dětech 10letých až 14letých, Levy předpokládá, že je jen »málo naděje na zlepšení« a L. Benderová se domnívá, že všechna opatření musí směřovat k ochraně dítěte, neboť terapie je neúčelná. Názory na to, v jakém věku musí k deprivaci dojít a jak dlouho musí trvat, aby následky byly ireverzibilní, sice kolísají, ale většinou byl přijímán názor Bowlbyho, že náprava je možná při deprivaci trvající do 6. měsíce dítěte, snad i do 12. měsíce, ale je vždy neúčinnou po dvou a půlroce. Ještě méně příznivou prognózu uvádí Spitz, když soudí, že projevy »anaklitické deprese« po parciální deprivaci mizí s překvapivou rychlostí, navrátí-li se matka, nebo podaří-li se zajistit náhradu za matku mezi 3. a 5. měsícem, kdežto při delším trvání deprivace zůstávají následky víceméně trvalé. Šestiměsíční ústavní pobyt s úplným odloučením od matky má podle Spitze téměř na každé dítě trvalý nepříznivý vliv. I krátkodobé, ale opakované separace traumatizují dítě víceméně trvale (Robertson, Bowlby). Všechna váha praxe musí se tedy přenést na prevenci.

Pozdější studie však ukázaly, že tak beznadějný výhled není oprávněný. Uvedli jsme pro to už řadu dokladů z prací cizích i z vlastních zkušeností. Ukázalo se, že náprava postupuje ještě v době adolescence a časně dospělosti (Beres a Obers, Clarkeovi aj.), že i případy s plně vyvinutou anaklitickou depresí se po umístění v dobré pěstounské péči v intelektovém vývoji takřka úplně vyrovnávají, i když v emoční oblasti jisté poruchy dále přetrvávají (J. Richmond a L. Herscher; Lewis a Van Ferneyová). Důležitou zkušeností byla i poměrně velmi rychlá úprava stavu těžce deprivovaných dětí z koncentračních táborů. Ribbleová pozorovala opět u několika marasmatických kojenců na oddělení pro výživu velké dětské kliniky »dramatické výsledky ve zvý-

šení chuti k jídlu, čilosti a reflexní dráždivosti« po zavedení »pěstounských matek«, jimž byly na oddělení svěřovány děti k úplné osobní péči. Podobné zkušenosti mají ostatně leckde tam, kde zavedli systém »miláčků«, a že ani to není nic nového, dokazuje zpráva Talbotova (1913) o úspěších »staré Anny«, která přebírala do své »mateřské« péče děti na dětské klinice v Düsseldorfu a stala se synonymem pro všechnu takovouto emocionální, instinktivní a svým způsobem primitivní terapii, která měla často pozoruhodný výsledek tam, kde lékařská péče v té době byla ještě zcela neúčinnou.

K těmto zprávám o víceméně spontánní úpravě deprivacních poruch v normálnějším životním prostředí nutno přičíst ještě četné kasuistiky o úspěších zaměřené terapie těžkých případů deprivace. Psycholožka M. Gelinier-Ortigues popsala úspěšnou readaptaci dítěte s velmi těžkým psychomotorickým opožděním (VQ 38 podle Gesella), zdánlivou hluchotou a somatickým oslabením. Dubois a Leschanowsky popsali tři podobné případy. V jednom z nich šlo o dítě vychovávané v ústavu, které v 17 měsících mělo VQ kolem 10, bylo prohlášeno za idiota a doporučeno do azylu — po krátkém pobytu v nemocnici a po předání do milující péče prarodičů dělalo však rychlé pokroky a v 39 měsících dosáhlo prakticky normální intelektové úrovně. I druhé dva případy vykazovaly velké zlepšení intelektového vývoje, třebaže u všech dětí přetrvávaly jisté obtíže ve vývoji emočním. Také v jednom našem případě dosáhli jsme během několikaměsíční soustředěné nemocniční péče značného rozvoje u dítěte, které vyhlíželo zprvu jako imbecil. Leon Eisenberg cituje případ těžce deprivovaného chlapce, který v adoptivní rodině kradl téměř denně po 18 měsíců. Po kombinované ambulantní psychoterapii dítěte a adoptivního otce došlo k úplné remisi bez jakýchkoli antisociálních projevů (sledováno po dobu 9 měsíců).

Celá řada podobných zpráv ukazuje na to, že pedagogický nihilismus by tu rozhodně nebyl na místě ani v případech zdánlivě beznadějných. Tím spíše lze se nadít úspěchu v daleko početnějších případech poruch mírnějších.

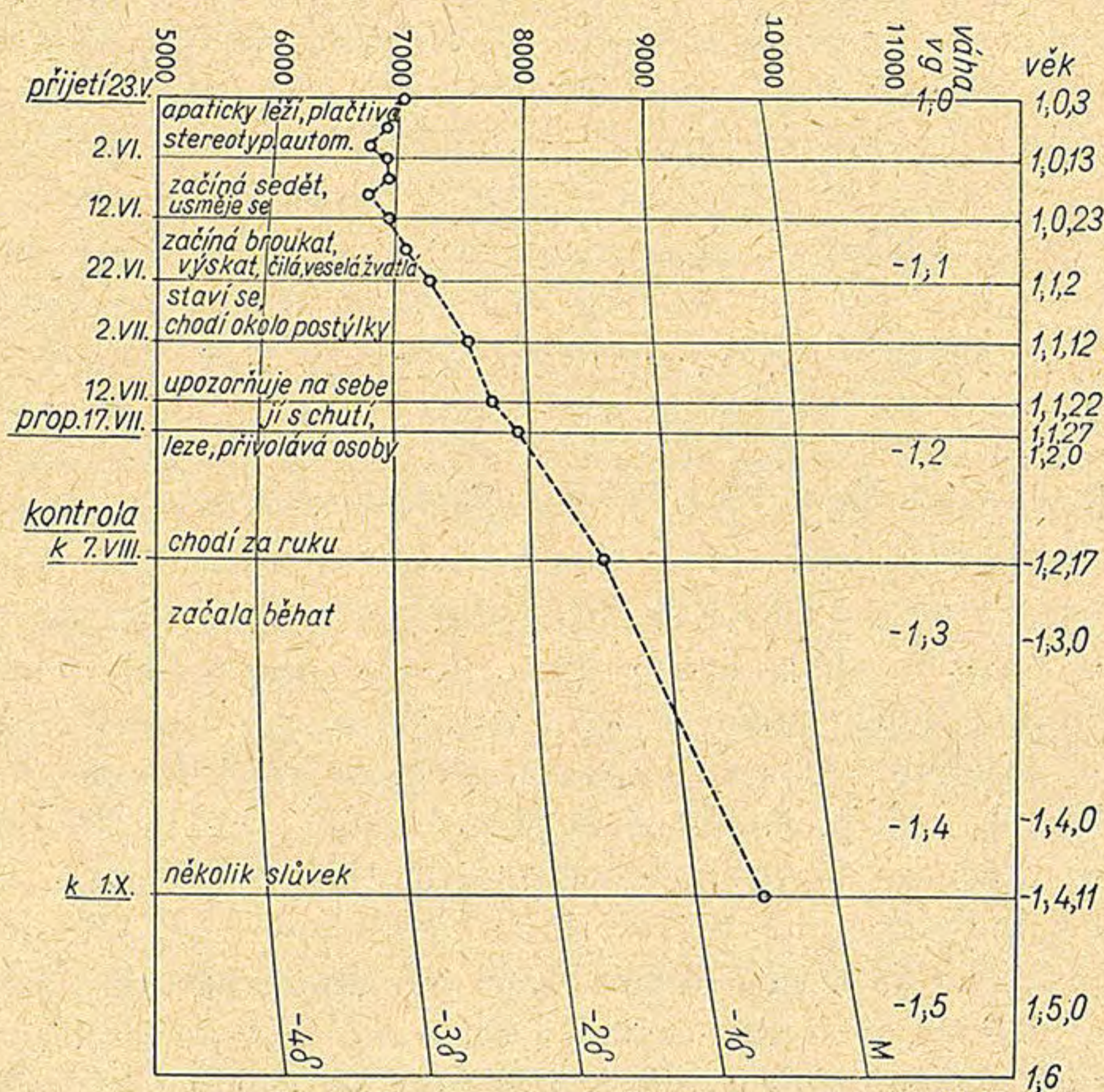
Shrneme-li tedy dnešní názory na prognózu deprivacních stavů, můžeme říci: Těžké a dlouho trvající deprivace působí zpravidla hluboké změny, které mohou být trvalé. Skutečnost, že některé z těchto stavů byly někdy velmi podstatně napraveny, činí nás však opatrnými. Nelze zatím stanovit nějakou fixní mez, za níž jsou všechny pokusy o nápravu (výchovou, vhodným umístěním nebo psychoterapií) zbytečné. Spíše se zdá, že se naše možnosti budou dále rozšiřovat, čím lépe pronikneme podstatou deprivacních mechanismů. Plastičnost lidské psychiky je taková, že dovoluje kompenzaci v míře dosud nedoceněné. To ovšem neznamena, že bychom prognózu deprivacních poruch měli pokládat bezvýhradně za příznivou: je pravděpodobné, že

jisté poruchy hlavně v emocionální oblasti přetrvávají i tam, kde se pacient sociálně a intelektově přizpůsobil na úroveň celkem normální.

Autoři, kteří vycházeli z předpokladu homogenní skupiny deprivovaných dětí, hledali také vesměs jednotný účinný nápravný postup. Vidíme-li však celou rozmanitost klinických obrazů deprivace a vezmeme-li v úvahu rozdílnost podmínek, za nichž se utvářejí, musíme počítat s tím, že pro jednotlivé případy nutno hledat individuálně upravenou výchovu a léčbu, vycházející z úplné analýzy všech sociálních, výchovných i hygienických podmínek a z podrobné znalosti somatického i psychického stavu dítěte. Čím úplnější jsou nápravná opatření a čím dříve je náprava zajištěna, tím nadějnější jsou výsledky. Pracovníci v péči o dítě se často spokojují tím, že dítě z nepříznivého prostředí odejmou a umístí je do jiného. Někdy snad takové opatření dostačuje, avšak často také zklame, není-li součástí dlouhodobého nápravného plánu.

Vhodné umístění a *úprava sociálních podmínek* je jen prvním krokem a může to být krok velice nevhodný, bereme-li jej jen jako opatření z nouze na nejbližší dobu a nezajistíme-li přitom výchovu dítěte v budoucnosti. Návrat deprivovaného dítěte s poruchami již vyvinutými do vlastní rodiny nebo umístění do jiné rodiny je často příčinou celé řady potíží, protože dítě není s to samo, bez pomoci, se v takovém prostředí přizpůsobit. *Lowrey* (1940) ve své studii o 28 dětech, které byly první 3 roky vychovávány v ústavu, ukazoval, že agresivita a negativismus těchto dětí překáží jejich přizpůsobení v pěstounské péči. Domníváme se, že je správné zajistit nejprve úpravu chování těchto dětí pobytem v malých skupinách vedených vzdělanou, láskyplnou osobou a teprve pak je umísťovat v nové rodině. Neschopnost deprivovaných dětí přizpůsobit se v pěstounské péči pozorovali i jiní (*Trasler, Williamsová* aj.). Jde zřejmě o to, že deprivované dítě není schopno tak těsného vztahu, jaký vyžaduje rodina, a že lépe snáší spíše neosobní prostředí malých skupin, kde se postupně socializuje. V ideálním případě, k němuž máme ovšem ještě daleko, by se taková adaptace u dětí už starších mohla dít ve speciálně vybaveném záchytném domově, kde by se dítě mělo setkat s trpělivým a zkušeným dospělým a s jeho pomocí překonat počáteční obtíže. Jindy, zvláště u dětí předškolních, může k prvnímu přizpůsobení dojít v nemocnici, kde při vhodné organizaci lze zajistit intenzivní psychologickou péči a dosáhnout významných úspěchů (*Nitschke, Dubois-*

Leschanowsky, Ribbleová, Bertoye aj.). Léčebná péče sama přináší přirozený »zájem« dospělých o pacienta a nenásilný, přitom však častý a intenzivní kontakt s ním, což je vhodnou podmínkou pro počáteční stadium readaptace. Nejvhodnější k tomu jsou buď malé ústavy, nebo ústavy členěné v malé skupiny 5 až 7 dětí s dostatečným počtem per-



Graf 17. Úprava deprivace s těžkou dystrofizací, opožděním vývoje a hrubými emočními poruchami v útlém věku. Dítě vážilo ve 12 měsících brzy po přijetí na dětské oddělení 6700 g, za necelé 4 měsíce se váha upravila na 9950 g jen vlivem intenzivní individuální pozornosti a úpravy výchovy v rodině. (J. Langmeier)

sonálu zvláště cvičeného. Úkol readaptace je třeba podle možnosti svěřit jedné osobě (sestře, vychovatelce, učitelce apod.), která kromě náklonnosti a trpělivosti má i jisté psychologické znalosti, takže ne-reaguje nepřátelsky ani na agresivní a často zcela provokující chování dítěte. Výběr vhodné skupiny dětí je ovšem velmi důležitý, i když v našich podmínkách zatím těžko proveditelný. Některé děti snášejí

lépe skupiny dětí mladších, než jsou samy, jiné se lépe přizpůsobí mezi svými vrstevníky. *Hicklinsová* uvádí úspěšnou readaptaci větších dětí, které byly přemístěny jako »pomocnice« do skupiny malých dětí, kde každá adoptovala »své« dítě. V případě těžších poruch je již nutné umístění na dětském psychiatrickém oddělení, kde se předpokládá promyšlená a koordinovaná nápravná práce celého týmu pracovníků. Jen u dětí nejmenších je přímé umístění v rodině nejvhodnějším opatřením.

*Náprava somatických poruch a defektů* je dalším nezbytným krokem komplexní pomoci deprivovanému dítěti, jestliže obtíže vznikly za účasti »vnitřních bariér« zahánějících je do sociální izolace. Poruchy smyslové a motorické, opakované infekce, neléčená epilepsie, nedokončená rekonvalescence atd. oslabují dítě natolik, že na připraveném terénu se pak snáze vyvíjejí psychické poruchy. Stav výživy se upravuje v novém prostředí často spontánně a je příznakem zlepšení emočního stavu — i tu je však třeba zajistit vhodnou dietu, vhodný režim a jeho hygienické podmínky. Účast pediatra v readaptaci deprivovaného dítěte je tedy vždy významná a musí být zvláště prohloubena.

Stejně je nutno pohlížet i na uspořádání věcného prostředí, denního režimu a *opatření didaktického rázu*. Iovští pracovníci dobře dokázali, že individualizovanou didaktickou prací lze u dětí s následky deprivace dosáhnout zřetelného zlepšení intelektové úrovně i uspokojivého přizpůsobení pracovnímu a společenskému životu (*Françoisová*). Nápravná práce se tu nemůže ovšem řídit jen »osnovami«, ale musí vycházet z individuálních potřeb dítěte. Nevýhodou je, že pro tak náročnou práci nebývá ve školních dětských domovech dost času, dost speciálně připravených pracovníků a často ani dost pochopení. Umístění dětí s deprivacním mentálním opožděním ve zvláštních školách není vždy správné, ač se tomu nelze někdy vyhnout. Jistou výhodou je individualizovanější přístup k dítěti, vážnou nevýhodou však trvalá společnost dětí slabomyslných. Je proto třeba dát přednost zařazení mezi normálními dětmi a doplnit je individuální péčí.

Vlastní náprava poruch, které tvoří jádro deprivacního poškození, je často součástí spontánního přirozeného procesu kompenzace, k níž dochází postupně po odnětí dítěte z nepříznivého prostředí. V řadě případů je však žádoucí řízený nápravný zásah, nemá-li dítě klesnout ještě na nižší stupeň vývoje. I když pro účinnost *psychoterapie* v takovýchto případech svědčí zatím jen jednotlivé kasuistiky bez souhrnného statistického ověření, přece jen zásady psychoterapeutického postupu musí být jistě v té či oné formě uplatňovány v každém přípa-

dě. Zvláště indikovány jsou ty případy, kdy dítě pro své poruchy chování přichází do konfliktu s okolím a je dále zatlačováno na scestí disociality.

Poněvadž deprivace vzniká zpravidla na podkladě nedostatečného ukojení emočních potřeb dítěte v jeho dosavadním životním prostředí, je třeba poskytnout mu především příležitost ke korekci dosavadních citových zkušeností, tj. poskytnout mu významné emoční zážitky, jichž dosud postrádalo. K tomu je především třeba vytvořit úzký citový vztah mezi psychoterapeutem a dítětem, tak aby mohl být mostem, kde pak dítě postupně získává nový, bohatší a reálnější vztah k ostatnímu světu. Dosáhnout takového vztahu je ovšem neobyčejně těžké již pro samu podstatu deprivace. I deprivované dítě si »vytváří« své prostředí, v němž by se jeho zvláštnostem nejlépe dařilo. Bývá lhostejné či odmítavé, nebo není ani schopno mezilidské vztahy navázat. Většina dospělých se tváří v tvář takovému »indolentnímu dítěti« vzdává brzy pokusů o kontakt a bludný kruh je tak opět uzavřen. K témuž výsledku dochází i tam, kde dítě zklamáno ztrátou původní péče (opakovanými separacemi) odmítá kontakt aktivně, agresivitou a nepřátelskými provokacemi vůči dospělému. Úkolem psychoterapeuta je překonat tuto bariéru trpělivými a taktickými pokusy, akceptovat dítě takové, jaké je, a poskytnout mu tak ujištění o opravdivosti tohoto nového pouta — ujištění, jakého dítě dosud nepoznalo. Přijímá-li terapeut nepřátelství dítěte, aniž sám reaguje odvetně, tu se zpravidla ponaáhlu postoje dítěte mění a klesá jeho agresivní napětí. Nestačí tu ovšem jen živelný, nekultivovaný pedagogický cit — je tu třeba i jistého psychoterapeutického »vědění«, přičemž i sama osobnost terapeuta má velkou důležitost a neosvědčuje se stejně dobře v léčebné práci s každou dětskou individualitou.

Poměrně nejjednodušší a nejrychlejší je nápravná práce s deprivovanými dětmi v útlém věku, jak o tom svědčí případ, který tu uvádíme. Dítě R. D. bylo přijato na dětské oddělení nemocnice ve 12 měsících těžce dystrofické, chabé, páchnoucí špínou, s akutní rinofaryngitidou. Rodinné poměry byly zřejmě velmi bídné: otec, krmič dobytka, byl primitivní, sobecký, se sklonem k pití, využívající matku i děti k práci za sebe, matka utlačená, rovněž nízké úrovně, pláčtivá a udřená, zcela pasivní, s velmi těžkou koktavostí; tři starší děti běhaly většinu dne bez dozoru venku. Naše pacientka už doma prý většinu dne jen apaticky ležela, kývala se, byla smutná a pořád »modrá«, téměř nežvatlala a bála se, kdykoliv na ni někdo (i otec) promluvil. V prvních dnech po přijetí ještě dále ubyla na váze, celý den jen ležela a kývala hlavou i rukama ze strany na stranu se špičkou jazyka vystrčenou z úst a s pohledem upřeným do prázdna. Kdykoliv někdo vkročil do boxu, v němž byla uložena, spustila úzkostný křik

a začala intenzivně dumlat. Odmítala sedět, i když se vsedě chvíli udržela, odhazovala hračky, které jí byly podány. Po několika dnech se dítě poněkud uklidnilo a sneslo přítomnost někoho druhého na boxu, aspoň potud, pokud se neobracel přímo k němu. Pozvolná mohl psycholog navázat aspoň nejjednodušší kontakt — vzdálený pohled, úsměv, jemné přimlouvání, později i pohlazení a mírný rytmický pohyb. Kontakt musel být zprvu velmi opatrný a spíše nepřímý, na každou přímou manipulaci dítě reagovalo velmi úzkostně. Jakmile se podařilo zajistit vztah, třeba jen velmi křehký, začaly se projevy dítěte nápadně měnit: vydrželo déle sedět, stále častěji se usmívalo, lépe jedlo a váhová křivka od té doby stále stoupala (viz graf 17). V té době bylo dítě svěřeno do zvláštní individuální péče jedné sestry, která se mu věnovala i v době mimo svou službu valnou část dne. Tři týdny po přijetí se již samo posadí i postaví u mřížek postýlky, má zájem o hračky, začíná žvatlat slabiky — o samotě však dosud setrvává ve svých automaticích. Po dalším měsíci je pokrok veliký: snese již tak náročný kontakt, jakým je zvednutí a vyhození do výšky — výská nadšeně, a když je položena zpět do postýlky, natahuje ruce a voláním se aktivně dožaduje další pozornosti. Je většinou veselá, čilá, začala chodit dobře okolo postýlky. Přibyla na váze více než 1 kg. V tomto stavu je propuštěna zpět do péče matky, od níž se při předávání s pláčem odvrací. Matka bývala dříve většinu dne mimo domov a ponechávala dítě úplně o samotě, téměř na ně nepromluvila, sotva je ošetřila. I když je měla, jak se zdá, ráda, neměla ani čas, ani dost vůle a zájmu, aby se mu věnovala, a stavěla se k němu netečně. Nyní po dohodě s námi změnila své poměry, pokud to bylo možné: zůstala u dítěte celý den doma a stále se s ním zabývala. Závodní rada i zdravotní sestra přímou návštěvou v rodině pomohly zajistit přijatelnější hygienické i výchovné podmínky a nebylo nutno — přes názor veřejných činitelů — svěřovat dítě do trvalé ústavní péče. Při kontrolní prohlídce v 16. měsíci ukázal se tento postup naprosto oprávněný: dítě jen rozkvetlo, přibýlo za pouhé tři týdny o další 1 kg a jeho váha se postupně zcela normalizovala. Je čilý, běhá samostatně, mluví jednotlivá slůvka žargonu, hraje si se zájmem. I když je jeho stav dosud lehce opožděn, je naděje na další vývoj příznivá. Jistě k tomu přispělo i to, že dítě, které začalo samo běhat, je s to si již opatřovat podněty samostatně a že svým novým postojem (osvojeným v nemocnici) je schopno aktivně se dožadovat pozornosti a kontaktu, vyvolat emoční odezvu u matky dříve netečné. Matka přiznává, že poprvé zakouší radost z chování dítěte a z jeho překvapivého vývoje.

Deprivované dítě ustrnulo v klasickém případě ve svém emočním a intelektovém vývoji na primitivním stupni. Má-li dosáhnout zdravého rozvoje, musí začít svůj osobnostní vývoj od těchto primitivních stupňů a prožít je znovu a lépe. V tom je podstata všech »regresivních« terapeutických metod různého ražení. Tak *Jonsson* ve Švédsku, *Bettelheim* a *Sylvester* ve Spojených státech, *Friedemann* ve Švýcarsku aj. podněcovali děti k tomu, aby se chovaly jako nejmenší. I desetileté děti mohly pít ze sací láhve, nechávaly se krmit a oblékat, mluvily dětským žargonem a byly zcela závislé na své pěstounce. Tělesný kontakt je zpravidla nejprimitivnější formou styku, a je tedy

i první, který dítě snáší a z něhož se jeho pouto k terapeutovi může rozvíjet, zvláště u dětí těžce retardovaných. Proto se první fáze kontaktu omezují často na pochování, skrytí hlavy do klína a pomazlení — teprve postupně se rozyjí komunikace i ostatními cestami, zrakem, sluchem a naposledy řečí. I zde je ovšem nutno respektovat individualitu dítěte a vycházet ze situace, na niž dítě nejlépe reaguje. Tělesný přístup je i podstatou »vegetoterapie« Nic Waalové, jež začíná kontakt rytmickým laskáním, něžnými a citlivými dotyky, jakousi masáží různých částí těla. Vztah, který si děti k terapeutovi vytváří, má nejprve zcela elementární povahu (příchylnost a opora, pocit »domova«, jistota, že je milováno) a teprve postupně se z něho mohou vytvářet vztahy vyšší úrovně. Vývoj nižších fází je závislý na integritě fází předchozích, a dítě musí mít tedy nejprve příležitost získat nejzákladnější emoční zkušenosti.

Regresivní terapií je i metoda »anaklitické izolace« vypracovaná H. Azimou. Je založena na situaci sensorické izolace, která podporuje vytvoření vztahu naprosté závislosti pacienta (dospělého) na terapeutovi. Jde o vztah obdobný jako v případě matky a kojence. Pacient je krmen, obsluhován, chráněn atd. Metoda je prý vhodná pro pacienty, kteří mají anamnézu časně těžké deprivace v dětství a živě pociťují potřebu lásky i s úzkostí soustředěnou kolem ní.

Postup k vyšším fázím se děje tempem, které je dítěti přiměřené. Ve většině těžších případů je třeba počítat spíše s léty než s týdny nebo měsíci. Zpočátku je třeba, aby terapeut splňoval vitální potřeby dítěte takřka bez omezení (snad jen s jedinou výjimkou, již je zajištění bezpečnosti), aby se vyhýbal zbytečným frustracím a odmítáním přání dítěte. Deprivované děti totiž jsou málo schopné získávat zkušenosti z frustračních prožitků, na něž reagují jen tím, že se stáhnou, nebo agresí (Hebb, Kestenbergová — viz shora). Nejde ovšem jen o mazlení a laskání dítěte napořád a bez rozlišení — to by spíše odpuzovalo. Ve skutečnosti je jen třeba, aby terapeut byl velice pozorný ke všem náznakům potřeb a přání dítěte a splňoval je tak, jak vznikají a jak to odpovídá okamžitému stavu dítěte. Často stačí, sedne-li si na kraj jeho postýlky, umožní mu, aby se přiblížilo, popřípadě mu podá ruku a čeká na jeho přístup. Teprve, když už je vztah mezi psychoterapeutem a dítětem dosti pevný, může se přikročit k dalšímu kroku nezbytného omezování — k »socializaci a akulturaci« dítěte.

Přistupují-li k celkovým následkům deprivace i jisté konflikty, po-

máhá terapeut dítěti, aby je vyjádřilo prostředky odpovídajícími jeho vývoji (hrou, řečí) a aby našlo přijatelné řešení.

S upevňováním svého vztahu k terapeutovi opouští dítě svůj autistický svět a nachází cestu k okolnímu reálnému světu. Tak se stává postupně i schopnějším přijímat stimulaci a učit se. V té době je na místě hojně zásobení dítěte podněty smyslovými, motorickými i řečovými, rozvíjení jeho hry všemi výchovnými prostředky a motivacemi.

Vztah dítěte k psychoterapeutovi je ovšem jen prostředkem, který má umožnit vybudování nového vztahu k druhým lidem, především k jeho skutečným vychovatelům. Postupně tedy ustupuje terapeut do pozadí, i když často ještě pomáhá v další adaptaci dítěte.

Je-li váha poruchy dítěte především v nedostacích intelektuálních a výukových, bylo by nevhodné užívat tohoto svízelného a zdlouhavého procesu vhodného pro nejtěžší případy. Formální psychoterapie vůbec bude nezbytná jen ve výjimečných případech, daleko častěji budou stačit jistá *opatření výchovná*, která ovšem musí zahrnovat i správný emoční přístup k dítěti. Často bude stačit normální »laskavá« a podnětná péče sester a vychovatelek. Dobře erudovaný vychovatel může ostatně uvedené zásady uplatnit ve své každodenní výchovné práci s dítětem, ať v rodině, ve školce, nebo v dětském kolektivním zařízení. Nutno přitom mít na zřeteli, že pro takovouto nápravnou práci už pro své osobní vlastnosti budou některé sestry a vychovatelky vhodnější než jiné.

*Organizace psychoterapeutické práce s dítětem* je různá podle daných možností. Někde je praktikován kontakt denní, jinde bývá omezen na jedno až dvě krátká sezení v týdnu. Gelinierová a Aubryová viděly značné pokroky při pravidelné psychoterapii 2krát až 3krát týdně po 30 až 45 minutách u malých dětí. Terapeut výhodně používá i nepřímého působení — přes vhodně volenou sestru, učitelku mateřské školy apod., popřípadě přes dětskou skupinu. Často se setkáváme s dětmi, které po příchodu do nemocnice nereagují na dospělé osoby, ale pozorují druhé děti. Jestliže se terapeut zabývá sousedním dítětem, hraje si s ním a věnuje mu svou pozornost, je pak i ono dítě schopnější přijmout jeho přímou pozornost. Vliv správně organizované mateřské školy pro terapeutické cíle byl už mnohokrát zdůrazněn (A. Alpertová).

Zvláště obtížná je *reedukce deprivovaných mladistvých delinkventů* a asociálních osobností. Ve věku, kdy osobnost je už z valné části zformována, je změna vlastností obtížná a často se přes veškerou sna-

hu vychovatele nedaří. Spokojíme-li se aspoň přijatelným zařazením mladistvého do pracovního a společenského života, je procento úspěchu poněkud vyšší. V domovech se zvýšenou výchovnou péčí a v domovech výchovy mládeže je mnoho dětí s následky vážné deprivace. I zde je základním předpokladem citlivý, individuální přístup vychovatele k dítěti (Makarenko, Aichhorn), přičemž ovšem mimořádný význam připadá už i působnosti celého kolektivu a vlivu uvědomělé práce. Zvláště cenné jsou tu zkušenosti Makarenkovy, jehož úspěchy jsou založeny především na uplatnění citlivého působení vůdčí osobnosti vychovatele a na řízení vzájemných vztahů mezi chovanci v pracovním procesu i mimo něj. I z našich DZVP lze uvést mnohé pozoruhodné výchovné úspěchy, a to především tam, kde individualizovaný pedagogický přístup k dítěti vychází z hluboké znalosti jeho osobnosti a ze znalosti podmínek, které je formovaly.

V každém případě by však bylo málo účinné, kdyby se terapeut omezil jen na práci s dítětem a neovlivňoval celé jeho prostředí. Jde-li o dítě z rodiny, je třeba *ovlivnit především rodiče, a zvláště matku*. Intenzivní terapie matky je nutná všude tam, kde její vlastní narušené duševní zdraví je základní podmínkou, z níž deprivace dítěte vyrůstá. Tam, kde jsou v popředí činitelé spíše společensko-kulturního rázu, je třeba působit k úpravě prostředí, výchovného režimu a výchovných podmínek, popřípadě rodinu dále výchovně vést. Příznivé výsledky psychoterapie dítěte mají často příznivý ohlas i ve vztahu matky k němu. Jak uvádí Langford ve své kasuistice: když se dítě začne probouzet ze své letargie, začne chodit a smát se, vyvolá to nadšení matky, která přiznává, že »poprvé z něho má radost«. Vlivem psychoterapeutické práce nabude i matka sama korektivní emoční zkušenosti — prožije uspokojení a radost z mateřského vztahu k dítěti, což jí dříve bylo neznámo. Učí se lépe rozumět potřebám dítěte, citlivěji je rozpoznávat a reagovat na ně.

Také možnosti pro *vytváření terapeutického prostředí v ústavech* bude patrně možno v budoucnu rozšiřovat. Jde o vytvoření celkově příznivé emoční atmosféry a podmínek pro individuální léčbu a nápravnou výchovu, což je úkol pro spojené síly pedagogů, dětských lékařů, pedopsychiatrů i psychologů. Předtím ovšem bude třeba jisté reorganizace: uvážíme-li, že do dětských domovů přichází velké procento dětí už z dřívějšíka deprivovaných, pak zajisté nestačí zajistit jim jen »normální« výchovu, ale je třeba vytvořit podmínky pro výchovu nápravnou, což v podstatě znamená podmínky pro uspokojení »zvláštních

potřeb« těchto dětí. Jsou-li zatím děti vychovávány v příliš velkých skupinách (20 až 25 předškolních dětí v jedné skupině řízené jedinou vychovatelkou), nelze ovšem žádnou nápravnou práci plánovat a provádět — oprávněné naděje možno však skládat v další rozšíření sítě »zvláštních oddělení pro děti chováním obtížné« v předškolních ústavech a v dalším zlepšení jejich personálního vybavení. (Dosud tam připadá na jednu vychovatelku skupina asi 10 takovýchto »obtížných« dětí.)

I když se dnes na léčebné a nápravné možnosti i v případech těžce deprivovaných dětí díváme optimističtěji, přece jen nespornou skutečností zůstává, že převýchova a léčba těchto dětí je složitá, zdlouhavá a velice náročná, nehledě k tomu, že s jistými následky nutno i tak většinou počítat. Vyplývá z toho, že široce založená prevence je za těchto okolností nejen účinnější, ale i hospodárnější, takže hlavní úsilí nutno v praxi zaměřovat tímto směrem.

---

## XI. PREVENCE

---

### 1. OBECNÉ DŮSLEDKY PRO MENTÁLNÍ HYGIENU A PEDAGOGIKU

Rozsah a mnohotvárnost problematiky psychického strádání dětí má přirozeně velký dosah praktický. Je stále poměrně mnoho dětí, které strádají hrubými formami psychické deprivace, a ještě daleko více dětí, jejichž správný duševní vývoj je ohrožen deprivacními činiteli drobnějšími a skrytějšími. Nyní, když byla kojenecká úmrtnost snížena na minimum a základní úkoly zdravotnické péče zvládnuty, pokládáme řešení mentálně hygienických problémů za nejzávažnější úkol naší péče o dítě. Že vyřešení těchto problémů nebude jen automatickým důsledkem ekonomických a sociálních změn v naší společnosti, ale že tu bude třeba cílevědomého úsilí, na to bylo poukázáno u nás již častěji — celostátní psychiatrický sjezd o duševní hygieně v r. 1960 v Praze byl prakticky věnován této otázce.

Již výsledky prvních deprivacních studií — v mnoha směrech, jak jsme viděli, ještě přepjatých — vedly v některých zemích ke zvláštním praktickým opatřením. Nastal prudký odklon od ústavnictví, silně se rozšířila pěstounská péče, povzbuzována byla adopce a sociální službě se dostalo nových úkolů a nové odpovědnosti. Otázka deprivace tím ovšem vyřešena nebyla — naopak, její řešení bylo spíše oddáleno. Určité procento dětí totiž i při všech jiných opatřeních v ústavech zůstává a těmto dětem bylo pomoheno jen málo, neboť se nehledaly způsoby, jak ústavní péči zlepšit, ale jak se bez ní obejít. Argumentů proti špatným ústavům se začalo užívat i proti ostatním formám kolektivní výchovy, bylo proklamováno radikální omezení nemocničních pobytů ve prospěch ambulantní léčby a »špatné rodině«, která byla povýšena nad »dobré ústavy«, se dostalo jakéhosi vědeckého posvěcení.

Teprve druhé, kritičtější období pomohlo vytěžit ze získaných poznatků i kritičtější praktické závěry. Ty jsou ovšem mnohem střízlivější a »šedivější« než ony původní, nicméně mohou přinést velmi cenné pozitivní výsledky. K těmto praktickým důsledkům, založeným na kritickém zhodnocení současného stavu vědění o psychické deprivaci, chceme obrátit pozornost v této kapitole. Jak z povahy problému vyplývá, je možno naznačit spíše jen hlavní zásady a cesty možného ře-

šení — jednotlivá opatření mohou pak vzejít ze široké diskuse, v níž by byly zváženy konkrétní možnosti a k níž by tato práce ráda dala podnět.

*P r v n í z á s a d o u*, jíž přisuzujeme právě z tohoto hlediska největší důležitost, je *respektovat s větším pochopením a uvědoměním základní potřeby dítěte*, mezi něž patří i potřeba závislosti na »milované« osobě či osobách svých prvních vychovatelů! Dítěti je třeba zajistit základní pocit životní jistoty a lásky. Toto konstatování nás organicky vede k tomu, abychom zvláštní pozornost věnovali osobám, které jsou dárci této životní jistoty, a podmínkám, za nichž se dětem této jistoty může dostat.

*D r u h á z á s a d a* k tomu dodává, že od nejuťlejšího dětství až do dospělosti by se mělo člověku dostat *přiměřených podnětů citových i smyslových*, neměl by být jimi ani přesycován, ani podvyživen, ani zásobován příliš jednostranně. Bylo prokázáno, že na správném časném vývoji závisí i rozvoj pozdějších vyšších intelektových a charakterových vlastností i odolnost vůči životním »zátěžím«. Základem výchovy není jen mechanické tvoření návyků — naopak, dynamika vývoje se mocně opírá o živoucí podnětnost prostředí a o základní citová pouta, která váží dítě a dospělého. Profesionálně strohé, výlučně didaktické hledisko je neúčinné i ve výchově školáků — ve výchově malých dětí je nemožné. Dítěti je třeba volného projevu, spontánnosti, prostředí životně přirozeného, ale i životně podnětného — skleníkově umělé prostředí, »přistřižené jen na dětskou míru«, nemůže tedy nikdy plně vyhovovat. Stejně tak suché knižní praktiky, byť jakkoli odborně schválené, nenahradí motivační účinnost základního citového postoje těch, kdo mají dítě rádi.

Nejde ovšem jen o množství podnětů, ale i o jejich kvalitu a strukturu. V zásadě je třeba požadovat, aby podněty byly přiměřené vývojovému stupni dítěte, neboť pozdní stimulace může být velmi neúčinná a předčasná stimulace, k níž nejčastěji dojde z nemístné ctižádosti vychovatelů, neúčinná nebo přímo traumatizující pro dítě. Podněty je třeba přizpůsobit aktuálnímu stavu dítěte, který je dán souhrou základních typových vlastností VNČ a okamžitým stavem excitability, která se mění v průběhu dne ve vztahu ke spánku a k řadě dalších činitelů vnějších i vnitřních (Koch, 1961). Podněty musejí být v rozumných mezích dostatečně rozmanité a proměnlivé, tak aby nedocházelo ke známému jevu zájmového přesycení. Musejí mít pro dítě význam, což znamená, že je dítě může začlenit do struktury svých prožitků a

poznatků. Nutno například respektovat skutečnost, že dítě vnímá i prožívá vždy celkově, a že nelze tedy navzájem odtrženě rozvíjet třeba zrakové vnímání, pak tělesnou obratnost a nakonec radostnou náladu. Je proto třeba ustavičně podporovat dětskou spontaneitu a tvořivost, již jsou nové podněty zpracovávány, opakovány a přetvářeny do forem dítěti nejpřístupnějších.

Důsledkem nových názorů na výchovu je i *nové hodnocení významu rodiny pro vývoj dítěte*, jež zde uvádíme jako *z á s a d u t ř e t í*.

Není vyloučeno, že by se ony základní potřeby dítěte mohly nasytovat i z jiných pramenů a za jiných podmínek. Společenské změny jistě přinesou různé další zásahy do struktury rodiny a vynutí si některé proměny vztahů mezi jejími členy. V zásadě však zůstává rodina základem výchovy i za socialismu (ba právě za socialismu, jak bylo zdůrazněno XXII. sjezdem KSSS) a ostatní zařízení nutno posuzovat jako pomocná. V praxi je totiž velmi těžko v tak širokém měřítku a tak přirozeně a snadno realizovat někde jinde přiměřené uspokojení základních potřeb dítěte: citově vřelý zájem, trvalou péči jedné osoby, dynamické a přitom jednotné prostředí po celé dětství, jež dává pocit »domova«.

Čtvrtá zásada se týká *hodnocení individuálních rozdílů ve vývoji dětí za deprivčních podmínek*. Za dnešního stavu diagnostických možností nutno přinejmenším radit k velké opatrnosti všude tam, kde má být dítě uvedeno do deprivční situace. Tato opatrnost by měla být tím větší, čím je dítě mladší a čím je situace náročnější. Dá se očekávat, že v budoucnu, kdy k dosavadní dispenzarizaci ryze zdravotnické přistoupí i psychologická, bude možno podchytit děti potenciálně »ohrožené« a věnovat jim pak speciální preventivní pozornost.

Každá z těchto základních otázek vyvolává hned celou řadu otázek dalších. Tak nový důraz na důležitost rodinné výchovy nutně vede ke studiu interpersonálních vztahů v rodinném společenství a ke snaze o přesnější určení jednotlivých účinných faktorů v něm. Řada praktických důsledků, které byly jinde ze studia deprivace vyvozeny, našla již ohlas i u nás a možno z nich nadále vycházet — například nová úprava adopčního zákona z r. 1958. Stejně tak soustavný rozvoj jeslí a omezování trvalé ústavní péče, soustavný pedagogický dohled v kolektivních zdravotnických zařízeních, snaha umísťovat děti v jeslích dříve, než dovrší 7. měsíc, kdy nedochází ještě k tak závažným účinkům při změně ošetřující osoby a celého prostředí, dále vnitřní úprava

nemocnic, větší pozornost psychickým potřebám nemocných dětí, zavedení psychologie a pedagogiky do zdravotnických škol a na pediatrické fakulty, psychologické školení všeho personálu, to všechno je zřejmým ohlasem nových tendencí v naší péči o dítě.

Uvědomíme-li si rozsah i dosah možných škod způsobených deprivací a důležitost proklamovaných zásad pro duševní vývoj příští generace, jistě připustíme, že v praktických opatřeních nutno postupovat dále a s nepolevujícím úsilím. Je jasné, že se nemůžeme dnes vrátit k primitivním instinktivním formám výchovy dětí a rozhodně by to nebylo žádoucí. Je však nutno sladit nové podmínky společenské a civilizační s vitálními potřebami dítěte a čelit nepříznivým důsledkům oněch změn. Tuto *potřebu základního souladu v tendencích vyvíjející se společnosti a vyvíjejícího se dítěte* uvádíme zde jako *p á t o u z á s a d u*, k níž nás studium deprivace přivádí. I za nových podmínek musí společnost respektovat potřeby a »práva« svých nejmladších členů a musí hledat prostředky, jak je vhodně uspokojit.

## 2. ZÁKLADNÍ OTÁZKY PREVENCE A DLOUHODOBÉ PÉČE O DĚTI OHROŽENÉ

Důležitost prevence v zápase proti důsledkům psychického strádání dětí byla již zdůrazněna. Otázkou zůstává, jakými cestami může postupovat v jednotlivých úsecích naší společenské praxe.

Základní prevencí je tu vlastně *sociální politika státu*. Odstranění bídy a všech forem hmotného strádání, *zajištění vysoké životní úrovně* všemu obyvatelstvu a zvláštní pomoc rodinám s dětmi, to jsou zajisté podmínky, jež do jisté míry likvidují nepříznivé psychické činitele. Další pomoc znamená pracovní uvolnění žen mateřskými dovolenými a zřizování institucí, které rodinám ve výchově dětí pomáhají, jeslemi počínaje a konče ústavy sociální péče, které přijímají děti těžce defektní, a uvolňují tak členy rodiny, aby se mohli věnovat dětem zdravým. Velmi důležitým činitelem je i kvalitní zdravotní péče, včetně základní služby poradenské, která je bezplatná a přístupná všem. Dokončení bytové výstavby a další zkracování pracovní doby umožní rodičům věnovat dětem ještě více svého času.

Státní zákonodárství odstraňuje ovšem jen vnější podmínky, za nichž by mohlo dojít k psychickému strádání dětí. Vyvstává však otázka, zdali všichni a ve vhodné míře těchto možností využívají a zdali současný život nepřináší s sebou i celou řadu nových nebezpečí. Neztrácí se často dítě jakožto hodnota rodinného života v soustavě hodnot ji-

ných, mezi nimiž vnější blahobyť, pohodlí, zábavy apod. nabývají vrchu? Navíc pak zůstává mnoho podmínek psychického strádání v rodičích i v dětech samotných, takže prevenci nutno založit vskutku široce a na všech úrovních.

Za druhou základní složku preventivního snažení pokládáme *informovanost veřejnosti*, a to odborné i laické. K odborným pracovníkům (lékařům a střednímu zdravotnímu personálu, psychologům, pedagogům a sociálním pracovníkům) přicházejí nové poznatky poměrně rychle, a i když rozhodně jest si přát, aby k dosavadnímu jejich vzdělání přistoupil více než jen formální praktický výcvik v dětské psychologii a psychopatologii, má tu školení své ustálené formy a metody. K rodičům, veřejným pracovníkům a do veřejnosti vůbec se však nové poznatky dostávají až s jistým zpožděním, a to tehdy, když praktické závěry přejdou z vědeckých publikací do literatury populárně vědecké a když jsou dále popularizovány tiskem, rozhlasem apod. Dnes jsme ještě ve stadiu, kdy »veřejnost« je přesvědčena, že na každou psychickou úchyllku je speciální ústav a kdy na funkci ústavů panují názory optimistické i pesimistické, avšak zcela nekritické. Nutno tu však upozornit na jisté nebezpečí. Popularizování vědeckých poznatků z psychologie, zvláště dotýkají-li se výchovy dětí, je samo o sobě delikátním vědeckým problémem, neboť všude tam, kde máme co činit s individualitami, nevystačíme se schematickými prohlášeními a jednoduchými výchovnými recepty.

S tímto požadavkem vhodné osvěty souvisí pak požadavek další, totiž *včasně zachycení ohrožených dětí*. Znamená to zlepšení, prohloubení a speciální zaměření sociální služby, náležité vybavení dětské psychiatrické služby, která mezi jiným sleduje duševní vývoj dětí v ústavech a která má sledovat i duševní vývoj dětí v rodinách lidí duševně chorých, podstatné rozšíření psychologické služby v kolektivních zařízeních školských, zapojení ostatních institucí do této práce a účinné koordinování jejich činnosti.

Všechna tato práce by však nemohla být plně úspěšná, kdyby současně nedošlo k pokrokům i v onom vědeckém oboru, který je zde nejvíce zainteresován, totiž v dětské psychologii samotné. Zachytíme-li včas ohrožené děti, zbývá ještě psychologické diagnostice rozpoznat, jakému riziku vystavujeme jednotlivé dítě při různých druzích opatření, jaký postup volit vzhledem k struktuře jeho osobnosti, kterých složek možno využít v dalším výchovném procesu, o co opírat eventuální převýchovu atd. To předpokládá ovšem *široce založené a dobře*

*fundované výzkumné práce*, kterých by se měly kompetentně ujmout nově budované výzkumné instituce a ulehčit v této mimořádně náročné práci praktickým psychologickým a psychiatrickým pracovištím, v nichž se zatím u nás zájem o problematiku deprivace takřka výlučně soustřeďuje.

Konečně je třeba dále *vybavit a organizovat naši sociální službu* tak, aby mohla zajistit každému potřebnému dítěti výchovnou péči v náležité míře a kvalitě vzhledem k jeho specifickým potřebám. Dosud je až příliš často prováděna tato péče jen na základě náhle vzniklé naléhavé potřeby a chybí dlouhodobé plánování jednotné péče o ohrožené děti. Sociální pracovnice by měla být svým vzděláním (patrně vysokoškolským) vybavena tak, aby byla schopna samostatného rozpoznání hrožících závad i samostatné akce, zvláště v tomto smyslu dlouhodobého »ochranného« působení. Nutno ovšem připomenout, že jediná taková pracovnice, byť jakkoli erudovaná, sotva může obsáhnout celý okres, a že tedy je nezbytné zlepšit tuto službu i kvantitativně. Zatím bývá dítě nejčastěji předmětem různých opatření dělaných ad hoc, podle vnějších okolností (často nahodilých), bez ohledu k jeho současné psychické situaci i k budoucí výchově. V domovech se zvýšenou výchovnou péčí se nezřídka setkáme s dětmi, které byly odňaty z rodiny, umístěny v záchytu, pak převedeny do dětského domova, odkud si je rodiče zase vzali, znovu dány do dětského domova, ovšem jiného, pak po jeho zrušení převedeny dále, popřípadě s novým dočasným pobytem doma atd. I když se i v tomto směru poměry proti dřívějšímu stavu značně zlepšily, přece jen naše statistika chovanců domovů se zvýšenou výchovnou péčí ve Středočeském kraji za poslední dva roky ukazuje, že 50 % těchto chlapců prošlo před vstupem do DZVP nejméně dvěma jinými ústavy, nepočítaje v to záchyt, a ještě 13,5 % čtyřmi a více ústavy.

K vypracování plánu dlouhodobé péče nutno vzít v úvahu celou řadu činitelů sociálních a ekonomických, psychologických i zdravotních. Netřeba zdůrazňovat, že sociální pracovníci na tak odpovědném místě by měli být vybaveni kromě vysoké erudice i jistou dávkou pravomoci. Nutnost úzké součinnosti s ostatními interesovanými institucemi, včetně soudů, orgánů lidosprávy a zájmových organizací, je tu rovněž zcela zřejmá.

### 3. PÉČE O NARUŠENÉ RODINY

P. Vodák a T. Bečvářová zpracovali údaje o 320 dětech v dětských domovech býv. Libereckého kraje a zjistili, že dětí zcela nebo napolo osiřelých bylo mezi nimi necelých 9 % a že 91 % dětí mělo oba rodiče. Suchánková ze skupiny 293 dětí sledovaných v dětském domově v Mariánských Lázních uvádí 6 % osiřelých. Při několikalétem sledování dětí v jednom batolecím dětském domově ve Středočeském kraji jsme došli k číslu zcela shodnému — 6,5 % dětí bylo přijato pro úmrtí matky. Je tedy potěšitelnou skutečností, že v našich ústavech pro předškolní děti dnes prakticky není sirotků a jen nepatrné procento polosirotků. (Situace ve školních dětských domovech a pak zvláště v DZVP a v domovech výchovy mládeže, jak jsme uvedli již na jiném místě, je poněkud jiná. Souvisí to s příčinami vážných výchovných obtíží a přestupků, které jsou předmětem nápravné výchovné péče v těchto zařízeních a pro něž je v rodinách narušených úmrtím otce nebo matky zřejmě více příležitosti.) Vyvstává tedy otázka, jaké jsou to vlastně rodiny a jací rodiče, jejichž děti tvoří tak početnou populaci našich ústavů.

*J. Bowlby* (1951) dělí příčiny selhání rodiny v naší společnosti do tří kategorií:

1. *Přirozená rodina nebyla nikdy ustavena.* (Týká se to především dětí nemanželských.)

2. *Přirozená rodina není porušena, avšak nefunguje účinně.* Sem spadají ekonomické okolnosti, jako je chudoba, bytová tíseň, nezaměstnanost apod., dále chronické nemoci nebo invalidita vychovatelů, jejich psychická nevyrovnanost, psychopatie, psychózy, oligofrenie a jiné psychické defekty. Možno k tomu přidat i rodinná společenství mravně »špatných« jedinců, asociálních osobností nebo vůbec společenství primitivní, jakými například donedávna byly kočující rodiny cikánské.

3. *Přirozená rodina je rozbita.* Vedle sociálních kalamit, jakými jsou například války se všemi svými důsledky, řadí sem Bowlby úmrtí jednoho nebo obou rodičů, jejich vzdálení z rodiny z důvodů hospitalizace, uvěznění, rozvodu, popřípadě i zaměstnání.

Rozdělíme-li podle tohoto schématu důvody, pro které byly přijaty do ústavní péče děti, jež jsme sledovali v uvedeném batolecím domově, dostáváme do jisté míry odpověď na předloženou otázku.

Důvod přijetí do ústavní péče	Počet	%
1. Rodina nebyla nikdy ustavena . . . . .	45	43 %
Svobodná matka — o dítě se nestará, krajně nepříznivé výchovné prostředí . . . . .	21	
— oligofrenie . . . . .	8	
— psychóza . . . . .	7	
— ve vazbě . . . . .	3	
— zaměstnaná na směny, v místě nejsou jesle . . . . .	5	
Dítě »nalezenec«, pravděpodobně svobodné matky . . . . .	1	
2. Rodina zachována, avšak neplní svou funkci . . . . .	29	28 %
Hrubě zanedbaná výchovná péče, krajně ne- vyhovující prostředí . . . . .	18	
Oba rodiče oligofrenní nebo psychotičtí . . . . .	5	
Matka psychotická . . . . .	6	
3. Rodina rozpadlá . . . . .	30	29 %
Matka zemřela . . . . .	7	
Matka rodinu opustila . . . . .	2	
Matka rozvedená nebo vdova, o dítě se ne- stará . . . . .	3	
Matka nebo oba rodiče nemocní (v léčení) . . . . .	13	
Otec ve vazbě, matka výchovně neschopná . . . . .	5	

Uvedené nepříznivé okolnosti, všeobecně vzato, jsou jen jistými výstražnými znameními, jež musí upoutat pozornost odpovědných sociálních pracovníků. V každém jednotlivém případě je pak nutno pečlivě zvážit, jak a do jaké míry je možno rodinu jako celek sanovat, jaké podpory či jakého vedení potřebuje, jak zabránit nejen traumatizujícím vlivům na dítě, ale i traumatizujícím vlivům na rodiče atd. Důležitost zcela individuálního zvážení situace můžeme dobře ukázat například na rodinách, v nichž je prostředí hygienicky závadné. Na jedné straně totiž dobře víme, že i v primitivním prostředí mohou být děti velmi úzce připoutány k rodičům, že násilné přerušování tohoto vztahu je může těžce ohrozit a že dětské domovy v dnešní podobě jim sotva mohou poskytnout v tomto směru odpovídající náhradu — na druhé straně však nutno stejně tak uvážit, že dítě strádající fyzicky, podvyživené a neduživé sotva může dobře prospívat psychicky a

mnohé případy nápadného »rozkvětu« takových dětí po příchodu do dětského domova jsou toho přímým svědectvím.

Je-li ve světle dnešních poznatků o psychickém strádání dětí prvním preventivním požadavkem omezení těch příčin, jež vedou k umístění dětí v ústavech, pak účinná pomoc ohroženým rodinám je prvním a základním krokem k uskutečnění tohoto požadavku. Tato pomoc musí být velkou většinou komplexní, neboť i podmínky, jež tu vedly k obtížím, bývají rovněž mnohotvárné a proměnlivé. V podstatě však možno v tomto komplexu rozlišit aspoň tři základní složky: léčebnou, sociální a výchovnou. (Netřeba snad zvláště zdůrazňovat, že veškerá pomoc musí být poskytnuta taktně a psychologicky správně. Pouhou ostrou výtkou a obviňováním lze rodiče nejspíše zahnat do pozice pasivního odporu.)

Léčebná pomoc se samozřejmě bude týkat těch případů, kdy funkce rodiny je ohrožena nemocí matky nebo některého jiného člena. Zabránit invaliditě je jedním z předních úkolů. Zvláštní úloha v této zdravotnické složce připadá službě psychiatrické, neboť společenství lidí psychopatických, psychotických či jinak psychicky alterovaných přináší pro dítě nebezpečí, že se mu nedostane dostatečného nebo rovnoměrného zásobení podněty smyslovými i emočními. Zvláště matky autistické a depresivní jsou z tohoto hlediska zdrojem nebezpečí. Je třeba úzké koordinace dětské a dospělé psychiatrie v dispenzarizaci pacientů, neboť nutno pečlivě zvážit vhodnost podnikaných opatření nejen s ohledem na dítě, ale i s ohledem na vývoj matčiny choroby, jež může být odloučením od dítěte eventuálně nepříznivě ovlivněna. Nutno více pozornosti věnovat i těm případům, kdy psychická porucha dítěte není následkem, nýbrž příčinným činitelem v rozvratu rodiny se všemi nepříznivými důsledky jak pro rodiče, tak pro ostatní sourozence.

Alkoholismus rodičů je rovněž poměrně častou příčinou umístění dětí v ústavech a hlavně příčinou prodlužování jejich ústavního pobytu. Jak jsme již uvedli, hraje zvláště významnou roli v anamnézách dětí přicházejících do dětských psychiatrických léčeben a do DZVP. Léčba alkoholismu a protialkoholní boj je tedy i přínosem v prevenci dětské deprivace.

Pomoc sociální se bude ovšem týkat především rodin s nízkou kulturní a životní úrovní, v nichž dítě strádá nejvíce nedostatkem zdravotní péče, sensorické stimulace a výchovného vedení nebo kde je

dosud i pracovně přetěžováno. Zvláštním problémem jsou dosud rodiny osob oligofrenních, jež nejsou v plné míře schopny zvládnout nároky dnešního společenského života a jež vyžadují nejen pomoci v náročnějších životních situacích, ale v podstatě trvalého vedení. Velkou pomocí bude zajisté řešení cikánské otázky formou dlouhodobé převýchovy. Zatím však jsme ve stadiu, které přináší ještě četné komplikace, jak o tom svědčí studie zdravotnického a sociálního zaměření z poslední doby (M. Jetel a B. Nepustil, 1961; M. Rusnák, 1961; J. Hepnerová, 1960) a jak o tom svědčí konečně i zcela neúměrné procento cikánských dětí v našich dětských domovech. Nutno v této souvislosti připomenout, že kočovný způsob života u nás sice vymizel, že však nevymizelo časté stěhování, nestálost v zaměstnání, nestálost v soužití s manželským nebo jen sexuálním partnerem, což přirozeně může na dítě působit silně deprivacně.

Zcela jinou, ale neméně závažnou otázkou jsou rodiny neúplné v důsledku rozvodu nebo úmrtí matky nebo otce, rodiny nově »doplněné« nebo ustavené až opožděně. Cesty účinné pomoci jsou velice složité a náročné — dotýkají se nejen působnosti rozvodových soudů, organizací při závodech, sexuologické, psychiatrické a zdravotnické služby vůbec, avšak v neposlední řadě i soustavy hodnot, které si společnost v každé době vytváří. Četné komplikace pak přináší nové sňatky rodičů, neboť na náročnou úlohu nového otce nebo matky nebývají noví členové rodin dost připraveni, ba sotvakdy si náročnost svého postavení uvědomují. Navíc postoje okolí k nim jsou zatíženy dosud starými předsudky o »macechách a otčímec« a není zatím společenské instituce, která by tyto nové svazky svým ochranným působením pomáhala stabilizovat. A i když případy nejrůznějších vývojových odchylek a psychických poruch, s nimiž se u dětí z rozvrácených a porušených rodin v dětských psychiatrických poradnách setkáváme, mají v etiologii spíše činitele konfliktové než přímo karenní, nutno i s těmi vždy vážně počítat. Dítě ať z jakéhokoliv důvodu »nemilé« je vždy v nebezpečí, že bude zavržováno, zanedbáváno a ochuzováno o podněty afektivní a smyslové. To prakticky platí i o dětech nemanželských. I když se zákonné postavení svobodných matek zcela vyrovnalo, postoj veřejnosti k nim se v poslední době dalekosáhle změnil, jejich hmotné zajištění, úprava zaměstnání a pomoc při výchově dětí státními institucemi dávno není problémem, přece podstata psychologické problematiky zůstala do jisté míry zachována. Dítě, které přináší matce nepříjemné životní prožitky, je od počátku ve zcela jiné situaci než dítě,

které od doby těhotenství naplňovalo matku uspokojením a jehož existencí se matka cítí povznesena ve své společenské hodnotě. Navíc pak závažným faktem zůstává, že nemanželské děti, které tvoří v tak značném procentu populaci našich dětských domovů, jsou dětmi matek slabomyslných, psychopatických nebo i psychotických, matek delinkventních nebo jinak asociálních.

Otázce zaměstnanosti matek budeme věnovat pozornost ve spojitosti se zařízeními, která jsou budována právě pro pomoc pracujícím matkám, tj. jeslemi. Zde je třeba jen připomenout, že z hlediska možné deprivace dítěte v rodinném prostředí nutno věnovat zvláštní pozornost matkám, které se z titulu svého zaměstnání snaží o ústavní umístění dětí, které své děti v jeslích »zapomínají« a dávají přednost jeslím týdenním, ačkoliv mají možnost využít jeslí denních, a těm, pro něž zaměstnání má zřejmou povahu »únikovou«. Zde ovšem sotva může pomoci jen úřední, neosobní zákrok — více naděje na úspěch má výchova a převýchova rodičovských postojů spojeným působením služby sociální a psychiatrické.

Konečně třetí formou, kterou můžeme přispět potřebným rodinám, je p o m o c v ý c h o v n á. Značnou její část přebírají jesle a mateřské školy a dobré výsledky se projevují především tam, kde se mezi těmito zařízeními a rodinami vytvoří vztah důvěry. Velmi pozitivní roli však mohou hrát i pracovníci zdravotníci, kteří za pobytu dítěte v nemocnici nebo při jeho návštěvách v ambulanci proniknou hlouběji k poznání jeho osobnosti i jeho životního prostředí. V poradenské službě pro kojence a batolata by rozhodně neměly chybět aspekty výchovné, neboť právě tam v samých počátcích lze korigovat nesprávné výchovné praktiky, odpomoci bezradnosti některých matek a zachytit popřípadě patologické výchovné postoje rodičů, kteří by pak měli být předmětem péče psychiatrické.

Pomoc výchovná má však ještě jednu formu, jíž přisuzujeme mimořádný význam a již lze označit jako v pravém slova smyslu preventivní — totiž *výchovu k mateřství a k rodičovství vůbec*. Soudíme, že právě tato otázka je silně zatlačována do pozadí maximálním důrazem kladeným na vzdělání školní a speciální profesionální přípravu. O tom, jak bude dítě po stránce citové zásobováno a jak charakterově utvářeno, rozhodují postoje rodičů, které se utvářejí dávno před narozením dítěte nejen na podkladě jejich vlastních prožitků a zkušeností z dětství, ale i na podkladě zaměřené výchovy. Na těchto postojích závisí, zdali bude chování matky k dítěti vskutku »mateřské«, či jen

profesionálně chladné jako nudná povinnost, či zda bude dokonce odmítavé jako aktivní obrana proti »zlu«, které dítě ztělesňuje. Bowlby se domnívá, že důležitým pramenem deprivace dětí jsou psychopatičtí rodiče, jejichž psychopatie pramení z jejich vlastní deprivace v dětství. A i když dobře víme, že i osobnost dospělého člověka je stále ještě přístupna dalekosáhlé reedukaci, je jistě výhodnější přetrnout tyto řetězy nepříznivých příčin a následků co nejdříve. Setkáváme se také poměrně často se zcela nevyspělými rodičovskými postoji matek a otců příliš mladých (v pravém slova smyslu »předčasných«), jejichž děti pro ohrožení deprivací často přicházejí do péče ústavní. Zákonná opatření umožňující přerušování nevídaného těhotenství mají dnes velký význam v prevenci dětské deprivace tím, že omezují počet »nevítaných dětí« a že těm, které se narodí, poskytují jistou záruku vítanosti (rozhodně však ne vždy). Soudíme, že tato opatření negativního, redukujícího rázu nestačí, ale že je třeba aktivního výchovného působení, jež by nebylo jen součástí sexuální osvěty, ale mělo zcela pozitivní sociální zaměření. Zatlačení mateřského citu a ostatních rodičovských hodnot do pozadí jsou ochuzovány nejen děti, ale i rodiče samotní.

#### 4. POMOC ZAMĚSTNANÝM ŽENÁM

Rostoucí zaměstnanost žen je faktem celosvětovým. Změny, které působí v struktuře rodiny, a důsledky, které má ve výchově dětí, jsou předmětem četných úvah, diskusí i vědeckých studií — řešení a pomocná opatření jsou pak nutně závislá na socioekonomických poměrech jednotlivých zemí a na stupni společenského vývoje. U nás se snaha o zlepšení podmínek pro pracující matky zaměřuje na úpravu a zkrácení pracovní doby, omezení směn, prodloužení mateřské dovolené a zkvalitnění a zlepšení služeb (Zprávy Státní populační komise v r. 1960). Neméně důležitá je ovšem i pomoc výchovná. V rámci rodin samotných spočívá tato pomoc ponejvíce v *rukou babiček*. I když soužití tří generací, překrývání výchovných kompetencí, různé způsoby hodnocení apod. nutně vytvářejí řadu těžkostí, nutno konstatovat, že tato instituce funguje a osvědčuje se dobře. Dítě zůstává členem rodiny a celkem na minimum se redukuje nebezpečí, která zaměstnanost matky mimo domov přináší. Omezení času, který má matka pro dítě, spadá většinou na úkor zábavy s dítětem a všech těch činností, které jsou právě pro emoční vývoj dítěte a pro vytváření intimního vztahu mezi ním a dospělými nejdůležitější. Účinnou pomocí v domácnosti je

právě matka uvolněna po skončení svého zaměstnání k této radostné práci s dítětem.

Babičky a ostatní domácí pomocnice ovšem zdaleka nestačí a problémem veřejných pomocných zařízení je problémem právě tak světovým jako zaměstnanost žen sama. Tuto funkci přebírají u nás i v jiných zemích povětšinou *jesle*, které byly na semináři CIE v r. 1960 (M. Nováková, 1961) definovány v mezinárodním slova smyslu jako »zdravotnicko-výchovná zařízení pro zdravé děti zaměstnaných matek«.

Nicméně panují dosud velké rozdíly v jejich koncepci, právním postavení, vybavení i ve funkci. V socialistických zemích, ve Francii, v Belgii a v Itálii odpovídají *jesle* uvedené definici a děti jsou tam přijímány, jakmile skončí mateřská dovolená, a setrvávají zde do 3 let. V Holandsku, v severských zemích, v Anglii a v USA jsou *jesle* zřizovány soukromými institucemi a fungují spíše jako zařízení sociální. Přijímají nejen děti zaměstnaných matek, ale i děti z rodin neúplných, rozvrácených, asociálních či jinak postižených — tedy i děti, které u nás přicházejí běžně do kojeneckých ústavů a dětských domovů. Výhodou zde je, že není přerušena kontakt dítěte s rodinou a že je dána možnost ovlivnit ohroženou rodinu i dítě samotné právě pomocí tohoto vztahu. Děti jsou přijímány třeba již jako třítýdenní a setrvávají v jeslích až do 6 nebo 7 let. Teprve v těch případech, kdy dítě je zcela opuštěno, přichází do trvalých dětských domovů, které jsou často jen přechodnou stanicí na cestě k adopci nebo do pěstounské péče. Vedle těchto »klasických« jeslí existují, zvláště v severských zemích, jakési *jesle* »rodinné«, buď ve formě útulku pro 5 až 7 dětí v určité rodině, nebo ve formě odborné síly dodané do rodiny k dítěti, které se nemohlo v normálních jeslích adaptovat. Jistou obdobou toho je i tzv. »denní pěstounská péče«, praktikovaná spíše v anglosaských zemích, která má později své pokračování v mateřských školách a školách pro nepřizpůsobené děti (Howells a Layngová, 1955). Rozšiřování jeselní péče na úkor péče ústavní je dobře vidět i ze skutečnosti, že se v některých zemích (Holandsko a severské země, zvláště Švédsko) již zavádějí speciální *jesle* pro děti fyzicky slabé nebo duševně opožděné, pro spastiky, děti hluché a slepé apod. Je tak umožněno účinnější léčení i pedagogické vedení od nejútlejšího věku s nejmenším rizikem traumatizace a deprivace odloučením od rodiny. M. Nováková (1961) doporučuje uvažovat o podobných zařízeních i v našich velkých městech, kde koncentrace takovýchto potřebných dětí by provoz speciálních jeslí umožnila a kde i odborná péče je nejspíše zajištěna. Navíc přistupuje ta okolnost, že ústavní umístění dětí s tělesnými a mentálními defekty je velmi obtížné a že i z psychologických důvodů by patrně jistá část rodičů dala přednost jeslím před ústavem, nehledě ovšem k podstatným rozdílům v nákladech na vydržování denního a trvalého zařízení. Rodiče defektních dětí totiž často trpívají skrytými pocity »viny«, které se odloučením od dítěte někdy jen zvýší, a děti samy, i když jsou mentálně defektní, rozhodně lépe prospívají při zachování intimního emočního vztahu k rodičům než při ztrátě rodičů.

Celkem lze dosavadní zkušenosti shrnout v tom smyslu, že pro pracující matku se dnes stávají *jesle* ve většině zemí zařízením nezbytným a navíc při dodržování správných psychologických, pedagogických a

zdravotních zásad zajišťují dítěti normální duševní vývoj. Kombinace péče rodinné s životem v kolektivu přináší zajisté celou řadu výhod, rozšiřuje stimulační základnu pro dítě a rodičům poskytuje kromě jistoty, že jejich dítě je dobře opatřeno, často i lepší náhled na dítě a jeho obtíže, možnost získat pedagogické informace, popřípadě i pedagogické vedení. Z našeho hlediska pak je zvláště důležité, že mezi zařízeními kolektivní výchovy jsou to právě jesle, kde se deprivace činitelé uplatňují nejméně, jak ukázala řada srovnávacích studií (viz u nás Meszárošová a Jurčová, Janele, Mečíř, Koch, Nováková aj.). Rychlé budování jeslí denních a relativní omezování jeslí týdenních a ústavů s trvalým provozem je tedy zcela v souladu s těmito poznatky. Jako příznivou okolnost nutno hodnotit i fakt, že jesle — stejně jako ostatní naše kolektivní zařízení — jsou schopny ještě dalekosáhlého zlepšení. Předně existují dosud velké rozdíly mezi jednotlivými zařízeními a pozorování, která učinil J. Koch (1961) v kojeneckých ústavech, platí v plné míře i pro jesle. Jsou jesle velmi dobré i jesle špatné — v prvních jsou děti nepoměrně častěji v kontaktu s dospělými nebo jsou zabaveny hrou, kdežto v druhých setrvávají daleko více v útlumu nebo jen pasívně pozorují okolí. Vnitřní zařízení, prostorové a personální vybavení, zásobení výchovným materiálem atd. je dosud rovněž rozdílné, a bereme-li za výhledové měřítko dnešní situaci v zařízeních SSSR, zjišťujeme, že jsme zdaleka nedosáhli optima. V našich jeslích například připadá stále ještě 6 až 7 dětí na jednu sestru, v SSSR jen 3. Velkým problémem je fluktuace personálu, jež není podmíněna jen mladým věkem sester, ale zajisté i samotnou povahou jejich práce, jež nemůže přejít v běžnou rutinu, ale vyžaduje trvalého soustředění, iniciativy, pohotovosti a působí tak poměrně rychlou únavu. Zkušenosti ukazují, že k celkovému úpadku v kvalitě výchovné péče při nedostatku stability dochází velmi rychle, kdežto vzestup že je pak pomalý a namáhavý. Jsou vypracovány velmi dobré návody organizační, výchovné programy, metodiky tělovýchovy, výchovné metodiky, instrukce a formuláře pro soustavné sledování neuropsychického vývoje dětí (Mečíř, Koch, Kochová, Nováková) — jejich uvedení v život a praktické provádění je však věcí pracovníků samotných. Pedagogický dohled, vedení a instruktáže, kterými jsou nyní pověřeni krajští pedagogové, jsou dosud málo účinné, neboť jsou rozptýleny v příliš velkém počtu vnitřně příliš rychle se měnících zařízení. Opět možno ukázat na vzoru SSSR, co všichni tito činitelé v podmínkách kolektivní výchovy v jeslích znamenají.

Je-li otázka vychovatelů v kolektivních zařízeních z psychologického hlediska otázkou základní, pak *vhodný výběr těchto pracovníků* by měl být prvním předpokladem pro zahájení provozu v každém takovém zařízení. Zatím se však výběr děje zcela nahodile a bez ohledu



Aktivita dětí v dobře vedeném kolektivu jeslí a ústavů. (Foto L. Sitenský)

k osobním vlastnostem uchazečů. Jednou z příčin je zajisté dosavadní malý zájem o psychologickou problematiku zdravotnických oborů, poměrné zaostávání pracovní psychologie vůbec i nedostatek vhodných výzkumných institucí. Přesto však soudíme, že právě této otázce by měla být věnována mimořádná pozornost, zvláště když uvážíme, že do rukou »neznámých« vychovatelů jen v nejnáročnějším věkovém období svěřujeme u nás dnes již skoro 50 000 dětí. »Jaká je osobnost dobré dětské sestry v jeslích?« ptají se psychologové pověřeni dohledem nebo přímo pracující v dětských zařízeních a nechybějí ani pokusy o metodicky dobře podložené řešení (O. Vaňouček, 1959).

Ve studiích našich i cizích odborníků nacházíme ještě celou řadu dalších podnětů, jejichž uskutečnění může přiblížit prostředí jeslí prostředí rodinnému a účinněji a harmoničtěji stimulovat jeho psychický vývoj. Odstranění uniformity, světelné a barevné členění prostoru, estetické hledisko ve vnějším i vnitřním vybavení, hudební výchova, povzbuzení k spontánní tvořivosti, styk mezi dětmi různého stáří, uvá-

dění mužského elementu do časně výchovy a hlavně maximální umožnění intimního styku dítěte s přírodou — to jsou aspoň některé z perspektivních hledisek. Konečně je tu tendence v celé předškolní výchově zajistit kontinuitu výchovné péče (jesle-sad) a smíšením vě-



Smyslová výchova dětí v mateřské škole. (Foto Sitenský)

kových skupin vytvořit prostředí podobné rodinnému (*Aksarinová, Schmidt-Kolmerová*).

Nakonec upozorňujeme ještě na jednu okolnost, kterou na podkladě literárních údajů i vlastních zkušeností musíme pokládat za zvlášť důležitou. Všechny experimentální a srovnávací studie potvrzují, že jesle jsou z hlediska deprivaceního »skoro« neškodné. (Toto konstatování se týká ovšem jen jeslí denních — jesle týdenní a směnné se

blíží již daleko více trvalým ústavům a přebírají z velké části i jejich problematiku.) Ve špatně fungujících jeslích je jistému, třeba jen velmi mírnému strádání vystaven celý dětský kolektiv a vyskytuje se tam jisté procento dětí, které se jen obtížně přizpůsobují nebo se nepřizpůsobí vůbec. Zlepšíme-li optimálně výchovné podmínky, vymizí strádání celku, redukuje se počet nepřizpůsobených dětí — avšak zůstane přece jen několik takových, jejichž psychický stav prozrazuje zřetelné odchylky jako reakci právě na jeselské prostředí. Podobně jako se s takovými případy setkáváme ve výchovně a psychologicky zaměřených nemocnicích (Nitschke) a ozdravovnách (Roth, Du Pan), setkáváme se s nimi i v jeslích (v SSSR A. B. Nikolskaja, 1960). M. Mečíř (1955) našel ve svém vzorku takových dětí 9 0/0 a M. Nováková (1958) v rozsáhlém šetření 6 0/0. Překvapovala mimořádná délka a intenzita psychických poruch, z nichž nejvýraznější byla citová skleslost, úzkostnost a často úplná izolovanost od kolektivu (tyto obtíže poměrně snadno unikají pozornosti personálu, neboť nepůsobí »rušivě«) a teprve na druhém místě aktivní negativismus a neúměrná afektivní vzrušivost, které působí rušivě a jsou častěji předmětem stížností vychovatelů a snah o nápravu. Chceme tím naznačit, že otázku emocionálních a sociálních reakcí dítěte ani v podmínkách jeselské výchovy nelze přehlížet, ba naopak že je třeba všechny takové případy včas zachytit a individuálně vyšetřit. Nemáme-li zatím metody, jimiž bychom dovedli v těchto jednotlivých případech předem stanovit riziko z umístění v jeslích, nutno *zajistit psychologickou službu* aspoň tak, aby mohla zasáhnout diagnosticky a terapeuticky co nejčasněji.

## 5. PÉČE ÚSTAVNÍ

Na dětech vychovávaných v ústavní péči byl problém psychické deprivace objeven, tam byl také nejvíce zkoumán a tam také míří největší část nápravné snahy. První překotné závěry, které žádaly zrušení všech dětských domovů, jsou dnes již dávno překonány. Jednak je jisto, že přes všechny snahy zůstane vždy určitý počet dětí, pro něž bude ústavní péče nezbytnou, jednak pozdější studie do značné míry modifikovaly původní tragické závěry o množství, intenzitě a trvalosti psychických škod v ústavech způsobených a konečně se podařilo prokázat, že zlepšením v ústavech lze nepříznivé vlivy ústavnictví dalekosáhle redukovat. Jestliže se mortalita ústavních dětí ještě před 15 léty podle různých statistik pohybovala kolem 5 0/0 a dnes je prakticky zcela mizivá a podařilo-li se z větší části potlačit hospita-

lismus somatický, je jistě oprávněna naděje, že se podaří dříve či později odstranit nepříznivé následky psychické. Jsme právě na začátku tohoto období přehodnocování našeho ústavnictví a ovšem i na počátku nového prohloubeného a detailního zkoumání celé otázky.

V předchozích částech této knížky jsme z velké části probrali to, co bylo v osvětlení otázky ústavní výchovy již vykonáno. Tento přehled nám na druhé straně ukazuje i hlavní mezery a nedostatky, které je naléhavě třeba vyrovnat. Tak například bylo dokonale zkoumáno prostředí ústavů, neboť je přímému pozorování nejpřístupnější, byly zjišťovány specifické znaky tohoto prostředí i specificita jeho působení na dítě. Daleko méně však bylo již zkoumáno dítě, které má být tomuto působení vystaveno, a specificita jeho adaptačních procesů. Nebyla dosud nalezena kritéria, podle kterých by se dalo usuzovat, které dítě bude dobře snášet určitý typ ústavní výchovy (či výchovy mimo rodinu vůbec) a které nikoliv.

Druhou vážnou mezerou v našich dosavadních vědomostech je — jak jsme již podotkli — neznalost specificity »mateřského chování«, takže nedovedeme přesně určit, jak se má chovat sestra (či kdokoliv jiný, kdo matku nahrazuje), aby dítěti poskytla to, čeho nejvíce potřebuje. Spoléháme tu kupodivu nejvíce na instinkt nebo na osobní zkušenosti. Přitom je ovšem pravděpodobné, že práce sestry v nemocnicích vyžaduje jiné osobnosti než práce sestry v jeslích a opět poněkud jiné to je v ústavech. Zatím chybějí vědecké a organizační předpoklady pro takový výběr, a pokud jde o naše dětské domovy, možno konstatovat, že rozhodně je tu výběr pracovníků spíše negativní.

Za dnešního stavu zůstává tedy prvním praktickým požadavkem, *aby umístování dětí v ústavech bylo prováděno se vsí odpovědností a opatrností jakožto opatření krajní, když nezbyvá jiného vhodnějšího řešení.* Vodák a Bečvářová (1960) uvádějí, že 20 % dětí je v dětských domovech umístováno bez řádné indikace a že se příslušné organizace nesnaží řešit hygienické a výchovné problémy přímo v rodinách. Obdobné zkušenosti mají zajisté všichni pracovníci v tomto oboru. Umístění v ústavu lze totiž mnohem »snadněji« provést než podstoupit s problematickou rodinou onu dlouhodobou, náročnou sociálně výchovnou práci, pro niž se naše sociální služba necítí dost disponována. Jednou z předních chyb dřívější praxe lékařů, pedagogů, sociálních pracovníků i soudců zajisté bylo používání rychlého umístění dítěte do ústavu jako jediného všeobecného léku, aniž se přezkou-

šela jeho nezbytnost a aniž jsou vyzkoušena jiná opatření. Druhým úkolem tedy je *přesnější vymezení indikací ústavního umístění*.

*Salfield* (1956) uvádí tyto indikace takto:

1. Situace, které nutně vyžadují vzdálení dítěte z rodinného prostředí: a) ze strany dítěte — těžké tělesné nebo duševní onemocnění, disocialita, kriminální delikty, b) ze strany rodičů — úmrtí nebo těžce zanedbávající péče.
2. Situace, kdy je radno dítě odloučit: především neschopnost nebo nepřipravenost rodičů spolupracovat na terapeutických opatřeních (morálně nebo sociálně špatné prostředí neznamena vždycky dostatečný důvod k odnětí dítěte — úsilí tu má být zaměřeno k sanaci rodiny jako celku).
3. Situace, které podle názoru autora neopravňují k odloučení dítěte z rodiny: vědecké bádání, nemoci a poruchy chování, které mohou být léčeny ambulantně.

*Bowlby* ústavní umístění v některých případech nejen připouští, ale pokládá je ve vhodných případech za výhodu. Jde o případy adolescentů, dále dětí starších než 6 až 7 let, které potřebují jen krátkodobého umístění (pro nemoc matky nebo pro podobnou příčinu) a jimž citově neutrální prostředí vyhovuje lépe než navazování nových citových pout v jiné rodině, dále tam, kde je třeba umístit větší počet sourozenců, kteří nemají být nikdy odtrženi, pak všechna umístění pro přechodnou dobu, než se rozhodne, co dále s dítětem, a případy vážných nepřizpůsobeností a poruch chování, působících obtíže v rodině. *Tezner* (1956) k tomu přidává kategorii dětí fyzicky i psychicky silně zanedbaných, u nichž rychlá změna prostředí je vždy žádoucí a ústav znamená v takovém případě často záchranu dítěte.

Z vlastních poznatků možno k tomu připojit jako další indikační kategorii děti z těžce rozvrácených poměrů rodinných, kde se dítě stává předmětem rozvodového sporu a kde trvalé napětí a množství konfliktových situací je neúměrně vyčerpává. Citově indiferentní prostředí ústavu poskytuje příležitost k uklidnění a vyrovnání nejen jemu, ale celé rodině. Viděli jsme i velmi úspěšné případy citového vyrovnání po přechodu do dětského domova u těch starších dětí, které byly traumatizovány přílišnými nároky v perfekcionistačkých rodinách nebo přílišnou snahou adoptivních rodičů vzbudit (při pozdní adopci — až ve školním věku) citovou odevzu v dítěti, které takovým nárokům nikdy nepřivyklo.

Vcelku nutno tedy při úvaze o odnětí dítěte z rodiny a umístění v dětském domově přihlížet aspoň k těmto několika činitelům:

a) **V ě k d ě t ě t e.** Situace malého dítěte je v ústavech nepoměrně problematictější než situace dětí školního věku. Kritické studie se shodují v tom, že při optimální péči se ústavu nejlépe přizpůsobí děti do 5 měsíců věku, starší věk kojenecký a batolecí je mimořádně náročný, předškolní již méně, přičemž adolescenti se naopak už těžko přizpůsobí intimnímu prostředí náhradních rodin a mnohem lépe jim vyhovují internátní školy a větší ústavy se svým výchovným a pracovním programem.

b) **T ě l e s n ý a d u š e v n í s t a v d ě t ě t e.** Některé nemoci či defekty tělesné vyžadují přímo ústavní léčby. I v některých případech psychických poruch, zvláště neurotických obtíží a poruch chování, bývá umístění v dobrém dětském domově užitečné. V naší statistice chovanců DZVP nacházíme 12 % dětí, které byly do ústavu doporučeny přímo dětskou psychiatrickou službou na podkladě indikací psychiatrických. Pro děti oligofrenní je leckdy nezbytné umístění v internátních zvláštních školách z důvodů školních nebo v těžších případech v ústavech sociální péče. Avšak i k otázce oligofrenních dětí podotýká správně *M. Farrell* (1956), že i ony jsou dětmi, a je proto třeba věnovat jim pozornost a péči jako dětem ostatním, navíc pak, že jsou dětmi defektními, a mají tedy nárok na pomoc, která jim umožní, aby i se svým defektem mohly žít dětským životem. Je proto třeba zcela individuálně uvážit stav, možnosti a perspektivy defektního dítěte i celé rodiny, která odloučením od dítěte může získat i trpět. Ostatně četné případy, kdy rodiče se snaží všemožně o umístění svého slabomyslného dítěte a po nějaké době si je zcela překvapivě berou zpět, pak znovu žádají o umístění a znovu dítě unesou, jen potvrzují složitost a komplexnost této problematiky. Otevřenou otázkou zatím zůstává, zda je vhodnější hustá síť malotřídních zvláštních škol, do nichž mohou děti z okolí dojíždět (a nemusejí být tedy vytrhovány z rodin), či velké, mnohatřídní, a z hlediska didaktického tedy mnohem výhodnější zvláštní dětské domovy. Kombinace obou těchto hledisek, jak je u nás praktikována, jeví se zatím nejvhodnější, zvláště uvážíme-li, že nejméně polovina osazenstva zvláštních dětských domovů je umístěována z indikací sociálních pro zanedbanou péči a že koncentrovaná výchovná péče v ústavu má právě v těchto případech velkou naději na úspěch. Naproti tomu ústavní umístění jen proto, že dítě nemá k dispozici didaktické prostředky v blízkém okolí, nelze beze všeho schválit, ale naopak působit k tomu, aby tato indikační kategorie byla odstraněna rozšířením sítě zvláštních škol.

c) **Rodinná situace.** O špatných, ohrožených a potřebných rodinách jsme pojednali v předchozí kapitole. Samozřejmým požadavkem je, aby sourozenci byli umístováni spolu. Stejně tak děti přecházející z jednoho ústavu do druhého z důvodů věkových mají být převáděny ve větších skupinách, aby se traumatizující pocit separace zmenšil na minimum. Zatím ovšem v našich ústavech věkově přísně diferencovaných je provádění tohoto požadavku sotva možné. Právě při nápravných zásazích do rodin s více dětmi pozorujeme největší rozpaky naší sociální služby. Zjišťujeme totiž opakovaně, že z rodiny, jejíž prostředí je soudním usnesením označeno jako krajně nepříznivé, a odůvodňuje tedy odnětí dítěte, je v ústavu umístováno jen jedno dítě, a to obvykle to, které nejvíce »zlobí« nebo je jinak nápadné. Ostatní sourozenci v rodině zůstávají a jejich ohrožení »krajně nepříznivým vlivem« trvá dál. Takové umístění dítěte má pak spíše ráz jakési výstrahy rodině než ochrany dětí nebo nápravy rodiny samotné.

Podle kvality rodiny a ostatních indikačních momentů je třeba uvážit také, jak daleko od rodiny má být dítě umístěno. V některých případech je velmi žádoucí, aby dítě mohlo udržovat s rodinou kontakt co možná intenzívní, v jiných naopak je vzdálení dítěte vlivu rodiny nezbytnou podmínkou k tomu, aby mohl být zahájen proces převýchovy. Zatím ovšem rozhoduje více otázka volných míst než tyto zřetele výchovné, k nimž nutno přičíst i fakt, že každý ústav má svůj určitý specifický charakter, takže v jednom se daří dětem určitého typu a v druhém opět možno očekávat úspěch spíše u dětí jiného založení nebo jiné životní historie.

Stejně tak vážnou otázkou je i propuštění dítěte z ústavu. Příliš často se ještě setkáváme s »recidivami« ústavního umístění (ve svých důsledcích ovšem krajně nepříznivými), jež svědčí o tom, že předchozí propuštění nebylo dost dobře připraveno. Rovněž další sledování propuštěného dítěte, jeho ochrana, pomoc a vedení dosud příliš často vůbec chybějí, anebo jsou nedostačující. Kontakt ústavu s rodinami, který by měl být účinným terapeutickým nástrojem, je omezen jednak návštěvami nedělními, jednak často místní vzdáleností a nejčastěji ovšem vlastnostmi rodičů a jejich postojem k ústavu. I zde by bylo třeba aktivní spolupráce sociální služby.

d) **Předpokládané trvání ústavního pobytu.** Dítě, které se brzy vrátí zpět do rodiny, nemá navázat jiných, příliš těsných citových vztahů. Případy, o kterých referuje ze své kliniky Nitschke (1955) — děti, které v nemocnici už před 6. měsícem věku

navázaly tak silné pouto k některé sestře, že byly traumatizovány příchodem k matce — vyskytují se ovšem i v našich kojeneckých ústavech a dětských domovech. Těmito opakovanými traumatickými zážitky se pak připravuje půda k senzibilizaci dítěte i k vytvoření nevhodných postojů rodičů k dítěti.

Naopak dítěti, u něhož lze předpokládat umístění dlouhodobé nebo dokonce trvalé, nutno zajistit všechny podmínky k dlouhodobému úspěšnému výchovnému postupu. Citový vztah k vychovatelům je tu pak nezbytným předpokladem. Odpovědnost v rozlišení dočasných a trvalých odloučení dítěte od rodiny je veliká a je třeba, aby zde spolupracovala sociální služba s psychiatrickou, neboť velmi často jde o posouzení trvalosti vychovatelské neschopnosti rodičů pro psychickou poruchu. Rozlišení je důležité i proto, že ze skupiny »trvale« umístěných možno vybrat vhodné případy pro adopci, dále případy mentálních defektů vyžadujících speciální opatření a konečně pro zbývající skupiny stanovit dlouhodobý výchovný plán. Že tento základní požadavek dlouhodobého plánování výchovy je u nás zatím těžce rušen příliš častými přechody z ústavu do ústavu, je ovšem jinou otázkou, která si naléhavě žádá řešení.

Obrátíme-li se nyní ke třetímu bodu našeho programu, totiž k *zlepšení ústavů samotných*, můžeme konstatovat, že velkou řadu podnětů přinášejí všechny studie a referáty, které se zabývají životem našich ústavních dětí a hledají příčiny různých jejich obtíží (*Damborská, Koch, Kochová, Vodák, Meszárošová a Jurčová* aj.).

Zde nemůžeme ovšem zabíhat do podrobností, pokusíme se proto shrnout aspoň hlavní tendence, které z dosavadních zkušeností a ze srovnávacích studií vyplývají. Od doby, kdy se sledováním dětí v našich ústavech zabýváme, došlo zajisté k dalekosáhlým zlepšením. Možno však říci, že právě v té míře, jakou původní hrubé závady byly odstraňovány, vyvstávaly teprve z jejich nánosů jasněji ony základní, přitom však jemné, skryté, těžko dostupné problémy, o nichž jsme vpředu referovali. Učiníme-li měřítkem příklad SSSR, kde podle referátů je maximální snaha věnována tomu, aby ústavy pronikal duch dobré rodiny a aby byly vytvořeny optimální podmínky výchovného procesu, vidíme jasněji východisko dalšího snažení.

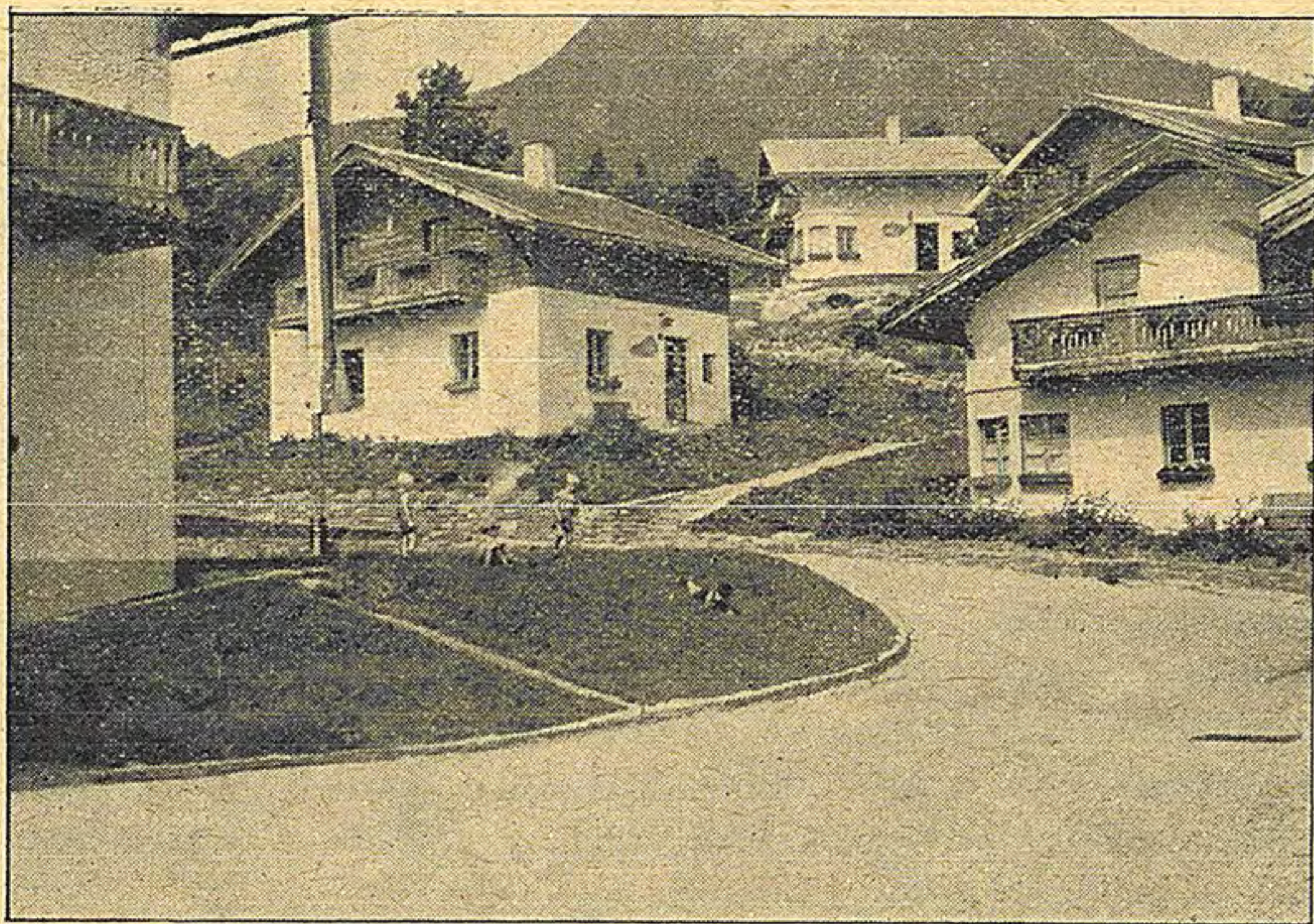
Základním motivem nápravných snah je *otázka ústavního personálu*. Studie, na nichž byla založena kritika původních závěrů Spitzových a Bowlbyho, pocházejí skoro vesměs z ústavů dobře vybavených hmotně a především personálně. Poněvadž otázka kvality vychovatelů, jejich

osobností a jejich výběru je — jak jsme už vícekrát uvedli — zvláště složitá a náročná, týká se většina doporučení zatím jejich počtu. Příklad dětských domovů v SSSR, kde je personální vybavení nejlepší, je zvláště výmluvným svědectvím. G. Klackenberg vidí hlavní příčinu příznivého vývoje dětí v tom, že ve sledovaném ústavu připadají na jednu sestru jen 2 až 3 děti. Du Pan a Roth uvádějí stejný poměr. P. Bertoye (1957) dosáhl v ozdravovně pro hypotrofické děti za pomoci zákyň poměru 2 děti na jednu pracovníci. E. Aujaleu (1961) uvádí jako extrémy pro kojenecké ústavy jednu sestru na jedno dítě v Anglii a jednu sestru na 5 dětí v Izraeli.

Podle oficiálních údajů připadají u nás skoro 3 děti na jednu sestru v kojeneckých ústavech, kde také vidíme stav relativně nejpríznivější, skoro 4 děti v batolecích dětských domovech, kde sice poněkud ubylo hygienických nároků, zato však mocně přibylo výchovných, a 7 až 8 dětí na jednu vychovatelku v předškolních domovech. Počítáme-li s pracovní dobou 6 hodin, vypadá tam situace prakticky tak, že vychovatelky mají skupiny až po 25 dětech, a že se tedy každému dítěti v nejlepším případě může dostat  $1/25$  »mateřské« péče, a to se ještě každých 6 hodin vychovatelky střídají — tedy prakticky skoro nic. Těžkým problémem jsou pak dovolené, absence apod. Opět se tu správně poukazuje na příklad ústavů sovětských, kde sestra pro zastupování je trvale členem pracovního kolektivu.

Druhým základním požadavkem je *stabilita*. Není sice zcela spolehlivě prokázáno, že tam, kde matka musí být nahrazena, má tuto úlohu nutně převzít jen osoba jediná, a není také zjištěno, kolik takových náhradních osob je pro dítě ještě únosné. Avšak zásada, že pro navázání citového kontaktu je vhodné, aby se jedna sestra dítětem zabývala co nejvíce, je jistě zdravá. Čím více osob, tím zpravidla i více kolizí ve výchovném působení, větší variabilita v zacházení s dítětem, menší možnost vytváření správných návyků i menší možnost identifikace dítěte s někým dospělým. Větší počet vychovatelů v našich podmínkách je zajisté přípustný a bohužel i nutný. Je třeba si však uvědomit, že tím vysoce vzrůstají nároky na vychovatelské kvality pracovníků, a to nejen v zacházení s dítětem, ale i ve vzájemném poměru jednoho k druhému. Makarenko klade zvláštní důraz na vytvoření »kolektivu« vychovatelů — velmi svízelné je však vytvořit takový kolektiv jen z nedávných absolventek zdravotnických škol, ještě nevyrovnaných, plných osobních zájmů. Navíc pak jejich práce je mimořádně náročná, poměrně rychle vyčerpává, a to právě v tom směru,

kde je to nejméně žádoucí — je totiž těžké trvale »mít rád« stále nové a nové děti, které se po roce nebo po dvou letech ztrácejí zcela z jejich dohledu a nevracejí jim pocit uspokojení z úspěšné práce. Fluktuace personálu je dosud neúměrně vysoká a »jednota osoby« ja-



První dětská osada SOS, vybudovaná v Imstu v Tyrolsku

kožto výchovný předpoklad rozhodně dodržována není. S tím souvisí druhá bolest, totiž roztržitost času, po který vychovatelka na dítě působí. *Damborská* (1961) uvádí, že v kojeneckém ústavu s 60 lůžky projde dítě za rok rukama 18 osob — denně nejméně rukama 3 lidí, pětkrát je přeloženo na jiné místo, nehledě k izolaci při eventuálním onemocnění a ke změně personálu při dovolených, nemocech apod.

K této jednotě osoby a času však nutno připojit i *požadavek jednoty »místa«*. Pocit domova či »hnízda« — jak někteří badatelé uvádějí — je podmíněn i jistou stálostí životního prostředí. U nás, kde organizace dětských domovů spočívá dosud na principu ekonomicky a nikoliv psychologicky »praktickém«, prochází dítě v prvních šesti letech ústavního pobytu nejméně čtyřmi ústavu, s přechody právě v nejnáročnějších obdobích kolem jednoho, tří a šesti let, nehledě ovšem k přechodům z jednoho oddělení do druhého uvnitř ústavu. Citové

vztahy jsou každým druhým rokem radikálně zpřetrhány a vyvstává otázka, zdali za těchto okolností je vůbec proklamace citových vztahů užitečná a zda přerušování citových pout není tu škodlivější než jejich trvalá chudoba. Docházíme k podivnému paradoxu, neboť dítě, kterému by se každým druhým rokem měnili rodiče, sourozenci a ještě se přestěhovalo — tak jako se to dnes děje dítěti ústavnímu — by každá sociální služba nutně pokládala za nejvyšší ohrožené a umístila je — v ústavu!

Z tohoto hlediska se jeví řešení *ve formě »rodinných« jednotek* jako velmi nadějný pokus. Umožňuje jednak soužití dětí různého věku a využití stimulační hodnoty starších dětí pro mladší i výchovné hodnoty, kterou přináší starším dětem péče o mladší, zajišťuje maximálně ony tři jednoty, o nichž jsme se zmínili, a napodobuje relativně dobře rodinné ovzduší.

V anglických domovech tohoto typu, jichž v r. 1954 bylo již více než 400, žije 6 až 12 dětí s »matkou« a někdy i s »otcem«. Podobně je tomu ve Švédsku, Rakousku a dalších zemích. »Matka« vede domácnost a otec chodí do zaměstnání. Děti ve věku 18 měsíců až 16 let jsou plně zapojeny do života společnosti, chodí do místní školy, vodí si domů kamarády atd. Výběru »matek« je ovšem věnována zvláštní pozornost, dostává se jim speciálního vzdělání. Každá »rodina« je samostatnou hospodářskou jednotkou, někdy se však z důvodů hospodárnosti seskupují v celé osady. Prof. Aujaleu (1961) uvádí, že stabilita těchto umělých rodin je dobrá a že jen 5 % dětí se neadaptuje úspěšně — pokládá takové umístění za rovnocenné pěstounské péči nebo adopci.

Velmi přitažlivý je projekt dětských osad SOS, budovaných z podnětu H. Gmeina nejprve v Rakousku a později i v dalších evropských zemích. Devět dětí různého stáří od kojeneckého věku až do 14 let a obojího pohlaví tvoří tu »rodinu«, kterou vede »matka«, jež odpovídá za vedení domácnosti a výchovu dětí. Každá rodina bydlí ve svém »rodinném domku« a je samostatnou hospodářskou i společenskou jednotkou. Skupina těchto domků tvoří »osadu«, jejímž centrem je jakýsi obecní dům se společenskými místnostmi, zdravotnickým střediskem, správní kanceláří, dílnami, prádelnou apod. Děti chodí do školy v nejbližší vesnici nebo městě a jsou se všemi ostatními dětmi běžně v kontaktu. Kromě těchto výhod možno z předpokládaných rozpočtů vyčíst, že také po ekonomické stránce je provoz těchto osad výhodnější než provoz velkých ústavů běžného typu. Jistým doporučením je i fakt, že osady získávají na popularitě a v r. 1959, tj. za deset let od postavení prvního rodinného domku, přesahuje kapacita dětských osad SOS 1000 míst.

Soudíme, že i v našich poměrech by bylo na místě aspoň pokusně zřídit některé z těchto nových forem ústavů, jež podle shodných informací jsou i v konečném propočtu hospodářsky výhodnější. Bylo by ovšem třeba důkladné přípravy, zejména při výběru vychovatelů. Z to-

hoto hlediska se nám jeví jako velmi podnětný návrh dr. Kocha na zřízení »dětské osady«, v níž by se účelně spojovaly principy dosavadní naší ústavní organizace s principy novými, odvozenými z dosavadních výzkumů a zkušeností. Určitým, byť neúplným přiblížením k tomuto plánu jsou i »malé« dětské domovy s rodinnou atmosférou, které jsou z hlediska ekonomického obyčejně odmítány, avšak z hlediska psychologického naopak bývají obyčejně nejlepší.

Dalším důležitým požadavkem je *vytvoření podmínek pro maximální stimulaci intelektového vývoje ústavních dětí, pro jejich normální sociální vývoj a pro pracovní přípravu*, což by se mezi jiným mělo projevit jejich úspěšným školním zapojením. To však zůstává zatím stále ještě jedním z nejslabších bodů jejich životní dráhy. Nutno si přitom uvědomit, že kolektivy ústavních dětí jsou skupinami zcela specifickými. I když v nejbližší době patrně odpadnou komplikace s dětmi imbecilními, pro něž jsou ve větší míře zřizovány ústavy speciální, zůstanou tu po odchodu vybraných dětí do adopce přece jen děti povětšinou s nepříznivým hereditárním pozadím, postižené deprivací či jinými nepříznivými vlivy v nejčasnějším dětství a vychovávané i nyní za osobitých podmínek. Nelze proto dobře srovnávat ústavní děti jako skupinu s dětmi z jeslí nebo z rodin. Závažnější však je, že nelze za těchto okolností na takové skupiny mechanicky přenášet výchovné metodiky osvědčené u dětí v jeslích nebo v mateřských školách. Plnění předepsaných osnov je často iluzorní, neboť nevychází z potřeb dětí a nerespektuje dost variabilitu jejich vývojového stavu.

Konečně za důležitý úkol pokládáme *přesnější stanovení kritérií úspěšné práce ústavu*. Bylo-li v každém jednotlivém případě již odpovědně rozhodnuto, že dítě do ústavu přijde, pak zbývá ještě určit, do »kterého« ústavu. Rozdíly mezi ústavami — jak je dokumentuje například práce J. Kocha (1961) — jsou dosud až překvapivě veliké a lze je dobře odhalit jen metodickým pozorováním dětí samotných. Hodnocení není možno provádět jen podle vnějších ukazatelů, ale nutno se opírat o rozbor vývojového stavu dětí, zjištěného psychologickým a somatickým vyšetřením. Úroveň vývoje řeči se zdá být zatím jedním z nejvýraznějších vodítek. Právě případ opožďování řeči u dětí ústavních dobře ukazuje, že tu nejde jen o techniku nácviku nových slov, neboť tu podávají metodické příručky velmi dobře, ale o základní stimulaci k mluvnímu projevu. Nepřihlížíme-li k faktu, že ve skupině stejně starých dětí a při minimální účasti dospělých je i malá příležitost k prosté zvukové nápodobě, zůstává hlavní příčina řečového defi-

citu v nedostacích emocionálních a volních, jejichž souhra právě při vývoji řeči hraje podstatnou roli. V rodině je dítě záměrně vedeno k tomu, aby projevilo svou »vůli«, podněcuje se, aby řeklo, »co chce« — a na tyto projevy se čeká jako na známky duševního růstu. V ústavu naopak takové projevy nezapadají do techniky kolektivní výchovy a odporují ekonomii provozu. »Vlastní vůle« nedochází tu sympatické odezvy a usměrňování, ale je buď zbytečná, nebo vede dítě k poznání o účelnosti agrese. Při celkovém emocionálním ochuzení se tu volní složky rozvíjejí zcela jiným způsobem. Kolektiv tu tvoří děti, které ještě dávno nejsou pro kolektiv zralé. Dospělý rozumí potřebám kojence rozhodně lépe než druhý kojeneček a vidíme často, jak v takovém předčasně stvořeném kolektivu kojeneckého a batolecího ústavu jedno dítě je překážkou druhému v uspokojení základních potřeb a přání. *Damborská* (1961) upozorňuje na projevy žárlivosti u dětí v kojeneckém ústavu již od věku 5 měsíců. V těchto specifických podmínkách, za nichž se růst volní aktivity děje, možno spatřovat jeden z podkladů i pro nápadnou diferenciaci ústavních dětí v typ vysloveně hyperaktivní, povrchní, nestálý a v typ s výraznou převahou útlumu, pasívní, až torpidní, přičemž střední pásmo, jinak nejběžnější, je tu zastoupeno jen řídce.

Připomeneme-li nakonec i skutečnost, že také v jednoduchých vnějších předpokladech výchovné práce, jako jsou *podmínky prostorové, vybavení materiálem*, hračkami, pomůckami, příležitostmi k pobytu v přírodě, k seznamování s běžným společenským životem a s prací dospělých lidí pokulhávají ústavy za jeslemi a samozřejmě za rodinami, vidíme, jak široké pole nápravné působnosti je dosud naší ústavní péči otevřeno.

Zatímco jesle jsou umísťovány již dávno v nových typových budovách, jejichž projekty jsou stále zlepšovány podle nových zkušeností, má jen mizivé procento trvalých ústavů k dispozici budovu, která by vyhovovala plně danému účelu a novodobým psychologickým poznatkům. V naprosté většině jde jen o různě zdařilé adaptace starých, ba často velmi starých objektů, které byly vybrány většinou proto, že byly volné, dost prostorné a ve »zdravém« prostředí (ne však vždy). Toto hledisko ekonomické a pseudohygienické se ovšem ukazuje velmi neúčinným v konfrontaci s požadavky, které jsme zde uváděli. Ústavy bývají v odlehlých místech, kde děti nemají někdy ani dost možností k běžným poznatkům (neznají např. vlaky, obchody, »sanitka« je jediným známým dopravním prostředkem, dělení času

nemá pro ně praktického významu apod.), vycházky i zaměstnávání jsou nutně stereotypní, získávání a hlavně udržení personálu je svízelné, stejně tak zajištění všech potřebných služeb, včetně lékařské. Vnitřní členění prostoru pak sotvakdy může odpovídat pedagogickým požadavkům, jež jsou jiné v předškolních dětských domovech, jiné ve školních, jiné ve zvláštních školách internátních i v domovech se zvýšenou výchovnou péčí. Velké ložnice, naplněné lůžky, přitom však »prázdné« a neosobní, společné velké jídelny a herny, bez intimnějšího koutku pro osobní věci dětí, jsou naprosto převládající formou ubytování ústavních dětí. Někde vhodně členěný park aspoň poněkud vyrovnává tento nedostatek intimity — ovšem nikdy úplně.

Tyto otázky by rozhodně neměly být odsouvány na podružné místo a psychologové by měli být přizváni ke spolupráci jak při úpravách dosavadních budov, tak hlavně při plánování nových, vskutku moderních ústavů, kterých je tak naléhavě třeba.

## 6. NEMOCNICE A OSTATNÍ LÉČEBNÁ ZAŘÍZENÍ

Poznatky, které jsme uvedli v předchozích kapitolách a které ukázaly na možnost závažného poškození dítěte na čas odloučeného od rodiny a umístěného v ústavu, daly podnět i k hnutí za »humanizaci« a »psychologizaci« léčebné péče, jež u nás má oporu v tzv. ochranně léčebném režimu spočívajícím na učení I. P. Pavlova. Cílem lékařského snažení dnes je dosáhnout nejen optimální kondice tělesné, ale i duševní — jinými slovy, od začátku léčby je nutno dbát toho, aby její zdar nebyl vykoupen psychickým otřesem nebo jinými psychickými škodami, jež mohou být vážnější a trvalejší, než byla původní nemoc sama.

»Ohrožení« dítěte za nemocničního pobytu vzniká součinností celé řady činitelů, z nichž některé se vyskytují i v jiných deprivacních situacích (náhlé odloučení od rodiny, ztráta »domova«, nároky adaptace novému prostředí, karence podnětů smyslových i emočních apod.), některé však jsou specifické (nemoc sama zvyšuje obvykle vnímavost vůči deprivacním vlivům, stejně tak traumatické zážitky z nepříjemných léčebných úkonů, úzkostné postoje rodičů atd.). Proti dětskému domovu například má však nemocnice tu přednost, že dítě je tu vždy předmětem zvýšené pozornosti a péče dospělých, kontakt s rodinou je málokdy plně přerušen a pobyt v cizím prostředí je zřídka prodlužován nad nezbytnou míru.

Opět se tu setkáváme se značnými individuálními rozdíly mezi dět-

mi, takže v každém jednotlivém případě máme co činit s osobitým zpracováním deprivacních vlivů a s osobitými výsledky, jež sahají od zcela nepříznivého ohlasu nemocničního pobytu v dalším vývoji dítěte až po zcela příznivý. Nesmíme totiž zapomínat, že nemocnice či jiné zdravotnické zařízení s déle trvajícím pobytem přináší dítěti i jisté otužení, řadu zajímavých a hodnotných životních zkušeností, pocit »osvědčení« a v neposlední řadě oslabuje nebo ruší neurotické mechanismy, pokud jsou vázány na konflikty rodinné nebo školní. *Mores a Vyhnálek* (1957) svou dotazníkovou akcí zjistili, že u dětí v batolecím věku se vliv nemocničního pobytu jevil rodičům dvakrát častěji jako nepříznivý (i když i zde je příznivý vliv konstatován poměrně často) než u dětí starších, u kterých naopak bylo v řadě ukazatelů většinou konstatováno zlepšení v chování. Z dostupného materiálu celkem vyplývá, že nebezpečí psychických obtíží vzrůstá, čím je dítě mladší, čím déle v nemocnici pobývá, čím méně připraveno do nemocnice přichází a čím náročnějším léčebným zákrokům je podrobeno. Avšak nejen lůžková zařízení, ale i ostatní zdravotnická pracoviště mají svou psychologickou problematiku. Zabývá se jí u nás skoro vyčerpávajícím způsobem kniha *L. Srpa: Psychologie lékařského ošetřování dětí* (1961). Nechceme proto opakovat nebo rozvádět její závěry, ale pokusíme se uvést aspoň hlavní body programu, jehož provádění by mělo podle našeho mínění ještě dále redukovat nebezpečí deprivacních škod na dětech v našich léčebných zařízeních.

1. *Informovanost o účasti psychických činitelů v průběhu nemoci a o možnostech jejich terapeutického využití.* Odborných publikací na toto téma v poslední době potěšitelně přibylo. Za pozornost jistě stojí fakt, že daleko nejvíce jich bylo publikováno ať již z pera lékařů, nebo psychologů na stránkách Českoslov. pediatrie, sporadicky se objevily i v jiných lékařských časopisech a jen výjimečně zatím pronikají i do naší literatury pedagogické, ačkoliv i tam by se dal očekávat živý zájem.

2. *Redukce umístování v nemocnicích na nutnou nízkou míru a pobyt tam nadbytečně neprodlužovat.* Znamená to zpřísnit a dodržovat indikace nemocniční léčby a posilovat spíše složku ambulantní. Psychologické důvody, které jsme na podporu těchto tendencí uváděli v případě dětí zdravých umístovaných v dětských domovech, platí s jistými obměnami i zde. Navíc nutno připomenout i některé okolnosti významné z hlediska rodičů. Dát dítě do nemocnice znamená totiž pro

mnohé rodiče úlevu, neboť někdo jiný přejímá dále odpovědnost a ulevuje jim v úzkostech. Tím jsou ovšem zbavováni i významné zkušenosti ošetřovat své nemocné dítě, prožívat intenzivní emoční vztah k nemocnému dítěti a naučit se ovládat své úzkosti týkající se dítěte. Svůj vztah k dítěti si rodiče uvědomují málokdy lépe než při akutní nemoci.

Pro zajímavost možno uvést aspoň některé povzbudivé výsledky nových forem kombinace nemocniční a »rodinné« léčby, praktikované v Anglii (*Lightwood et al.* 1957). Jde předně o ošetřovatelskou službu v rodinách — sestry navštěvují nemocné dítě a provádějí ošetření podle instrukcí lékaře. Druhou formou je rozšíření nemocniční péče do rodiny na žádost lékaře z terénu a ve spolupráci s ním. Šestičlenný pracovní tým z nemocnice provádí léčebné zákroky, vede záznamy, ošetřuje dítě, včetně nočních služeb, a instruuje matku tak, aby mohla ošetřování převzít. Pacient zůstává nadále v odpovědné péči terénního lékaře, spojení s nemocnicí se udržuje telefonicky nebo konzultacemi u lůžka. Tento způsob se osvědčuje zvláště u kojenců a batolat, kde domácí péče je nejvíce žádoucí. Indikace nemocí, jež lze takto úspěšně zvládnout, je poměrně široká. I když toto opatření sleduje především prospěch dítěte, uvádí se, že jím získávají rodiče i sestry a lékaři terénní i nemocniční, a to především ze vzájemného úzkého kontaktu a spolupráce.

3. *Vhodné zacházení s malým pacientem.* Je třeba psychologické přípravy před přijetím v nemocnici, přípravy jednotlivých léčebných kroků, taktického a taktního jejich provádění i pedagogického využití k vytváření správných postojů dítěte i jeho vychovatelů k tělesnému zdraví, k léčebným opatřením i ke zdravotnickým pracovníkům samotným. Ve zvlášť náročných případech (příprava na operaci, narkózu, při pooperačních úzkostných stavech, nemocniční »depresi« a vůbec při práci s dětmi neurotickými a nápadnými svým chováním) by měl pomáhat přímo psycholog, popřípadě i dětský psychiatr.

4. *Respektování emocionální potřeby nemocného dítěte.* Stav tělesného oslabení nebo bezmocnosti vyvolává přirozeně úzkostné ladění se zvýšenou potřebou sympatické a laskavé odezvy dospělých. Při delším pobytu může tu dítě strádat nedostatkem emočních podnětů podobně jako v dětském domově. Navázání tak úzkého citového kontaktu dítěte se sestrou, jak bychom jej rádi viděli v ústavech, není tu však na místě — naopak, snažíme se co nejvíce udržet kontakt s rodinou, a to i v případech dlouhodobých onemocnění, kdy zvláště hrozí nebezpečí, že si »zvykne« nejen dítě na život bez rodiny, ale i rodina na život bez dítěte. Kontakt s rodinným prostředím je v maximální míře zachován, je-li matka přijata do nemocnice s dítětem. Zprávy

z těch zařízení, kde je toto opatření praktikováno, jsou povětšinou příznivé.

T. F. Main (1958) referuje zajímavě o praktice opačné, totiž o přijímání matek s dětmi do psychiatrické léčebny pro neurotiky. Předpokládá se, že matčiny problémy se s dítětem přenášejí do nemocnice »v živé formě« a mohou se tam dobře stát předmětem léčby. Naskýtá se zvláště dobrá příležitost pro studium mateřských postojů a jejich poruch i příležitost pro účinnou terapii. Matky jsou vedeny k aktivitě, podporují se navzájem, přičemž jsou navíc vedeny psychoterapeuticky. Děti, které vykazují emoční poruchy vlivem neurózy matky, se rychle upravují při úpravě matčina stavu.

Druhou formou kontaktu jsou návštěvy. Zdá se, že hnutí »neomezených« návštěv získává na popularitě a jeho psychologické důvody se zvolna prosazují. Zvyšují ovšem nároky právě na psychologickou erudici všech účastněných a vyvolávají také jisté obtíže a konflikty, které nelze přehlížet a na které jsme upozornili (např. rozrušení mnohých dětí). Není ulehčením pro personál, naopak vyžaduje jeho pečlivější práci, osobní vyspělost a takt ve styku s rodiči. Mezi touto krajností a přesně stanovenými návštěvními hodinami, jak jsou povětšinou praktikovány u nás, existují ovšem četné přechody, jež jsou v současné době předmětem diskuse a svým způsobem i předmětem experimentálního ověřování. Individuální a pružná regulace návštěv podle rozhodnutí vedoucího lékaře, který by přihlédl v každém jednotlivém případě ke zdravotnímu i psychickému stavu dítěte, i k postojům rodičů a podle toho určil vhodnost návštěv, jejich počet a způsob, je často za našich nemocničních podmínek nejvhodnějším opatřením. Umožňuje pak plně využít návštěv jako léčebného a výchovného prostředku.

Konečně třetí formou kontaktu dítěte s rodinou jsou dopisy a jiné předávání zpráv. Že i tato forma může být velmi účinná tam, kde nelze praktikovat návštěvy osobní, a že jí lze i terapeuticky využít, ukazuje dobře referát *Milotové, Kluskův a Stejskalův* (1958) o zkušenostech s dopisovou akcí u 102 dětí na oddělení infekčních hepatitid.

5. *I v nemocnici je dítěti třeba vývojové stimulace.* Nutno co možná bránit tomu, aby nemocniční pobyt nebyl obdobím stagnace nebo dokonce vývojové regrese. Pokud to dovolují léčebné indikace, má se malým dětem dostat takového výchovného vedení v tak upraveném prostředí a za pomoci takového materiálu jako v jeslích nebo v mateřské škole. Pro starší děti je nejdůležitější škola a její učební program. Poučení v tomto směru přinášejí publikace *V. Trnky*.

*L. Srp* správně upozorňuje ještě na jednu formu hospitalismu u star-

ších dětí. Je to totiž návyk na pohodlný život v nemocnici, proti němuž nebývá někdy jiné obrany než co nejrychlejší propuštění.

6. *Je třeba přizpůsobit provoz oddělení potřebám dítěte.* Psychologické zásady by se měly uplatňovat ve větší míře nejen v programu pro »volný« čas dětí, ale v celé organizaci léčebné péče, v úpravě a vybavení zdravotnických pracovišť, ba i v samotném počátečním plánování výstavby nových objektů. Pokusili jsme se ukázat na příkladu spánku dětí v nemocnici, jak poměrně jednoduchými úpravami lze odstranit závažné nedostatky, odhalené zaměřeným psychologickým sledováním chování dětí.

7. *Otázka personálu má zde nemenší důležitost než v zařízeních kolektivní výchovy.* Na chování lékařů a sester především závisí, jak brzy a jak úspěšně se dítě přizpůsobí novému prostředí. Vedle vhodných osobních vlastností je však třeba i důkladného vzdělání v psychologii a pedagogice. Ve školení a výcviku zdravotních pracovníků je naléhavě třeba vyrovnat nepochopitelný rozdíl mezi naprosto převažujícím zaměřením k tělesnému prospěchu pacienta a jen chudobnou přípravou týkající se jeho psychiky.

8. Práce zdravotníků však nekončí prací s dítětem, neboť jeho nemoc či tělesný defekt zasahuje hluboce do celého jeho sociálního prostředí. *Je proto třeba využít nemocničního pobytu dítěte k navázání kontaktu s rodinou.* Vztah vzájemné důvěry zvyšuje pozitivní výsledky léčby, je tu příležitost poskytnout rodičům směrnice pro další výchovný postup, osvětlit mechanismy vzniku a zásady terapie neurotických obtíží dítěte, které tak často bývají v nemocnici zachyceny a úspěšně zvládnuty, a v případě potřeby působit k ozdravení celého rodinného prostředí. Právě dětské lékaře mají na svých pracovištích největší příležitost zachytit první příznaky psychického strádání dětí, tedy i příležitost k včasnému zákroku.

## 7. NÁHRADNÍ RODINY

Od dávných dob bývaly osiřelé děti zaopatřovány v rámci širší rodiny a již od dob starého Říma je praktikována adopce příbuzenská i nepříbuzenská jako jedna z právních forem takového opatření. Osvojení osiřelého dítěte nebylo ovšem diktováno vždy motivy jen lidumilnými, ale užívalo se ho i k udržení rodových výsad či rodového majetku, někdy bylo opatřením z nutnosti, někdy pro dobrý dojem apod. Osud sirotka, který vyrůstá ve zvláštním ovzduší lhostejnosti

nebo omrzelé nepřízně svých »dobrodinců«, byl vždy vděčným námětem pro literární zpracování. Teprve v posledních desetiletích se i tohoto problému konečně ujímá věda, a to zvláště pod stimulujícím vlivem poznatků o psychické deprivaci.

V podstatě možno rozlišit 3 kategorie adopcí:

1. osvojení dítěte osobou, která je jeho nevlastním otcem nebo nevlastní matkou, 2. osvojení osobami, jež jsou s dítětem v příbuzenském poměru, 3. osvojení osobami, jež nejsou s dítětem příbuzné.

Poslední kategorie je adopcí ve vlastním slova smyslu a přináší poměrně nejvíce psychologických problémů, o nichž se dále chceme zmínit.

V naší společnosti, kde se ony negativní pohnutky osvojení dítěte nemohou uplatnit, zůstává v činnosti prakticky jen motiv jediný, totiž touha dospělých lidí po dítěti jakožto hodnotě, která naplňuje život manželské dvojice. Tato touha je zcela pochopitelná a rozhodně je třeba vycházet jí vstříc. Jaké místo v soustavě hodnot tékteré bezdětné manželské dvojice však dítě zaujímá a jaké konkrétní pohnutky ji vedou k rozhodnutí dítě adoptovat, to je ovšem už věci individuální a přístupnou jen individuálnímu rozboru případu. Je až překvapivé, jak málo pozornosti bylo věnováno dosud právě této otázce. Dlouhodobé sledování a souhrnné studie jsou poměrně vzácné a rozборы příčin, které vedly k nezdarům adopce a přivedly rodiče do kontaktu s dětskou psychiatrickou službou, osvětlují celou otázku nutně jen jednostranně.

Druhou a v praktickém ohledu mnohem závažnější nesrovnalostí je však skutečnost, že naše ústavy jsou plné dětí, ale že stále jen velmi malé procento jich do adopce přichází, ačkoliv »poptávka« je velmi četná a naléhavá. Vysvětlení je jen zčásti v tom, že část dětí není pro osvojení vhodná pro vážnější tělesné nebo intelektové defekty nebo pro nepříznivou hereditu. Je tu však ve hře několik dalších činitelů, kteří jsou převážně povahy psychologické. Jedním je málo vábný zjev některého dítěte, druhým méně příznivé temperamentové vlastnosti, třetím pohlaví (zájem o děvčátka je nepoměrně větší — podle Thyselovy švédské statistiky v poměru 4 : 1), čtvrtým jsou postoje vlastních matek, které se nechtějí svých dětí vzdát ani tehdy, když se o ně nemohou nebo nechtějí starat nebo se starají jen formálně, a konečně nelze zapomínat ani na tu okolnost, že dítě deprivované už delším pobytem v ústavu, často s opožděným a nerovnoměrným duševním vývojem, zvyšuje »rizikovost« adopce. Jeho výchovné vedení je totiž nepoměrně

náročnější a nebezpečí, že dítě bude obtížné, mnohem větší, než kdyby do adopce přišlo nezatíženo ještě ústavnickou »zkušeností«.

Adopce je z psychologického hlediska vždy velmi vážným, delikátním a složitým problémem, v němž svou osobitou roli hrají prakticky vždy nejméně tři činitelé: 1. vlastní matka nebo oba rodiče dítěte, 2. dítě samo, 3. osvojitelé. Ponecháme-li stranou osobní problematiku *matky, která se svého dítěte vzdává*, zůstává i tak její osoba jako významný činitel v osudu dítěte. Už fakt, že se nemohla nebo nechtěla o dítě postarat, ukazuje ve velké většině, že jde o osobnost přinejmenším problematickou. Vystává otázka hereditu a otázka psychiatrického hodnocení jejího aktuálního stavu a prognóza s ohledem na možnost výchovy vlastního dítěte. *Thysell* (1952) ve svém přehledu 441 dlouhodobě sledovaných adopcí ve Švédsku uvádí, že více než třetina adoptivních rodičů chtěla znát anamnézu rodičů vlastních. Pro sdělení takové anamnézy v indikovaných případech mluví ta okolnost, že rodiče, kteří jsou si vědomi možných komplikací, jsou na ně i lépe připraveni, snáze najdou způsob, jak s nimi zacházet, nebo se včas poradí s dětským psychiatrem. Proti však mluví ta zkušenost, že noví rodiče pak někdy i nechtě hledají v dítěti obraz jeho vlastní matky a jsou v nebezpečí, že se dopustí výchovných přehmatů jen z přehnané horlivosti, aby zabránili propuknutí neblahých »dědictví« po matce. Je proto v tomto bodě zvláště třeba taktu a prozíravosti sociálních pracovníků, kteří adopci provádějí.

Anonymita adopčního řízení by měla vyloučit druhou formu rušivého vlivu, kterým mohou na nový svazek dítěte působit jeho vlastní rodiče. Myslíme tu na jejich eventuální snahu adopci později zrušit, získat dítě zpět apod. Každý takový zásah může vyvolat až tragické důsledky v celém novém adoptivním svazku.

*Bowlby* soudí, že matka, která podle vší pravděpodobnosti dříve nebo později své dítě opustí, by měla být přesvědčena, že je lépe dát dítě k adopci hned po narození a že je nemá ani kojit. Je nemoudré myslet si, že budeme-li na matku duševně nezralou klást normální mateřské požadavky, přivedeme ji k mateřskému postoji. Z hlediska adopce je lepší časná adopce a láskyplná umělá výživa než kojení vlastní matkou a adopce pozdní.

Druhým rozhodujícím činitelem v tomto komplexním problému je *samo dítě*. Většina adoptivních rodičů chce znát jeho zdravotní a vývojový stav — somatické i psychologické vývojové vyšetření by tu mělo být samozřejmým požadavkem. Přitom nutno ovšem uvážit i pod-

mínky, v nichž dosud vyrůstalo. Časná adopce prakticky zbavuje dítě rizika psychického strádání v ústavních podmínkách, a je proto vhodnější než adopce pozdní. Vzniká tu ovšem nebezpečí, že nebudou v té době ještě rozpoznány skryté defekty a že i mentální kapacita dítěte nebude ještě spolehlivě odhadnuta. V pochybných případech je proto vhodné dítě do rodiny přijmout, avšak s formálním provedením adopce počkat do věku batolecího nebo předškolního.

Kromě věku záleží ovšem i na temperamentu a vůbec na základních rysech osobnosti dítěte. O některém lze říci, že se hodí do každé rodiny, a zkušené sestry v dětských domovech dovedou poměrně velmi dobře takové děti zachytit podle jejich emocionální odezvy ve styku s dospělými. Jiné děti jsou individualitami méně tvárnými a ve svém základním vybavení vyhraněnějšími — vyžadovaly by již odpovídajícího či do jisté míry »přizpůsobeného« rodinného prostředí, aby se v něm mohly dobře adaptovat a úspěšně rozvíjet. Takové rodinné prostředí by ovšem bylo třeba aktivně vyhledat. Pouhé neosobní přidělování dětí čekatelům podle pořadníků je nejen zcela nep psychologické, ale i nebezpečné. Na podkladě podrobných poznatků o dítěti získaných komplexním vyšetřením i denním stykem s ním je také nutno informovat nové rodiče o jeho individuálních rysech, přiblížit jim je jakožto samostatnou, svébytnou osobnost a dát pokyny, jak je dále vést. Přizpůsobení dítěte rodině a rodiny dítěti mělo by začít dávno dříve, než dítě skutečně do rodiny přijde a má se dít pod vedením zkušených odborných pracovníků.

Třetím rozhodujícím činitelem jsou *noví rodiče*. Velkou většinou jde o manželské dvojice, neboť sociální služba se právem vyhýbá adoptivním provádním jen jednou osobou (nejčastěji osamělou ženou). Neuspokojená touha po vlastním dítěti je přirozeně neurotizacním momentem v životě rodiny a cesta, již se jeden nebo oba manželé dopracují rozhodnutí adoptovat dítě cizí, je často velmi svízelná, bolestná a zdlouhavá. Snad je v tom částečné vysvětlení, proč psychiatrická šetření nacházejí mezi nimi poněkud vyšší procento osobností nevyrovnaných. V každém případě však by mělo být psychiatrické vyšetření (ovšem nikoliv rutinní, ale speciálně zaměřené) příštích adoptivních rodičů stejně samozřejmou věcí jako psychologické a zdravotní vyšetření dítěte.

Z tohoto hlediska je velmi důležité zjištění a rozbor pohnutek adopce. Případy osvojení, kdy dítě od počátku není hodnotou samo o sobě, nýbrž prostředkem k něčemu (např. k udržení manželství) mají velmi

pochybnou prognózu. Často je třeba v pravém slova smyslu »hlídat«  
postoje nových rodičů k dítěti, neboť mají tendenci přeceňovat účinek  
své dobré výchovné snahy, vymáhat na dítěti emocionální odezvy i ne-  
přiměřené vývojové pokroky, jindy opět upadají do krajností rodičů  
příliš úzkostných a příliš ochranářských se všemi nepříznivými důsled-  
ky. Spolupůsobí tu často ta okolnost, že jde o lidi již starší, kteří opti-  
mální rodičovský věk už překročili. Podle Curmana je nejpríznivější  
věk mezi 35 až 40 lety — doba po sňatku má být delší, neboť spíše  
zaručuje stabilizaci manželských vztahů.

Bezdětnost je samozřejmě nejčastějším důvodem pro adopci — včas-  
né lékařské zjištění sterility či jiných okolností, které zabraňují mít  
vlastní dítě, je proto velmi důležité. Vždy ovšem zůstává jisté riziko,  
že mladší bezdětní manželé budou mít po adoptování cizího dítěte ještě  
dítě vlastní, ale i když statistiky ukazují, že procento nezdařených  
adopcí za takových okolností je poněkud vyšší, přece jen nemůže příliš  
oslabit výhody, které má pro dítě společnost věkově přiměřených ro-  
dičů.

Postoje nových rodičů lze do jisté míry odhadnout už podle jejich  
»výběru«. Bowlby správně uvádí, že největší naděje na úspěch je tam,  
kde rodiče přijímají dítě, ať splňuje, nebo nesplňuje jejich naděje a  
představy. Uvedli jsme také, že většina adoptivních rodičů si přeje  
děvčátko — dalo by se z toho soudit, že adoptování chlapců je spo-  
jeno s větším rizikem neúspěchu. Statistiky však ukazují spíše pravý  
opak. Vysvětlení tohoto rozporu tkví — jak se domnívá Curman —  
nikoliv v rozdílné reakci chlapců a děvčat na adopci, ale v tom, že  
rodiče, kteří přijímají stejně rádi dítě jakéhokoliv pohlaví, mívají  
správnější postoje k adopci.

Nemáme zatím většího přehledu o adoptcích u nás, z cizí literatury  
však vyplývá, že značnou část adopcí je možno pokládat za zdařilou.  
Je-li osvojení uvážlivě provedeno, má dítě v nové rodině obvykle ne-  
poměrně lepší podmínky pro zdravý psychický a sociální vývoj, než  
kdyby zůstalo v péči vlastní matky i než kdyby se stalo natrvalo  
»ústavním dítětem«. V tomto smyslu je tedy adopce jedním z nejvý-  
znamnějších preventivních opatření proti možným škodám z psychické-  
ho strádání v dětském věku.

Nebylo by však správné jenom propagovat adoptční péči na úkor  
péče ústavní a nepřihlížet k odpovědnosti a k pracovním a organi-  
začním nárokům, které z toho plynou. I když dnes ještě nevíme  
přesně, jaké procento adopcí je nezdařených — dojem, který si od-

nášíme z pracovišť dětské psychiatrie, kde se tyto případy přirozeně hromadí, není tu směrodatný — přece jen nutno předpokládat, že by se celé řadě nezdarů dalo zabránit, kdyby sociální služba byla pro tuto práci lépe vybavena a kdyby účast psychologů a dětských psychiatrů již od prvního stadia adopčního jednání byla podstatně zvýšena.

*Pěstounské rodiny.* V některých zemích je velmi rozšířeno zaopatření dětí bez vlastních rodin v rodinách pěstounských. Za jistou úhradu, kterou poskytují státní nebo soukromé organizace, pečuje vybraná rodina o jedno nebo více cizích dětí. Výhodou je, že dítě vyrůstá v rodině a získává mnoho (rozhodně však ne všechno) z toho, co rodinné prostředí vývoji dítěte přináší. Nevýhodou zůstává, že dítě je přece jen »nevlastní«, nemá jméno pěstounů, kteří tak nejsou docela »jeho« a že jeho postavení je v mnoha směrech zvláštní. Finanční úhrada poskytovaná pěstounům snadno může nabýt vrchu v jejich pohnutkách přijmout cizí dítě do rodiny a ovlivňovat i další jejich postoje, které nejsou právě snadno kontrolovatelné. Dítě, které v jedné pěstounské péči neobstojí, je stejně vystaveno traumatizujícím přechodům do péče další jako u nás dítě při přechodu z ústavu do ústavu. Procento neúspěchů pěstounské péče se udává vyšší než procento neúspěšných adopcí. Kriticky však nutno k tomu připomenout, že podmínky pro neúspěšnost výchovného procesu nejsou tu vyšší jen na straně pěstounské rodiny, ale i na straně dítěte. Pro adopci jsou děti přece jen vybírány a ty, které zbývají pro péči pěstounskou, jsou případy výchovně náročnější a problematičtější. Velmi podrobná studie *J. Williamsové*, zaměřená jen na děti, které selhaly v pěstounských rodinách hodnocených třemi nezávislými posuzovateli jako »dobré«, osvětluje dobře tuto otázku.

U nás není s pěstounskou péčí nových zkušeností. Nechceme oživovat její existenci v dřívějších formách. Soudíme jen, že by bylo praktické uvažovat o rozšíření repertoáru možností pro opatření našich dětí »bez rodin«, pro něž nemáme prakticky jiného výběru než adopci nebo trvalou péči ústavní. Za předpokladu pečlivého výběru pěstounů a dobrého dohledu OPM mohla by se pěstounská péče stát takovým mezistupněm, který by mohl přinést prospěch především těm dětem, které se nepřizpůsobí kolektivní péči a které z různých důvodů nelze adoptovat. Diskuse o nových formách výchovných opatření pro strádající děti byla by na tomto podkladě velmi žádoucí.

## 8. DĚTI SE ZVÝŠENOU VNÍMAVOSTÍ NA DEPRIVACI

V kapitole V jsme uvedli několik skupin dětí, které jsou nebezpečí deprivacních vlivů vystaveny především pro své specifické vnitřní podmínky. Jde o děti, které pro vážné smyslové vady, pro poruchy v integračních psychických mechanismech nebo pro celkově snížené duševní schopnosti jsou nejen vystaveny většímu nebezpečí zanedbávání, ale i samy si do jisté míry deprivacní situace vytvářejí nebo pomáhají vytvářet. Chránit takové děti před psychickou depri-

vací znamená v podstatě dvojí úsilí. Jedním je náprava či prevence vlastního organického či psychického defektu, druhé směřuje k pochopení zvláštního postavení postiženého dítěte v životním prostředí a k vypracování vhodné výchovné metodiky. První otázka je otázkou po výtce lékařskou a nebudeme se jí zde zabývat — zato otázka druhá zapadá plně do našeho programu a nemůžeme ji pominout.

*Péče o děti s vadami zraku a sluchu* má již staletou tradici. Jak ubývá těžkých defektů (slepota a hluchota), přesouvá se pozornost k defektům mírnějším (slabozrakost, nedoslýchavost apod.) a postiženým dětem se dostává stále ve větší míře odborné péče a výchovy. Přispívá k tomu svým dílem i moderní technika, která tu nejen poskytuje pedagogice účinné pracovní nástroje, ale dovoluje ověřovat i některé psychologické předpoklady. Takovým prostředkem je například zavedení sluchátek pro děti se zbytky sluchu (třeba nepatrnými) již v batolecím věku. Zdůrazňuje se tak požadavek, aby z rejstříku smyslových podnětů žádný úplně nechyběl, aby si dítě zvykalo »slyšet«, či lépe řečeno »poslouchat« již v tom věku, kdy se tomu i normální dítě učí. Úspěchy v pozdějším nácviku řeči dávají této koncepci za pravdu. I pro nás má však tento úspěch velký význam, neboť je-li možno takovýmto uměle zavedeným přívodem podnětů určité kategorie vývoj dítěte urychlit a harmonizovat, znamená to současně jen důkaz, že silnou restrikcí takových podnětů u dítěte normálně disponovaného můžeme vývoj poškodit, ztlumit, disharmonizovat. Stejně tak úspěch metod akupedických vypracovaných a propagovaných především holandskou školou v St. Michielsgetelu, jimiž se hluchému dítěti otvírá například svět hudby, tance apod., vyvádí je ze sociální izolace a umožňuje mu plnější účast v normálním společenském životě. Dobře to ilustruje zkušenost, kterou uvádí *Lesák* (1961): »Hluchému dítěti zvyklému již po léta na elektroakustické sluchátko se přístroj někdy rozbije nebo porouchá. „Teď už jsem zase sám“, bývá často jeho první reakcí na takovou příhodu.«

Konečně i ve speciální pedagogice případů nejnáročnějších, tj. *děti hluchých a slepých současně*, vidíme velký pokrok od dob Laury Bridgmanové a Heleny Kellerové k metodice vibračních aparatur užívaných dnes například sovětskými pedagogy.

Podobně jako u dětí se smyslovými defekty, i u *děti s postižením motoriky* je základním bodem prevence požadavek, aby se jejich život přiblížil co nejvíce životu dětí normálních. Ústavní výchova těchto dětí přináší celou řadu nesporných výhod a základní myšlenky prof. Jedlič-

ky, jehož ústav byl ve své době dílem vsutku průkopnickým, jsou stále v platnosti. Je zde možnost koncentrované nápravné a léčebné péče, personál je odborně vzdělaný, speciální didaktika i pedagogika se lépe uplatní, děti mají zisk ze všech technických opatření a vymožeností, v kolektivu ztrácejí pocit méněcennosti atd. Navíc se uleví rodině v nárocích na ošetřování a vychovávání takového dítěte, dobře působí vědomí, že dítě je v odborné péči, a je dána možnost ozdravení celého rodinného prostředí, došlo-li snad k nezdravým komplexům z přítomnosti dítěte jako stálé připomínky rodinného »neštěstí«.

Přitom nesmíme zapomínat, že i dítě defektní je dítětem a že má právo být dítětem šťastným. Ústavní pobyt, který po stránce stimulace smyslové a po stránce léčebné i vzdělávací přináší nesporně mnoho výhod, přináší však po stránce emocionální všechna nebezpečí, která jsme popsali už dříve. Vyvarovat se těchto nebezpečí znamená řídit se týmiž zásadami, jaké platí pro prevenci deprivace z ústavního pobytu u dětí normálních. Je zajisté jen důsledným krokem v duchu těchto zásad, začínají-li se u nás plánovat mateřské školy a jesle pro děti s různými druhy defektů, do nichž by děti dojížděly, popřípadě byly svázeny autobusem. Různá zařízení tohoto druhu, která již dobře fungují v jiných zemích, mohou tu být podnětným příkladem. Znovu nutno připomenout, že indikace pro ústavní umístování těchto dětí by měly být doplněny individuálním zhodnocením osobnosti dítěte i zhodnocením rodinné situace.

*U dětí s lehkými dětskými encefalopatiemi* stojíme však před úkoly poněkud jinými. Psychologická a sociální problematika těchto dětí byla totiž »objevena« teprve nedávno a speciální pedagogika a didaktika, která by z dosavadních poznatků mohla těžit, nepřekročila zatím brány některých našich psychiatrických poraden a léčeben. Speciálních zařízení zatím u nás není. Otázky prevence a nápravných metod jsou probrány zevrubně v knize *O. Kučery a kol.* (1961) — z našeho hlediska nutno odkázat zvláště k některým závažným bodům.

Na první místo klademe potřebu informovanosti odborné veřejnosti, vhodné popularizace nových poznatků a vhodné osvěty, která by se dotýkala především rodičů a školských pracovníků. Lze pak předpokládat, že vzroste zájem o pedagogickou a didaktickou problematiku těchto dětí a že zesílí i tlak směřující k vybudování speciálních zařízení pro ně.

Dále zdůrazňujeme zvýšenou potřebu emocionálních podnětů u encefalopatických dětí. Pro své nápadnosti a obtíže v chování poskytují

často již od nejútlejšího dětství svým vychovatelům méně uspokojení a udržují je ve stavu zvýšeného napětí. Rytmus spánku a bdění bývá v kojeneckém období silně narušen, děti bývají plačtivé, neklidné, vyžadují nadměrného dohledu, motorika a zvláště řeč se rozvíjejí často s obtížemi, kontakt s okolím je ztěžován a vede k dráždivosti dítěte a k afektivním výbuchům. Kučera k tomu uvádí: »Encefalopatické děti jsou zpravidla tak senzibilizovány opětovnými frustracemi, ke kterým jejich fyziologické anomálie nutně vedou, že jim k opravdovému citovému uspokojení je třeba více lásky než dítěti nepostiženému.« Že pocit jistoty a bezpečnosti, který z takového úzkého citového vztahu mezi dítětem a jeho prvními vychovateli vyplývá, je hybnou silou v jeho dalším povahovém vývoji, to platí pro dítě encefalopatické ještě s větší naléhavostí než pro dítě normální.

Poněvadž poruchy percepční při lehkých dětských encefalopatiích působí nerovnoměrný přívod podnětů z vnějšího světa a poruchy v integračních mechanismech ztěžují jejich zpracování, žije a vyvíjí se encefalopatické dítě ve světě poněkud »zkresleném«. Lze se právem domnívat, že některé jeho pozdější nápadnosti a obtíže v chování jsou reakcemi na tuto zkreslenou skutečnost a jsou pak nutně hodnoceny jako »nepřiměřené«. Jistou prevencí možno spatřovat ve včasném psychologickém rozboru mentálních funkcí, přičemž by byly zachyceny ty, které jsou dobře výkonné, i ty, které jsou oslabeny, a současně stanoven postup k jejich optimální stimulaci. Předpokládá to další práci v metodice psychologické diagnostiky i v metodice speciální pedagogiky.

Jak ukazují naše statistiky, objevují se nedostatky a obtíže těchto dětí často až v překvapivé intenzitě brzy po vstupu do školy. Nesprávné zásahy, které pramení z nepochopení jejich podstaty, vedou jen k dalším frustracím a konfliktům, které pak celý obraz silně komplikují a zatemňují. Ideálem by zajisté bylo podchycení těchto dětí již ve věku kojeneckém, poslední mezí však je věk předškolní, neboť převést je přes úskalí školního nástupu a pak školní docházky vůbec předpokládá již intenzivní pomoc odborných pracovníků.

Konečně nutno radit ke zvlášť uvážlivému postupu při umísťování těchto dětí do dětských domovů, jak jsme se o tom zmínili už dříve. Dokud panuje tendence používat ústavního umístění nejen jako opatření výchovného nebo sociálního, ale i jako jistého »trestu« pro zlobivé dítě, budeme se s encefalopatickými dětmi setkávat v ústavech

zvláště často. A neméně často budou stát nad nimi vychovatelé bezradně a budou se dožadovat jejich přemístění do »jiného ústavu se zvýšenou péčí«. Nutno jen znovu zdůraznit, že všude tam, kde psychická deprivace přichází na terén takto zvláště citlivý nebo se přidružuje k existujícím obtížím organicky podmíněným, následky jsou nepoměrně závažnější a nebezpečnější než tam, kde je v činnosti jen jeden z těchto činitelů.

To, co jsme řekli o dětech se smyslovými vadami a o dětech encefalopatických, platí s jistou obměnou i o *dětech slabomyslných*. Možno jen znovu připomenout, že v každém individuálním případě je třeba zvlášť uvážit vhodnost ústavního umístění, ať již jde o zvláštní školu s internátem, ústav sociální péče, oddělení pro debilní děti při předškolním dětském domově, nebo o psychiatrickou léčebnu, a to jak z hlediska možné stimulace smyslové, z hlediska výchovy a školní výuky, tak z hlediska zásobení emocionálního.

---

## XII. VÝHLEDY

---

Kritický přehled klinických a experimentálních prací nemůže nás nechat na pochybách o tom, že psychické strádání dětí v rozmanitých životních situacích značí velké nebezpečí pro jejich další duševní vývoj a že je tímto nebezpečím ohrožen větší nebo menší měrou značný počet dětí. Na druhé straně je jisté, že naše znalosti o podmínkách vzniku deprivacních poruch jsou zatím velmi kusé a v konkrétních věcech dosud z valné míry hypotetické a provizorní. Bude proto třeba rozšiřovat i prohlubovat tyto naše vědomosti zaměřenou prací výzkumnou, ale bude i zapotřebí plně využít dosavadních poznatků v praxi a formulovat nápravný a preventivní program zatím alespoň pokusně, jak nás k tomu naléhavě nutí skutečnost. V péči o deprivované dítě pokládáme pro nejbližší dobu za nejdůležitější tyto úkoly:

### I. V o b l a s t i v ý z k u m u

1. Porovnávání různých druhů situací rodinných i ústavních, eventuálně pokusně plánovaných opatření s vývojem dětí za těchto podmínek, tak aby bylo možno konkrétněji kvalifikovat vztah určitého druhu deprivace k určitým následkům. Vzorem takové práce je studie dr. Kocha o výsledcích výchovy v různých kojeneckých ústavech. Více než dosud je třeba přihlížet i ke společenským vlivům, vlivům změněných civilizačních, hospodářských a kulturních podmínek, jakož i vlivu různých výchovných ideologií na vývoj dítěte.

2. Podélné sledování určitých menších skupin dětí po delší časové období za jistých podmínek (např. ústavních), podle možnosti již od nejútlejšího věku a brzy po začátku působení předpokládaného deprivacního činitele (například po odloučení od rodiny). Přitom je třeba položit důraz na prohloubené studium »jednotlivého případu«. Obsáhlou prací tohoto druhu se zabýváme v současné době.

3. Experimentální studie, které by objasnily fyziologické, psychologické a společenské podmínky a mechanismy vzniku deprivacních poruch. Jen za pokusně kontrolovaných podmínek a zaměřenými metodami lze osvětlit mnohé otázky důležité jak pro praktické zacházení s deprivovanými dětmi, tak i pro teorii vývoje osobnosti. Na některé

z nejzávažnějších teoretických problémů, které bude třeba řešit experimentálními metodami, poukázali jsme v kapitole VIII. Také tyto studie byly již započaty — je ovšem třeba poskytnout jim širších možností a soustředěného úsilí.

## II. V o b l a s t i n á p r a v n é p é č e

Bude třeba zajistit včasné vyhledávání ohrožených dětí a rozšiřovat plánovitě možnosti jejich nápravné výchovy a léčby. Vhodnými středisky této péče se mohou stát pedopsychiatrické poradny, které však bude nutno přenést do okresů, aby byly v nejužším kontaktu s terémem a vycházely z dobré znalosti místních, rodinných a společenských podmínek a aby mohly sledovat prohloubeně ohrožené děti po delší dobu a v dosti častých intervalech. Dále je třeba umožnit intenzivnější nápravnou výchovu v různých ústavech, které je třeba za tím účelem lépe diferencovat a lépe vybavit specializovanými pracovníky.

## III. V p r e v e n c i

Účinné řešení celého problému vyplývá z celkového zaměření našeho zdravotnictví. Bude tu však třeba ujasnit si širší spojitosti podnikaných opatření a postupovat s větší rozhodností. Půjde zvláště o tyto úkoly:

1. Prohloubit informovanost veřejnosti o základních otázkách duševního zdraví a zdravého vývoje budoucí generace, o významu rodiny za socialismu vůbec a ve výchově dětí zvláště i o funkci kolektivních zařízení, která nemají rodinu nahradit a odstranit, ale doplnit a podpořit. Zdůraznit výchovu k radostnému a odpovědnému rodičovství, a to už výchovou mládeže, hovory s mladými lidmi a individualizovanou pomocí mladým rodičům v jejich výchovných úkolech.

2. Zlepšit sociální službu při orgánu péče o mládež ONV, při soudech, v dětských psychiatrických zařízeních a ve všech ústavech, kde je nutná.

3. Rozšířit možnosti adopcí a jiné náhradní rodinné péče při zajišťování výchovy dětí bez rodin. Využívat lépe možností poskytnutých pokrokovým adopčním zákonem a zajistit předpoklady pro pečlivé a plánované adopční řízení.

4. Zajistit dalekosáhlou úpravu výchovné péče ve všech typech našich ústavů, zejména zlepšením personálního i věcného vybavení. Vychovatelky v ústavech musí být daleko pečlivěji vybírány a musí mít podmínky pro to, aby jejich práce měla účinný výsledek. Na je-

jich počtu, stabilitě, osobní i profesionální kvalitě závisí dalekosáhle vývoj svěřených dětí. Také věcnému vybavení a stavebnímu řešení ústavů bude třeba věnovat více péče.

5. Pokusně zavádět nové formy péče o dítě bez rodiny, zejména experimentální typy dětských osad a malých ústavů rodinné formy. Tyto ústavy mají podle našeho domnění mimořádný význam pro zlepšení osudu opuštěných dětí a mohou se ukázat ekonomicky, výchovně i společensky daleko účinnější než staré typy velkých neosobních zařízení připomínajících spíše továrny. Ke správné funkci nových ústavů bude však třeba velmi pečlivé přípravy, aby nezklamaly z malicherných vnějších příčin. Nové pokusné formy ústavů mohou dát podnět k žádoucí radikální přestavbě naší soustavy dětských výchovných ústavů. To je důležité zvláště v dnešní etapě našeho rozvoje, kdy se nově budují například ústavy sociální péče a četná jiná internátní zařízení. Je třeba vybudovat takový systém, který by vycházel nejen z hygienických poznatků už obecně uznávaných, ale i z výsledků nových psychologických výzkumů.

---

## LITERATURA

---

- Adam R.: Die berufstätige Mutter und die Erziehung ihrer Kinder. *Prax. Kinderpsychol.* 9 : 220—224, 1960.
- Adams H. B., Carrera R. N., Gibby R. G.: Behavioral reactions of psychiatric patients to brief sensory deprivation. Referát na sjezdu Southeastern Psychological Association, Atlanta, Georgia, duben 1960 (cyklostyl. otisk).
- Adams H. B., Carrera N., Cooper G. D., Gibby G., Tobey H. R.: Personality and intellectual changes in psychiatric patients following brief partial sensory deprivation. Referát na sjezdu Amer. Psychol. Associat. 1960 (cyklostyl. otisk).
- Albino R. C., Thompson V. J.: The effects of sudden weaning on Zulu children. *Brit. J. med. Psychol.* 29 : 177—210, 1956.
- Allen F. H.: Mother-child separation — process or event. V — Emotional problems of early childhood. G. Caplan, New York 1956, str. 325—331.
- Alpert A.: Observations on the treatment of emotionally disturbed children in a therapeutic center. *Psychoanal. Stud. Child* 1954, p. 334 (cyklostyl. otisk).
- Anonym (Editor's column): The legal rights of the child. *J. Pediat.* 58 : 605—606, 1961.
- Anthony E. J., Bene E.: A technique for the objective assessment of the child's family relationships. *J. ment. Sci.* 103 : 541—555, 1957.
- Aubry J.: The effects of lack of maternal care: methods of studying children aged one to three years, placed in institutions. V — Emotional problems of early childhood. G. Caplan, New York 1955.
- \* Aubry J. a spol.: La carence de soins maternels. *Travaux et documents VII.* Presses univers. de France, Paris 1955.
- \* Aubry J.: Hospitalisme. *Cours de pédiatrie sociale* 1956, str. 321—324. *Compte rendu.* C. I. E. Paris.
- \* Aubry J., Guiton M.: Les relations du thérapeute et des pédagogues en internat. *Sem. Hôp. Paris* 36 : 2707, 1960.
- \* Aujaleu E.: Colloque sur les maisons et villages d'enfants. *Courrier* 2 : 497—519, 1961.
- Azima H., Vispo R., Azima F. J.: Observations on anaclitic therapy during sensory deprivation (cyklostyl. otisk přednášky).
- Bakwin H.: Loneliness in infants. *Amer. J. Dis. Child.* 63 : 30, 1942.
- Bakwin H.: Psychogenic fever in infants. *Amer. J. Dis. Child.* 67 : 176, 1944.
- Bakwin H.: Pure maternal overprotection. *J. Pediat.* 33 : 788—794, 1948.
- Bakwin H.: Emotional deprivation in infants. *J. Pediat.* 35 : 512—521, 1949.
- Bakwin H.: The hospital care of infants and children. *J. Pediat.* 39 : 383—390, 1951.
- Bakwin H.: Homocidal death in infants and children. *J. Pediat.* 57 : 568—570, 1960.
- Bakwin H.: The infant's love for his mother. *J. Pediat.* 57 : 643—645, 1960.
- Bakwin H.: Origins of crime. *J. Pediat.* 59 : 308—311, 1961.

- Bakwin H., Bakwin R. M.*: Clinical management of behavior disorders in children. 2. vyd. Philadelphia and London 1960.
- Barker E. T.*: Psychological aspects of maternal deprivation. Univ. Toronto med. J. 35 : 34—37, 1957.
- Barnes T. C.*: Isolation stress in rats and mice as a neuropharmacological test. Fed. Proc. 18 : 365, 1959 (cit. podle A. Wase).
- Barnett S. A.*: »Displacement« behaviour and »psychosomatic« disorder. Lancet II, 1203—1208, 1955.
- Barnett S. A.*: The behaviour and needs of infant mammals. Lancet I, 1067—1071, 1961.
- Bartemeier L. H.*: Deprivations during infancy and their effects upon personality development. Amer. J. ment. Defic. 56 : 708—711, 1952.
- Bartušková M.*: O současných úkolech mateřských škol. Ve sborníku: První celostátní konference o předškolní výchově. Praha 1958, str. 23—50.
- Baumann Th.*: Einige Erfahrungen und Gedanken zur Frage des psychischen Hospitalismus. Z. Kinderpsychiat. 26 : 99—105, 1959.
- Beach F. A., Jaynes J.*: Effects of early experience upon the behaviour of animals. Psychol. Bull. 51 : 239—263, 1954.
- Bednář J., Daněk K.*: Psychologické problémy ve zdravotnické osvětě. Nové Město na Mor. 1961 (cyklostyl. výtisk).
- Beley P., Netchine G.*: Etude psychologique et clinique de quelques jeunes débiles mentaux vivant en situation de carence affective au sein d'une collectivité psychiatrique. Criança port. 17 : 915—916, 1958.
- Beley A., Netchine G.*: Situation de carence socio-affective au sein d'une collectivité psychiatrique. Rev. Neuropsychiat. infant. 7 : 1—15, 1959.
- Bender Lauretta*: Infants reared in institutions. Permanently handicapped. Child Welfare League Bull. 24, 1945.
- Bender Lauretta*: There is no substitute for family life. Child Study 23 : 74, 1946.
- Bender Lauretta*: Schizophrenia in childhood, its recognition, description and treatment. Amer. J. Orthopsychiat. 26 : 499—506, 1956.
- Bender L., Yarnell H.*: An observation nursery: a study of 250 children in the psychiatric division of Bellevue Hospital. Amer. J. Psychiat. 97 : 1158—1174, 1941.
- Benedek Th.*: The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child. Amer. J. Orthopsychiat. 19 : 624, 1949.
- Benedict R.*: Child rearing in certain european countries. Amer. J. Orthopsychiat. 19 : 342—348, 1949.
- Bennholdt — Thomsen C.*: Das gefährdete Kind unserer Zeit. Öff. Gesundh. Dienst 18 : 236—253, 1956.
- Bennholdt — Thomsen C.*: Eltern ohne Zeit. Dtsch. med. Wschr. 81 : 2105—2106, 1956.
- Beres D., Obers J.*: The effects of extreme deprivation in infancy on psychic structure in adolescence: A study in Ego development. Psychoanal. Stud. Child 5 : 212—235, 1950.
- Berg M., Cohen B. B.*: Early separation from the mother in schizophrenia. J. nerv. ment. Dis. 128 : 365—369, 1959.
- Bergen Mary E.*: Counseling in pediatrics. Amer. J. Dis. Child. 102 : 308—312, 1961.

- Berman V. G.: V jaslach — dětských sadach Moskovskoj oblasti. Doškolnoje vospitanije 1961, 14—15.
- Bernstein L.: A note on Chistie's: »Experimental naïveté and experiential naïveté«. Psychol. Bull. 49 : 38—40, 1952.
- Bertoye P.: Le comportement psychique des nourrissons placés en pouponnière. Sem. Hôp. Paris 33 : 353—358, 1957.
- Bettelheim B.: Schizophrenia as a reaction to extreme situations. Amer. J. Orthopsychiat. 26 : 507—518, 1956.
- Bevan R. T.: The behaviour and education attainments of deprived children. Publ. Hlth. (Lond) 69 : 234—237, 1956.
- Bexton W. H., Heron W., Scott T. H.: Effects of decreased variation in the sensory environment. Canadian J. Psychol. 8 : 70—76, 1954.
- Blauvelt Helen, Herscher L., Richmond J.: An experimental study of maternal — neonate relationship (podle ref. v Amer. J. Dis. Child. 92 : 460—461, 1956).
- Blažek F.: Ideologické problémy růstu a výchovy dítěte. Přednáška na schůzi Čs. pediat. společnosti 17. 11. 1961.
- Blecha J.: Vliv prostředí na vývoj dítěte. Čs. Pediat. 10 : 64—66, 1955.
- Bodman F. H.: War conditions and the mental health of the child. Brit. med. J. 2 : 486, 1941.
- Bollea G.: Les carences affectives de 6 à 10 ans. Criança port. 17 : č. 1, 1958.
- Bowlby J.: Forty-four juvenile thieves. London 1946.
- Bowlby J.: Maternal care and mental health. W. H. O., Geneva 1951.
- Bowlby J.: The nature of the child's tie to his mother. Int. J. Psycho-Anal. 39 : 350—373, 1958.
- Bowlby J.: Separation anxiety. Int. J. Psycho-Anal. 41 : 1—25, 1960.
- Bowlby J., Ainsworth Mary, Boston M., Rosenbluth Dina: The effects of mother-child separation: a follow-up study. Brit. J. Med. Psychol. 29 : 211—247, 1956.
- Braestrup Agnete: Children born out of wedlock in Copenhagen. Their family milieu at the age of five years. Acta paediat. (Uppsala) 45 : 352—355, 1956.
- Brask Birte H.: Borderline schizophrenia in children. Acta psychiat. scand. 34 : 265—282, 1959.
- Brattgård S. O.: The importance of adequate stimulation for the chemical composition of retinal ganglion cells during early post-natal development. Acta radiol. (Stockh.) Suppl. 96 : 1—80, 1952 (cit. podle Riesena).
- Brehme Th.: Wie helfen wir unseren Kindern in der Krise dieser Zeit? Medizinische 1797—1801, 1957.
- Brennemann J.: The infant ward. Amer. J. Dis. Child. 43 : 577, 1932.
- Brenner W.: Die psychische Gefährdung des Kindes im Krankenhaus und ihre Bekämpfung. Kinderärztl. Prax. 28 : 479—482, 1960.
- Breton A. a spol.: L'hospitalisme; son importance dans le milieu préventorial et sanatorial; mesures prophylactiques. Arch. franç. Pédiat. 10 : 970—978, 1953.
- Bromage P. R.: Sensory deprivation. Lancet 1 : 226, 1960.
- Brooks G. L., Bain K., Burt M. M., Danis P. G., Farber S., Goldbloom A., Grulee C. G., McCullough G. C., Seelye W. B.: The care of children in hospitals. Pediatrics 14 : 401—420, 1954.
- Brunecký Z.: Základy výchovy dítěte. Čs. Pediat. 11 : 369—371, 1956.

- Bruner J. S.: The cognitive consequences of early sensory deprivation. *Psychosom. Med.* 21 : 89—95, 1959.
- Bryant K. N., Hirschberg J. C.: Helping the parents of a retarded child. *Amer. J. Dis. Child.* 102 : 52—66, 1961.
- Bühler Ch.: *Kindheit und Jugend*. S. Hirzel, Leipzig, 1931.
- Bühler Ch.: Observaciones teóricas sobre las tendencias básicas de la vida. *Revista de psicología general y aplicada* 15 : 261—285, 1960.
- Buriánová M.: V dětském domově pro děti předškolního věku. *Předškolní výchova* 11 : 378, 1957.
- Burbury W. M.: Effects of evacuation and air raids on city children. *Brit. med. J.* 2 : 660, 1941.
- Burt C.: War neurosis in British children. *Nerv. Child.* 2 : 324, 1943.
- Busemann A.: *Handbuch der pädagogischen Milieukunde*, Halle 1932.
- Butler R. A.: Curiosity in monkeys. *Scient. Amer.* 190, č. 2, 70—75, 1954.
- Butler R. A.: The effects of deprivation of visual incentives on visual exploration motivation in monkeys. *J. comp. physiol. Psychol.* 50 : 174—179, 1957.
- Caplan G.: The disturbance of mother child relationship by unsuccessful attempts at abortion. *Courrier II* : 193—201, 1952.
- Carey-Trefzer C. J.: *J. ment. Sci.* 95 : 535, 1949.
- Centerwall S. A., Centerwall W. R.: A study of children with mongolism reared in the home compared to those reared away from the home. *Pediatrics* 25 : 678—685, 1960.
- Clark B., Graybiel A.: The break-off phenomenon. *J. Aviat. Med.* 28 : 121—126, 1957.
- Clarke A. D. B., Hermelin B.: Adult imbeciles — Their abilities and trainability. *Lancet II* : 337—339, 1955.
- Clarke A. D. B., Clarke A. M., Reiman S.: Cognitive and social changes in the feeble-minded—Three further studies. *Brit. J. Psychol.* 49 : 144—157, 1958.
- Clarke A. D. B., Clarke A. M.: Recovery from the effects of deprivation. *Acta Psychol. (Amst.)* 16 : 137—144, 1959.
- Clarke A. D. B., Clarke A. M.: Some recent advances in the study of early deprivation. *J. Child Psychol.* 1 : 26—36, 1960.
- Cohen B. D., Rosenbaum G., Dobie S. I., Gottlieb J. S.: Sensory isolation: hallucinogenic effects of a brief procedure. *J. nerv. ment. Dis.* 129 : 486—491, 1959.
- Coleman Rose V., Provence S.: Environmental retardation (hospitalism) in infants' families. *Pediatrics* 19 : 285—292, 1957.
- Cooke R. E.: »Physiologic« mental deficiency. *J. Pediat.* 57 : 955—956, 1960.
- Couve P. a spol.: Syndromes de carence affective de jeune enfant en collectivité. *Pédiatrie* 41 : 283—297, 1952.
- Czapow C.: *Niebezpieczne ulice*. Warszawa 1960.
- Czerny A.: *Der Arzt als Erzieher des Kindes*, 6. vyd. Franz Deuticke, Leipzig, 1922.
- Čapek R.: Diskusní příspěvek. Ve sborníku »První celostátní konference o předškolní výchově«, Praha 1960.
- Damborská M.: Některé aktuální otázky výchovy ústavních dětí. *Čs. Pediat.* 12 : 893—899, 1957.
- Damborská M.: Rozdíly mezi dětmi vychovávanými v rodině, v jeslích a v ústavu během 1. roku. *Čs. Pediat.* 12 : 980, 1957.

- Damborská M.*: Zkušenosti s prohloubenou výchovou dětí v kojeneckém ústavě. *Čs. Pediat.* 14 : 819, 1959.
- Damborská M.*: Význam rodinné výchovy pro dítě útlého věku. *Pedagogika* 12 : 187—193, 1961.
- Damborská M.*: Hudební výchova v kolektivních zařízeních. Přednáška na Pediatrických dnech v Brně, květen 1961.
- Damborská M.*: Deprivační syndrom u kojence a náhrada matky v jeho výchově. Přednáška na věd. schůzi *Čs. pediat. společn.* 17. 2. 1961.
- Damborská M., Šamánek M.*: Několik připomínek k výchově ústavních dětí nejútlejšího věku. *Čs. Pediat.* 11 : 537—542, 1956.
- Damborská M., Blažková E., Štěpánová P.*: Rozvoj zraku u ústavních dětí během prvních měsíců života. *Čs. Pediat.* 14 : 914, 1959.
- Damborská M., Filová V., Štěpánová P.*: Rozvoj sluchu u ústavních dětí. *Čs. Pediat.* 14 : 911, 1959.
- Damborská M., Blažková E.*: Reakce desítiměsíčního děvčátka na odloučení od matky. *Čs. Pediat.* 14 : 658—659, 1959.
- Damborská M., Štěpánová P.*: Hlavní výchovné problémy v kojeneckých ústavech. Přednáška na 11. celostátním pediatrickém sjezdu v Bratislavě.
- Danzinger Lotte, Hetzer H., Löw-Ber Helene*: *Pflegemutter und Pflegekind.* S. Hirzel, Leipzig 1930.
- Dasman R. F., Taber D.*: Behavior of Columbian black-tailed deer with reference to population ecology. *J. Mammal.* 37 : 143—164, 1956.
- David Myriam, Appell Geneviève*: Observation et traitement d'un cas d'arriération psychogène. *Z. Kinderpsychiat.* 18 : 205—215, 1951.
- Davis J. M., McCourt W. F., Solomon P.*: The effect of visual stimulation on hallucinations and other mental experiences during sensory deprivation. *Amer. J. Psychiat.* 116 : 889—892, 1960.
- Davis J. M., McCourt W., Courtney J., Solomon P.*: Sensory deprivation. The role of social isolation. *Arch. gen. Psychiat.* 5 : 106—112, 1961.
- Deisher R. H.*: Role of physician in maintaining continuity of care and guidance. *J. Pediat.* 50 : 231, 1957.
- Destunis G.*: Die pathogenetischen Milieueinwirkungen auf die Entwicklung des Kindes. *Med. Klin.* 52 : 371—373, 1957.
- Dimock H. H.*: The child in hospital. Philadelphia 1960.
- Diner-Vlosko T. B.*: Formy rukovodstva vospitatěľnojj rabotoj v jaslach i domach rebjonka Moskovskoj oblasti. *Vop. Ochrany Materin. Dets.* 5 : 73—77, 1960.
- Doležal V.*: Pobyt člověka v kosmickém prostoru. *Vesmír* 40 : 9—12, 1961.
- Douglas J. W. B., Blomfield J. M.*: Children under five. London 1958.
- Dubois R., Leschanowsky H.*: Observations d'hospitalisme. *Acta paediat. belg.* 11 : 177—188, 1957.
- Dürssen Annemarie*: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung. (Eine vergleichende Untersuchung an 150 Kindern in Elternhaus, Heim und Pflegefamilien.) Göttingen 1958.
- Du Pan P. M., Roth S.*: The psychologic development of a group of children brought up in a hospital type residential nursery. *J. Pediat.* 47 : 124—129, 1955.
- Durfee Hildegard, Wolf Käthe*: Anstaltspflege und Entwicklung im 1. Lebensjahr. *Z. Kinderforsch.* 42 : 273—320, 1934.

- Edelston H.: Separation anxiety in young children: A study of hospital cases. Genet. Psychol. Monogr. 28 : 3—95, 1943.
- Edelston H.: Separation experiences and mental health. Lancet II : 615—616, 1955.
- Eisenberg L.: Progress in neuropsychiatry. J. Pediat. 51 : 334—349, 1957.
- Eisenberg L.: The course of childhood schizophrenia. Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.) 78 : 69—83, 1957.
- Eisenberg L.: Emotional determinants of mental deficiency. Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.) 79 : 114—121, 1958.
- Eisenberg L.: Child psychiatry: Mental deficiency 1960. Amer. J. Orthopsychiat. 117 : 601, 1961.
- Eisenberg L., Kanner L.: Early infantile autism, 1943—55. Amer. J. Orthopsychiat. 26 : 556—566, 1956.
- ✓ Elmer Elizabeth: Abused young children seen in hospitals. Social Work 98—102, 1960.
- Engel Mary: Some parameters of the psychological evaluation of children. Arch. gen. Psychiat. 2 : 593—605, 1960.
- Epstein A.: Studien zur Frage der Findelanstalten unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Böhmen. Praha 1882.
- Epstein B.: Jak je to s návštěvami na dětském oddělení na Bulovce. Zdravotnická pracovnice 8 : 302—305, 1958.
- Eveloff H. H. The autistic child. Arch. gen. Psychiat. 3 : 66—81, 1960.
- Faigin Helen: Social behavior of young children in the Kibbutz. J. abnorm. soc. Psychol. 56 : 117—129, 1958.
- ✓ Farrell M. J.: The adverse effects of early institutionalization of mentally sub-normal children. Amer. J. Dis. Child. 91 : 278—281, 1956.
- Fernandez J. M.: Psychogenic weeping in infancy. Acta pediát. esp. 12 : 707—719, 1954.
- Fischer J.: Konflikty a neurosy u dětí, SZdN, Praha 1959.
- Fischer J.: Nedostatek mravního citu v dětské psychopatologii. Přednáška v Čs. pediat. spol. 17. 2. 1961.
- Fischer J., Diamant J.: K otázce měření frustrace u dětí. Čs. Pediat. 16 : 312—321, 1961.
- ✓ Fischer, Liselotte K.: Hospitalism in six-month-old infants. Amer. J. Orthopsychiat. 22 : 522—534, 1952.
- \* Fitti R. M., Hauvaert J. M.: Troubles émotionnelles dans la période néonatale et la primoenfance. Arch. Pediat. 77 : 191—242, 1950.
- François C.: Etat psychologique des enfants et leurs réactions à leur arrivée au »Renouveau«. Z. Kinderpsychiat. 14 : 178—185, 1948.
- Freedman S. J., Grunebaum H. V., Greenblatt M.: Perceptual and cognitive changes in sensory deprivation. (Nepublikováno. Cit. podle N. Rosenzweiga.)
- Freud Anna, Burlingham Dorothy T.: War and children. New York 1943.
- Freud Anna, Burlingham Dorothy, T.: Infants without families. New York 1944.
- Freud Anna, Dann Sophie: An experiment in group upbringing. Psychoanal. Stud. Child, vol. VI, 1951.
- ✓ Fried R., Mayer M. F.: Socio-emotional factors accounting for growth in children living in institution. J. Pediat. 33 : 444—456, 1948.

- Friedemann A.*: Rapport sur la carence affective chez l'enfant de 6 à 10 ans, dans le tableau du développement normal. *Criança port.* 17 : 103—142, 1958.
- Gaugeard J.*: Le délit de trouble mental. *Lettres franç.* 1961, no 891, p. 6 (7—13 sept. 1961).
- Geisler Erika*: Diebstahl und im Traum erlebte Kindestötung als Heimwehreaktion einer 14-jährigen. *Z. Kinderpsychiat.* 26 : 41—47, 1959.
- Gelinier-Ortigues, Marie-Cécile*: Maternal deprivation, psychogenic deafness and pseudo-retardation. V — Emotional problems of early childhood (ed. G. Caplan) 231—247, 1955.
- Gesell A. L., Ilg F. L.*: Infant and child in the culture of today. Harper and Bros, New York 1943.
- Gewirtz J. L., Baer D. M.*: Deprivation and satiation of social reinforces as drive conditions. *J. abnorm. soc. Psychol.* 57 : 165—172, 1958.
- Gewirtz J. L., Baer D. M.*: The effect of brief social deprivation on behaviors for a cultural observation. *J. abnorm. soc. Psychol.* 56 : 43—56, 1958.
- Gibby R. G., Adams H. B., Garrera R. N.*: Therapeutic changes in psychiatric patients following partial sensory deprivation. *Arch. gen. Psychiat.* 3 : 33—42, 1960.
- Gindl Irmgard, Sturm Martha*: Unangemessenheit der Anstalt als Lebensraum für das Kleinkind. *Z. exp. angew. Psychol.* 52 : 310—358, 1937.
- Glaser K.*: Group discussion with mothers of hospitalized children. *Pediatrics* 26 : 132—140, 1960.
- Glaser K., Eisenberg L.*: Maternal deprivation. *Pediatrics* 18 : 626—642, 1956.
- Gofman Helen, Schade G.*: Parents' emotional response to child's hospitalization. *Amer. J. Dis. Child.* 93 : 629—637, 1957.
- Gofman Helen, Buckman Wilma, Schade G.*: The child's emotional response to hospitalization. *Amer. J. Dis. Child.* 93 : 157—164, 1957.
- Goldberger L., Holt R. R.*: Experimental interferences with reality contact (perceptual isolation) I. Method and group results. *J. nerv. ment. Dis.* 127 : 99—112, 1958.
- Goldfarb W.*: Infant rearing and problem behavior. *Amer. J. Orthopsychiat.* 13 : 249—265, 1943.
- Goldfarb W.*: Effects of early institutional care on adolescent personality. *J. exp. Educ.* 12 : 106—129, 1943.
- Goldfarb W.*: The effects of early institutional care on adolescent personality. (Graphic Rorschach data). *Child Develop.* 14 : 213—223, 1943.
- Goldfarb W.*: Infant rearing as a factor in foster home replacement. *Amer. J. Orthopsychiat.* 14 : 162—166, 1944.
- Goldfarb W.*: Effects of early institutional care on adolescent personality: Rorschach data. *Amer. J. Orthopsychiat.* 14 : 441—447, 1944.
- Goldfarb W.*: Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *Amer. J. Orthopsychiat.* 15 : 247—255, 1945.
- Goldfarb W.*: Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. *Amer. J. Psychiat.* 102 : 18—33, 1945.
- Goldfarb W.*: Variations in adolescent adjustment of institutionally-reared children. *Amer. J. Orthopsychiat.* 17 : 449—457, 1947.

- Goldfarb W.*: Rorschach test differences between family-reared, institutionally-reared and schizophrenic children. *Amer. J. Orthopsychiat.* 19 : 624—633, 1949.
- Goldfarb W., Klopfer B.*: Rorschach characteristics of institutional children. *Rorschach Research Exchange* 8 : 92—100, 1944.
- Goldstein K.*: Abnormal mental conditions in infancy. *J. nerv. ment. Dis.* 128 : 538—557, 1959.
- Goodman L.*: Effect of total absence of function on the optic system of rabbits. *Amer. J. Physiol.* 100 : 46—63, 1932 (cit. podle Riesena).
- Gottschaldt K.*: Probleme der Jugendverwahrlosung. Leipzig 1954.
- Graffar M., Sand E. A.*: Les dangers de l'hospitalisation des jeunes enfants. *Service social* 1—15, 1954.
- Gregory I.*: Studies of parental deprivation in psychiatric patients. *Amer. J. Psychiat.* 115 : 432—442, 1958.
- Greil A.*: Das Wesen der Menschwerdung. G. Fischer, Jena 1953.
- Grimm H.*: Vergleichend-biologische Gesichtspunkte zum Urbanisierungstrauma. *Z. ärztl. Fortbild.* 51 : 945—948, 1957.
- Grunebaum H. U., Freedman S. J., Greenblatt M.*: Sensory deprivation and personality. *Amer. J. Psychiat.* 116 : 878—882, 1960.
- Gula M.*: Child-caring institutions. U. S. Department of health, education and welfare children's bureau publication No 368, 1958.
- Gula M.*: Institutional care of children. *Pediatrics* 26 : 693—695, 1960.
- Haffter C.*: Kinder aus geschiedenen Ehen. Bern 1960.
- Halliday J. L.*: Psychosocial medicine. New York 1948.
- Hanselmann H.*: Grundlinien zu einer Theorie der Sondererziehung (Heilpädagogik). Zürich 1941.
- Hanvik L. N., Nelson S., Hanson H., Anderson A., Dressler W., Zarling V. R.*: Diagnosis of cerebral dysfunction in child. *Amer. J. Dis. Child.* 101 : 364—375, 1961.
- Harbauer H.*: Das Kind im Krankenhaus. *Kinderärztl. Prax.* 23 : 417—422, 1955.
- Haris A.*: Sensory deprivation and schizophrenia. *J. ment. Sci.* 105 : 235—237, 1959.
- Harlow H. F.*: The nature of love. *Amer. J. Psychol.* 13 : 673—685, 1958.
- Harlow H. F.*: Love in infant monkeys. *Scient. Amer.* č. 6, 200 : 68—74, 1959.
- Harlow H. F., Zimmermann R. F.*: The development of affectional responses in infant monkeys. *Proc. Amer. Phil. Soc.* 102 : 501—509, 1958.
- Harnach G. A., Oberschelp Maria*: Die seelischen Auswirkungen eines Krankenhausaufenthaltes im Kindesalter. *Dtsch. med. Wschr.* 82 : 1916—1922, 1957.
- Harrimann Ph. L.*: The new dictionary of psychology. New York 1947.
- Hausam Liselotte, Spiess H.*: Kind und Krankenhaus. *Medizinische* 36 : 1365—1367, 1958.
- Hauss K.*: Das Kind ohne Familie. *Hippokrates (Stuttg.)* 31 : 266—272, 1960.
- Hebb D. O.*: Organization of behavior. New York 1949.
- Hebb D. O.*: The mammal and his environment. *Amer. J. Psychiat.* 111 : 826—831, 1955.
- Hebb D. O.*: A textbook of psychology. Philadelphia a. London 1958.
- Heinicke C. M.*: Some effects of separating two-year-old children from their parents: a comparative study. *Human Relat.* 9 : 105—176, 1956.

- Hejlová E.*: Psychický stav dětí několik týdnů po osvobození z koncentračních táborů. *Pediat. Listy* 2 : 113, 1947.
- Hepnerová J.*: Psychické reakce obyvatelstva cikánského původu na asimilaci. Referát na II. celostátním psychiatrickém sjezdu, Praha 1960.
- Heron W.*: The pathology of boredom. *Scient. Amer.* 196 : 52—56, 1957.
- Heron W., Bexton W. H., Hebb D. O.*: Cognitive effects of a decreased variation to the sensory environment. *Amer. J. Psychol.* 8 : 366, 1953.
- Heron W., Doane B. K., Scott T. H.*: Visual disturbances after prolonged perceptual isolation. *Canadian J. Psychol.* 10 : 13—18, 1956.
- Hersov L. A.*: 1. Persistent non-attendance at school. 2. Refusal to go to school. *Child. Psychol. Psychiat.* 1 : 130—136, 137—145, 1960.
- Hesse G.*: Die familiäre Situation bei der Schwereerziehbarkeit des Kindes. *Z. ärztl. Fortbild.* 51 : 981—982, 1957.
- Hetzer Hildegard*: Die Entwicklung des Kindes in der Anstalt. V — Handbuch der pädagogischen Milieukunde. Busemann, Halle 1932.
- Hetzer Hildegard*: Kindheit und Armut. S. Hirzel, Leipzig 1937.
- Heuyer G.*: Rapport introductif (Aspects somatiques de la psychiatrie infantile). *Criança port.* 17 : 295—303, 1958.
- Hicklin Margot*: War-damaged children. (Some aspects of recovery) Assoc. of Psychiat. Social Workers, London.
- Holas E.*: Metodologické problémy výzkumu poznávacích procesů ve vyučování. Referát na 1. sjezdu čs. psychologů Praha 14—16. 12. 1961.
- Holway A. R.*: Early self-regulation of infants and later behavior in play interviews. *Amer. J. Orthopsychiat.* 19 : 612—623, 1949.
- Home office*: Seventh report on the work of the children's department. H. M. Stationary Office 1955.
- Howells J. G., Layng J.*: Separation experiences and mental health. *Lancet* II : 285—288, 1955.
- Hymovitch B. J.*: J. comp. physiol. *Psychol.* 45 : 313, 1952.
- Chapin H. D.*: A plea for accurate statistics in infants' institutions. *Arch. Pediat.* 1915, Oct.
- Chapin H. D.*: Are institutions for infants necessary? *J. Amer. med. Ass.* 64 : 1—3, 1915.
- Chapman A. H.*: Early infantile autism. *Amer. J. Dis. Child.* 99 : 783—786, 1960.
- Christian J. J., Davis D. E.*: Reduction of adrenal weight in rodents by reducing population size. *Transact. 20'th North Amer. Wildlife Conf.* 1955, 177—189. (Cit. podle Grimma.)
- Chytilová J.*: Návštěvy rodičů na dětských odděleních. *Zdravotnická pracovnice*, 8 : 44—45, 1958.
- Ievers Marion, Campbell Kate, Blanch Mona*: Unrestricted visiting in a children's ward. Eight years experience. *Lancet* II : 971—973, 1955.
- Illingworth R. S., Holt K. S.*: Children in hospital. Some observations on their reactions with special reference to visiting daily. *Lancet* II : 1257—1262, 1955.
- Illingworth R. S.*: Delayed maturation in development. *J. Pediat.* 58 : 761—770, 1961.
- Illingworth R. S., Birch L. B.*: The diagnosis of mental retardation in infancy. *Arch. Dis. Childh.* 34 : 269—273, 1959.

- Isaacs S. (edit.):* Cambridge evacuation survey — A wartime study in social welfare and education. Methuen & Co., London 1941.
- Jackson Edith B., Klatskin Ethelyn H.:* Rooming in research project. *Psychoanal. Stud. Child.* 5 : 236—274, 1950.
- Jetel M., Nepustil B.:* K otázce nemocnosti cikánských kojenců v okrese Cheb. *Čs. Pediat.* 16 : 276—280, 1961.
- Jersild A.:* Emotional development. V — *Manual of Child Psychology.* 2. vyd., L. Carmichael, New York—London (str. 833).
- Jones B., Goodson J. E.:* The effect of boredom on suggestibility. Research Report — U. S. Naval Aviation Medical Center, Pensacola, Florida 1959.
- Jones H. E.:* The environment and mental development. V — *Manual of Child Psychology.* 2. vyd. L. Carmichael, New York—London 1954 (str. 631).
- Kanner L.:* Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *Amer. J. Orthopsychiat.* 19 : 416—426, 1949.
- Kanner L.:* Child psychiatry. 3. vyd. Springfield, Ill. Ch. C. Thomas 1957 (zvláště kap. 49: »Hospitalism«).
- Kellogg W. N., Kellogg L. A.:* The ape and the child. New York and London 1933.
- Kempe C. H., Silver H. K.:* The problem of parental criminal neglect and severe physical abuse of children. *Amer. J. Dis. Child.* 98 : 528, 1959.
- King J. A.:* Parameters relevant to determining the effect of early experience upon the adult behaviour of animals. *Psychol. Bull.* 55 : 44—58, 1958.
- Klackenberg G.:* Mental injuries due to hospitalization or custody in children's homes. *Acta paed. (Uppsala)* 35, Suppl. II : 91, 1947.
- Klackenberg G.:* Studies in mental deprivation in infants's home. *Acta paediat. (Uppsala)* 45 : 1—13, 1956.
- Klatskin E. H.:* Shifts in child care practices in three social classes under an infant care program of flexible methodology. *Amer. J. Orthopsychiat.* 22 : 52—61, 1952.
- Klein D. C.:* Some concepts concerning the mental health of the individual. *J. cons. Psychol.* 24 : 288—293, 1960.
- Klímová H.:* Jednou jsem nechtěl být na světě. Literární noviny 1961.
- Klímová H.:* Ještě k nervosním dětem. Literární noviny 1961.
- Knobloch Hilda, Grant D. K.:* Etiologic factors in »early infantile autism« and »childhood schizophrenia« (výťah). *Amer. J. Dis. Child.* 102 : 147—148, 1961.
- Knobloch Hilda, Grant D. K.:* Reliability and validity of infant developmental examinations (výťah). *Amer. J. Dis. Child.* 102 : 148, 1961.
- Knobloch Hilda, Pasamanick B.:* Environmental factors affecting human development before and after birth. *Pediatrics* 26 : 210—218, 1960.
- Koch J.:* O plánování výchovy v jeslích. *Pediat. Listy* 8 : 93—97, 1953.
- Koch J.:* Metodika výzkumu vyšší nervové činnosti starších kojenců a mladších batolat. *Čs. Pediat.* 11 : 814—819, 1956.
- Koch J.:* Změna excitability centrální nervové soustavy u jednoletých dětí v průběhu doby bdění. *Čas. Lék. čes.* 96 : 757—765, 1957.
- Koch J.:* Pokus o analýzu vlivu prostředí kojeneckých ústavů na neuropsychický vývoj 4měsíčních až 12měsíčních dětí. *Čs. Pediat.* 16 : 322—330, 1961.
- Koch J.:* Srovnání vývoje a výchovy dětí v rodině a v kojeneckých ústavech. Přednáška na *Pediatrických dnech* v Brně, květen 1961.
- Koch J., Matějček Z.:* Psychologie a pedagogika dítěte. SZdN, Praha 1960.

- Kolaříková O., Konečná O., Schürer M.:* Některé problémy vývoje dětské osobnosti při mnohaleté ústavní výchově. Přednáška na Pediatrických dnech v Brně, květen 1961.
- Kol'cova M. M.:* O fiziologických mechanismech razvitija processa obobščeniya u rebjonka. *Ž. vysš. něrv. dějat.* 6 : 201—211, 1956.
- Kolman A.:* Lenin a ženská otázka. *Tvorba* 26 : 219—220, 1961.
- Komenský J. Á.:* Vybrané spisy Jana Ámose Komenského, svazek I, 83—84, SPN, Praha 1958.
- Kongresová zpráva: Gegenwärtige Tendenzen in der Heimerziehung. 4. Kongress der Internationalen Vereinigung von Erziehern nichtangepasster Jugend in Lausanne 1958. *Prax. Kinderpsychol.* 7 : 312, 1958.
- Konias Vl.:* Potřeba — základ všeho chování. Disertační práce na Karlově univ., Praha 1949—1950.
- Kostukovskaja M. L.:* Opyt perevoda dětěj z doma rebjonka v dětskij dom. *Vop. Ochrany Materin. Děts.* 2 : 62—65, 1957.
- Kováč D.:* K metodologickým problémům základního výzkumu v psychologii. Referát na I. sjezdu čs. psychologů Praha 14.—16. 12. 1961.
- Kratková E.:* Zkušenosti z dětského oddělení bez návštěv. *Zdravotnická pracovnice* 8 : 186—187, 1958.
- Kraus O., Kulka E.:* Noc a mlha. Naše vojsko, Praha 1958.
- Krech D., Rosenzweig M. R., Bennett E. L.:* Effects of environmental complexity and training on brain chemistry. *J. comp. physiol. Psychol.* 53 : 509—519, 1960.
- Křeček J.:* Vliv přítomnosti matky na vývoj savčích mláďat. Přednáška v *Čs. pediat. spol.* 17. 2. 1961.
- Kubát K., Polišenský J.:* Společnost a péče o dítě od konce feudalismu do dneška. Přednáška na schůzi *Čs. pediat. spol.* 17. 11. 1961.
- Kubička L.:* Vliv zaměstnanosti matek na vznik psychické nepřizpůsobenosti u dětí. *Čs. Pediat.* 52 : 247—256, 1956.
- Kučera O.:* Nástin přednášek o psychopedii pro defektology. Učební texty vys. škol, Praha 1955.
- Kučera O. a spol.:* Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích. SZdN, Praha 1961.
- Kultze Elfriede:* Die Familienverhältnisse von gefährdeten und verwahrlosten Jugendlichen. *Z. Kinderforsch.* 42 : 45—88, 1934.
- Kurland M. L.:* Pedophilia erotica. *J. nerv. ment. Dis.* 131 : 394—403, 1960.
- Kurz J.:* Okulo-digitální reflex. *Čs. Oftal.* 5 : 193—203, 1959.
- Ladygina N. F.:* Někotoryje voprosy vospitaniya dětěj 2-go i 3-go goda žizni. *Vop. Ochrany Materin. Děts.* 4 : 77—81, 1959.
- Ladygina N. F., Aksarina N. M.:* Razvitije reči u dětěj v jaslach i domach rebjonka. *Pediatrija* 3 : 10—16, 1954.
- Langford W. S.:* Disturbance in mother-infant relationship leading to apathy, extra-nutritional sucking and hair-ball. V — »Emotional problems of childhood«. G. Caplan, New York 1955, 57—76.
- Langmeier J.:* Spánek malých dětí v rodinách a v nemocnici. *Čs. Pediat.* 14 : 628—639, 1959.
- Langmeier J.:* Zralost dítěte pro školu. *Čs. Pediat.* 16 : 865—876, 1961.

- Langmeier J.*: Prevence psychopatických stavů. V — Hygiena duševního života. Malá moderní encyklopedie. Praha 1961. Str. 296—308.
- Langmeier J.*: Otázka psychické deprivace a vývoj výchovných názorů u nás. Čs. Pediat. 17 : 646—652, 1962.
- Langmeier J., Konias V., Dolejší M.*: Příspěvek k problematice dětských psychiatrických oddělení. Ve sborníku »Hraničné problémy psychiatrie«, Bratislava 1957, str. 185—194.
- Langmeier J., Lhoták J.*: Smyslová a emoční deprivace — význam pro duševní hygienu v dětství. Přednáška na II. celostátním psychiat. sjezdu v Praze, říjen 1960.
- Langmeier J., Matějček Z.*: Člověk známý neznámý. Mladá fronta, Praha 1959.
- Langmeier J., Matějček Z.*: Dvě podélné studie o psychomotorickém vývoji v časném věku za zvláštních podmínek. Ve sborníku: »Využitie psychologie v socialistickej spoločenskej praxi«, Bratislava 1959, str. 359—364.
- Launay C.*: Réflexions sur l'hospitalisme. Évolut. psychiat. 265—271, 1956.
- Leiderman H., Mendelson J. H., Wexler D., Solomon P.*: Sensory deprivation — clinical aspects. Arch. Int. Med. 101 : 389—396, 1958.
- Leiderman P. H., Kubzansky P. E., Mendelson J., Wexler D., Solomon P.*: Contributions of sensory deprivation to the study of human behaviour. V — »Neuroses«, ed. O. Janota — E. Wolf, Praha 1961, str. 177—183.
- Lelong M., Lebovici S.*: Problèmes psychologiques et psychopathologiques posés par l'enfant à l'hôpital. Arch. franç. Pédiat. 12 : 349—367, 1955.
- Lesák J.*: Jak vnímá hluché dítě zvuky. Otázky defektologie 3/6, 1961.
- Levine Edna S.*: The deaf. V — Psychological aspects of physical disability 1952, 125—146.
- Levy E. Z., Ruff G. E., Thaler V. H.*: Studies in human isolation. J. Amer. med. Ass. 169 : 236—239, 1959.
- Lewis Hilda*: Deprived children: The Mersham experiment. New York 1954.
- Lewis Hilda*: Psychological aspects of the deprived child, Med. Wld (Lond.) 84 : 135—143, 1956.
- Lewis S. R., van Ferney S.*: Early recognition of infantile autism. J. Pediat. 56 : 510—512, 1960.
- Lhoták J.*: Recenzní a redakční připomínka ke článku J. Vyhnálka a A. Moresa »Návštěvy na dětském oddělení«. Čs. Pediat. 12 : 27—28, 1957.
- Liddell H. S.*: Conditioned reflex method and experimental neurosis. V — Personality and the behavior disorders. I. J. McV. Hunt, New York 1945, str. 389 až 412.
- Liddell H. S.*: Conditioning and emotions. Scient. Amer. 190, č. 1 : 48—57, 1954.
- Liddell H. S.*: A biological basis for psychopathology. V — Problems of addiction and habituation, P. H. Hoch a J. Zubin, New York—London 1958.
- Lightwood R., Brimblecombe F. S. W., Reinhold J. L. D., Burnard E. D., Davis J. A.*: A London trial of home care for sick children. Lancet I : 313—317, 1957.
- Lilly J. C.*: Mental effects of reduction of ordinary levels of physical stimulation on intact healthy persons. V — Research Techniques in Schizophrenia. Psychiat. Res. Rep. Amer. psychiat. Ass. No 5, 1956.
- Linhart J.*: Vliv prostředí a výchovy na duševní vývoj dítěte. SPN, Praha 1950.

- Linhart J., Michalička M.:* K metodologickým otázkám studia motivace v procesech učení a poznání. Čs. Psychol. 5 : 209—222, 1961.
- Lippert E.:* Über Heimweh. Z. Kinderpsychiat. 17 : 79—84, 1950.
- Lissovoy V.:* Head banging in early childhood. J. Pediat. 58 : 803—805, 1961.
- Lissovoy V.:* Head banging in early childhood. Cyklostyl. otisk přednášky 1961.
- Loosli-Usteri Marguerite:* V — The New Era in Home and School, London, 29 : 1, 1948.
- Lowenfeld B.:* The blind. V — Psychological aspects of physical disability W. 1952, 179—195.
- Lowrey L. G., Levy D. M.:* Personality distortion and early institutional care. Amer. J. Orthopsychiat. 10 : 576—585, 1940.
- Lurija A. R.:* Die Rolle des Wortes bei der Bildung zeitweiliger Verbindungen bei normalen und abartigen Kindern. Moskva 1955.
- Lurija A. R.:* Problemy vyššej něrvnoj dějatělnosti normalnogo i anomalnogo rebonka. Moskva 1956.
- Lurija A. R.:* Die regulierende Rolle der Sprache in der normalen und anormalen Entwicklung. Z. ärztl. Fortbild. 51 : 903—908, 1957.
- Makarenko A. S.:* Spisy, sv. I—VII. Praha.
- Malmo B.:* Activation: a neuropsychological dimension. Psychol. Rev. 66 : 367—386, 1959.
- *Malrieu P.:* Evolution et fonction des émotions dans la première année de l'enfant. Rev. suisse Psychol. 19 : 132—151, 1960.
- *Malrieu P.:* Les conditions de l'évolution des émotions dans la première année. Revue suisse Psychol. 19 : 207—222, 1960.
- Matějček Z.:* Některé zkušenosti ze sledování duševního vývoje dětí v dětských domovech pro děti od 1 do 3 let. Čs. Pediat. 15 : 234—241, 1960.
- Matějček Z.:* Výchovné problémy u dětí z dětských domovů. Čs. Pediat. 17 : 621 až 627, 1962.
- McCandless B. R.:* Roles of heredity and environment in intellectual development. Pediatrics 26 : 175, 1960.
- McCarthy Dorothea:* Language development in children. V — Manual of Child Psychology. 2. vyd. L. Carmichael, New York and London 1954 (str. 492).
- McCord W., McCord J., Zola I. K.:* The origins of crime — a new evaluation of the Cambridge-Sommerville Youth Study. New York 1959.
- Mead Margaret:* Diskuse k článku Ruth Benedictové. Amer. J. Orthopsychiat. 19 : 349—350, 1949.
- Mead Margaret:* Research on primitive children. V — Manual of Child Psychology. 2. vyd. Carmichael, New York 1954 (str. 735—780).
- Mead Margaret:* 8th Ernest Jones lecture of the British Psycho-Analytical Society 1957. Anotace. Lancet I : 6963, 1957.
- Mečír J.:* Opouštění domova dětmi a mladistvými. Čs. Psychiat. 55 : 157—162, 1959.
- Mečír M.:* Chování dětí v jeslích. Čs. Pediat. 10 : 690—694, 1955.
- Mečír M.:* Pohybová výchova kojenců. Čs. Pediat. 11 : 836—842, 1956.
- Mečír M., Šafářová N.:* Zkušenosti s pohybovou výchovou kojenců. Čs. Pediat. 11 : 842—845, 1956.
- Meierhofer Marie:* Psychohygiene im frühen Kindesalter. Acta paedopsychiat. 28 : 1—15, 1961.

- Meierhofer Marie*: Fehlentwicklung der Persönlichkeit bei Kindern in Fremdpflege. Schweiz. med. Wschr. 85 : 862—866, 1955.
- Meili R.*: Untersuchungen zur Ätiologie frühester persönlichkeitsrelevanter Eigenschaften. Z. Psychol. 165 : 214—240, 1961.
- Melzack R., Scott T. H.*: The effect of early experience on the response to pain. J. comp. physiol. Psychol. 50 : 155—161, 1957.
- Mendelson J. H., Foley J. M.*: An abnormality of mental function affecting patients with poliomyelitis in a tank-type respirator. Trans. Amer. neurol. Ass., str. 134, 1956 (cit. podle Leidermana).
- Mendelson J. H., Siger L., Solomon P.*: Psychiatric observations on congenital and acquired deafness: symbolic and perceptual processes in dreams. Amer. J. Psychiat. 116 : 883—888, 1960.
- Mészárosová O., Jurčová M.*: Neuropsychický vývoj dětí v prostředí kolektivních zariadení do troch rokov. Čs. Pediatr. 11 : 832—836, 1956.
- Mészárosová O.*: Problematika zariadení pre predškolský vek. Ve sborn. Využitie psychologie v socialistickej spoločenskej praxi, Bratislava 1959, str. 152—155.
- Meyer J. S., Greifenstein F., Devault M.*: A new drug causing symptoms of sensory deprivation. J. nerv. ment. Dis. 129 : 54—61, 1959.
- Michaux L., Flavigny H.*: D'une conséquence de l'abus de la notion de frustration affective. Criança port. XVII : 689—700, 1958.
- Mikešová M.*: Reakce ročních dětí na náhlou změnu prostředí. Referát na Sjezdu ředitelů kojeneckých ústavů, Karlovy Vary 1957.
- Milotová J., Kluska V., Stejskal J.*: Dopisy rodičů dětem na infekčním oddělení jako jeden z prostředků boje proti hospitalismu. Čs. Pediat. 13 : 355—359, 1958.
- Möhwaldová H.*: Úkoly lékařské ošetrovatelské služby v kojeneckém ústavu. Pediat. Listy 9 : 160—162, 1954.
- Moltz H.*: Imprinting: Empirical basis and theoretical significance. Psychol. Bull. 57, 1960 (separátní otisk).
- Moltz H., Rosenblum L., Stettner L. J.*: Some parameters of imprinting effectiveness. J. comp. physiol. Psychol. 53 : 297—301, 1960.
- Montgomery K. C.*: The effect of activity deprivation upon exploratory behavior. J. comp. physiol. Psychol. 46 : 438—441, 1953.
- Moragas J. de*: Conséquences psychiques chez l'enfant repoussé. Z. Kinderpsychiat. 25 : 49—51, 1958.
- Mores A.*: Reakce dítěte na odloučení od matky a jak asi uvažuje v předpokojí. Čs. Pediat. 14 : 946—947, 1959.
- Mores A., Vyhnálek J.*: Hospitalismus. Čs. Pediat. 12 : 12—22, 1957.
- Moruzzi G., Magoun H. W.*: Brain stem reticular formation and activation of the eeg. Electroenceph. clin. Neurophysiol. 1 : 455, 1949.
- Mowrer O. H., Kluckhohn Clyde*: Dynamic theory of personality. V — Personality and the behavior disorders. J. McV. Hunt, New York 1945, I, 69—135.
- Mrázková-Mikulíková H.*: Několik poznámek k psychologii dítěte v nemocnici. Lék. Listy 9 : 433—435, 1954.
- Mullin Ch. S.*: Some psychological aspects of isolated antarctic living. Amer. J. Psychiat. 117 : 323—325, 1960.
- Müller K.*: Beobachtungen zur Psychomotorik blinder Kinder. Klin. Mbl. Augenheilk. 134 : 213—227, 1959.

- Müller K.: Bewegungsauffälligkeiten bei blinden Kindern. *Kinderärztl. Prax.* 27 : 400—402, 1959.
- Müller K.: Typologische Besonderheiten der motorischen Entwicklung im Kindesalter («motorischer Infantilismus»). *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* 8 : 311—314.
- Nedvědová Z.: Za zlepšení péče o děti v jeslích a v dětských domovech pro děti do 3 let. *Pediat. Listy* 8 : 68—69, 1953.
- Németh Eleonore: Ein Fall von Verwahrlosung im Kindesalter. *Z. Kinderpsychiat.* 26 : 47—52, 1959.
- ✱ Nesnídalová R., Fiala V.: Rodinné prostředí dětí umístěných v dětských domovech na soudní usnesení. *Čs. Psychiat.* 56 : 95—99, 1960.
- ⊙ Nesnídalová R., Fiala V.: K otázce Kannerova časného dětského autismu. *Čs. Psychiat.* 57 : 76—84, 1961.
- Nikolskaja A. B.: Prejemstvennosť vospitanija v doškolnom dětstve. »Znanije«, Moskva 1960.
- Nissen H. W., Chow K. L., Semmes Josephine: Effects of restricted opportunity for tactual, kinesthetic and manipulative experience on the behavior of a chimpanzee. *Amer. J. Psychol.* 64 : 485—507, 1951.
- Nitschke A.: Das Bild der Heimweh-Reaktionen beim jungen Kind. *Dtsch. med. Wschr.* 80 : 1901—1905, 1955.
- Nitschke A.: Die Bedeutung der Familie für die frühe Kindheit. *Die Sammlung* 11 : 465—477, 1956.
- Nitschke A.: Von der Eigenart jugendlichen Verhaltens. *Die Sammlung* 15 : 355—362, 1960.
- Nohejlová-Vokounová L.: Moje zkušenosti z práce v dětském domově. *Předškolní výchova* 12 : 412—414, 1958.
- Nováková M.: Poruchy psychického vývoje dětí předškolního věku v ústavních zařízeních. *Sborník Problémy pediatrie v praxi a ve výzkumu*, Praha 1957, str. 138—140.
- Nováková M.: Zvláštní poruchy chování u dětí vychovávaných v jeslích. *Přednáška na schůzi Čs. pediat. spol.*, Praha 20. 2. 1959.
- Nováková M.: Zpráva z mezinárodního semináře o jeslích v Paříži. *Čs. Psychol.* 5 : 381—384, 1961.
- Nunes Silva: Psychological care of sick children. *Criança port.* 17 : 713—716, 1958.
- Nylander Ingvar: Children of alcoholic fathers. *Acta paediat. (Uppsala)* 49 : 313, 1960.
- O'Connor N.: The evidence for the permanently disturbing effects of mother child separation. *Acta psychol. (Amst.)* 12 : 174—191, 1956.
- Oersten P. A., Mattson A.: Hospitalization symptoms in children. *Acta paediat. (Uppsala)* 44/1. 79—92, 1955.
- Oléron P.: Recherches sur le développement mental des sourds-muets. Paris 1957.
- Oléron P.: Développement intellectuel et langage (d'après les données fournies par l'étude des enfants sourds). *Z. Psychol.* 165 : 300—311, 1961.
- Organisační a provozní řád dětských domovů. *Pediat. Listy* 8 : 110—124, 1953.
- Orlansky H.: Infant care and personality. *Psychol. Bull.* 46 : 1—48, 1949.
- Oswald I.: Deprivation of parents during childhood. Its frequency in some contemporary young service men. *Brit. med. J.* I : 1515—1516, 1958.

- Pan M. R. du, Roth S.:* The psychologic development of a group of children brought up in a hospital type residential nursery. *J. Pediat.* 47 : 124—129, 1955.
- Papoušek H.:* Kolektivní výchova dětí do 3 let v SSSR (I. sdělení ze studijní cesty). *Čs. Pediat.* 14 : 183—186, 1959.
- Papoušek H.:* Ideologické otázky výchovy dětí. Přednáška na schůzi Čs. pediat. spol. 17. 11. 1961.
- Pasamanick B.:* Epidemiology of behavior disorders. *Proc. Ass. Res. Nerv. Dis.* 23 : 397—403, 1954.
- Pavlov I. P.:* Polnoje sobranije sočiněnij. Moskva 1951. (Český překlad Sebrané spisy, Praha 1953.)
- Peiper A.:* Die Eigenart der kindlichen Hirntätigkeit. 2. vyd. Leipzig 1956.
- Peiper A.:* Kasper-Hauser Kinder, verwilderte Kinder (Wolfskinder). *Medizinische* 36 : 1411—1416, 1958.
- Penfield W.:* A consideration of the neurophysiological mechanism of speech and some educational consequences. *Proc. Amer. Acad. Arts Sci.*, 85 : 199—214.
- Petrie Asenath:* Some psychological aspects of pain and the relief of suffering. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 86 : 13—27, 1960.
- Petrie Asenath, Collins W., Solomon P.:* The tolerance for pain and for sensory deprivation. *Amer. J. Psychol.* 78 : 80—90, 1960.
- Pevná L.:* Problematika jeslí s nočním provozem. *Zdravotnická pracovnice* 11 : 519 až 522, 1961.
- Pfaundler V.:* Über Saugen und Verdauen. *Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte* 71, 1899.
- Piaget J.:* La représentation du monde chez l'enfant. Paris 1926.
- Piaget J.:* La croissance de l'intelligence chez l'enfant. Neuchâtel 1948.
- Pies H.:* Kaspar Hauser. 1926.
- Pinkerton P.:* Understanding the deprived child. *Lancet* I : 275—276, 1956.
- Pinneau S. R.:* The infantile disorders of hospitalism and anaclitic depression. *Psychol. Bull.* 52 : 429—452, 1955.
- Pinneau S.:* Reply to dr. Spitz. *Psychol. Bull.* 52 : 459—462, 1955.
- Plank Emma N., Caughey Patricia A., Lipson Martha J.:* A general hospital care program to countreact hospitalism. *Amer. J. Orthopsychiat.* 29 : 94, 1959.
- Potts W. J.:* The heart of a child. *J. Amer. med. Ass.* 161 : 487—490, 1956.
- Powers G. F.:* Humanizing hospital experiences. *Amer. J. Dis. Child.* 76 : 365—379, 1948.
- Prick J. J. G.:* Adaptation problems in general and their significance in relation to diagnosis and therapy of asocial and antisocial behaviour psychopathic behaviour). *Folia psychiat. neerl.* 62 : 72—114, 1959.
- Prick J. J. G.:* Developmental levels in the affective life considered from the neuroanatomic and neurophysiological point of view. *Folia psychiat. neerl.* 62 : 341—354, 1959.
- Pringle M. L. K., Bossio V.:* A study of deprived children. I. Intellectual, emotional and social development. *Vita hum. (Basel)* 1 : 65—92, 1958.
- Pringle M. L. K., Bossio V.:* A study of deprived children. II. Language development and reading attainment. *Vita hum. (Basel)* 1 : 142—170, 1958.
- Pringle M. L. K., Bossio V.:* Early, prolonged separation and emotional maladjustment. *Child Psychol. Psychiat.* 1 : 37—48, 1960.

- Problèmes d'hygiène mentale posées par la séparation des jeunes enfants de leur mère. Hyg. ment. 446 : 127—153, 1957.
- Prugh D. G., Staub E. M., Sands H. H., Kirchbaum R. M., Lenihan E. A.*: A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness. Amer. J. Orthopsychiat. 13 : 70—106, 1953.
- Příhoda V.*: Úvod do pedagogické psychologie. Praha 1956.
- Příhoda V.*: Ontogenese lidské psychiky, díl I., II., III. Učební texty vysokých škol, Praha 1956.
- Psychiatrie sociale de l'enfant, Paris 1951.
- Putnam Marian C.*: Some observations on psychosis in early childhood. V — Emotional problems of early childhood. G. Caplan, New York 1955, (str. 519 až 523).
- Raboch J., Šípová J.*: Sexuální poruchy a rodinné prostředí. Čs. Pediat. 57 : 246 až 254, 1961.
- Rank Beata*: Adaptation of the psychoanalytic technique for the treatment of young children with atypical development. Amer. J. Orthopsychiat. 19 : 130—139, 1949.
- Rank Beata*: Intensive study and treatment of preschool children who show marked personality deviations, or »atypical development«, and their parents. V — Emotional problems of early childhood G. Caplan, New York 1955 (str. 491—500).
- Rauft*: Inwieweit ist heute der Hospitalismus in Säuglingsheimen überwunden. Kinderärztl. Prax. 21 : 234, 1953.
- Rayner E. W.*: Maternal rejection. A study of two cases. Med. Progr. (Johannesburg) 1 : 237—242, 1955.
- Renthe-Fink B. v.*: Jahresbericht 1958/59 des Berliner Ausschusses für geistige und seelische Gesundheit. Prax. Kinderpsychol. 9 : 113—117, 1960.
- Rexford Eveleen N.*: The role of the nursery school in a child guidance clinic. Amer. J. Orthopsychiat 19, 1949 (separátní otisk).
- Ribble M. A.*: Infantile experience in relation to personality development. V — Personality and the Behavior Disorders. J. Mc V. Hunt, New York 1945 (II, str. 621—651).
- Riesen A. H.*: Effect of stimulus deprivation on the development and atrophy of the visual sensory system. Amer. J. Orthopsychiat. 30 : 23—36, 1960.
- Richmond J., Hersher L.*: A follow-up study of an infant with anaclitic depression. Amer. J. Dis. Child. 96 : 628, 1958.
- Richmond J., Hersher L., Moore A. U.*: An experimental approach to the study of adoption (výťah přednášky). Amer. J. Dis. Child. 98 : 478—480, 1959.
- Richmond J. B., Hersher L., Stern G.*: A retrospective study of the effects of infant experiences on the development of psychological disorders in childhood (výťah přednášky) Amer. J. Dis. Child. 100 : 775, 1960.
- Ripin R.*: A study of the infant's feeding reaction during the first six months of life. Arch. Psychol. 116 : 38, 1930.
- Robertson J.*: Filmy: 1. A Two-years-old goes to hospital. 2. Going to hospital with mother. ✓
- Robertson J.*: Die Verlust mütterlicher Fürsorge in früher Kindheit und einige Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit, Z. ärztl. Fortbild. 51 : 899—903, 1957.

- Robertson J.*: Young children in hospital. Tavistoc Publ., London 1958.
- Robertson J., Bowlby J.*: Responses of young children to separation from their mothers. II. Observations of the sequences of response of children aged 18-to 24-months during the course of separation. *Courrier* 2 : 131—140, 1952.
- Robertson M. H., Martin R. C.*: Sensory deprivation and its relation to projection. *J. cons. Psychol.* 25 : 274, 1961.
- Rose J.*: The evidence for a syndrome of »mothering disability« consequent to threats to the survival of neonates. *Amer. J. Dis. Child.* 100 : 776, 1960 (referát).
- Rose J. A., Sonis M.*: The use of separation as a diagnostic measure in the parent-child emotional crisis. *Amer. J. Psychiat.* 116 : 409—415, 1959.
- Rosenbaum G., Dobie S. I., Cohen B. D.*: Visual cognitive thresholds following sensory deprivation. *Amer. J. Psychol.* 72 : 429—433, 1959.
- Rosenzweig N.*: Sensory deprivation and schizophrenia: some clinical and theoretical similarities. *Amer. J. Psychiat.* 116 : 326—329, 1959.
- Rosenzweig S.*: An outline of frustration theory. V — Personality and the behavior disorders. J. McV. Hunt, New York 1945 (I., str. 379—388).
- Roubíček J.*: Experimentální psychosy. Praha 1961.
- Roudinesco J., Appel G.*: Les répercussions de la stabulation hospitalière sur le développement psycho-moteur des jeunes enfants. *Sem. Hôp. Paris* 1950 : 2271 až 2273.
- Roudinesco J., David M.*: Peut-on atténuer les effets nocifs de la séparation chez des enfants placés en institutions? *Courrier* 2 : 255—266, 1952.
- Roudinesco J., David M., Nicolas J.*: Responses of young children to separation from their mothers. I. Observation of children aged 12 to 17 months recently separated from their families and living in an institution. *Courrier* II: 2 : 66—78, 1952.
- Ruben M.*: Kriminalität als Abwehr gegen Objekt- und Realitätsverlust. *Prax. Kinderpsychol.* 9 : 193—201, 1960.
- Rubenstein B. O., Falick M. L., Levitt M., Ekstein R.*: Learning impotence: A suggested diagnostic category. *Amer. J. Orthopsychiat.* 29 : 315, 1959.
- Rubinštejn S. L.*: Bytí a vědomí. SPN, Praha 1961.
- Rudder B. de.*: Das heutige Kind in seiner Welt. *Wien. med. Wschr.* 1956, str. 954—957.
- Rusk H. A., Taylor E. J.*: Team approach in rehabilitation and the psychologist's role. *Psychological aspects of physical disability.* Washington 1952, 1—7.
- Říhová-Kunová J.*: Cikánské děti ve zvláštní škole. *Nápravná pedagogika* 25 : 187, 1949.
- Salfied D. J.*: Reflections on therapeutic separation of children from home. *Z. Kinderpsychiat.* 23 : 165—175, 1956.
- Sand E. A.*: L'hospitalisme. *Arch. belges Med. soc.* 3 : 77—101, 1954.
- Sand E. A.*: Le retentissement des séjours prolongés en institution sur le développement psychologique des enfants. *Acta paediat. belg.* 11 : 235—247, 1957.
- Sand E. A.*: La guidance infantile. *Acta neurol. belg.* 9 : 794—810, 1960.
- Seitz P. F. D.*: The effects of infantile experiences upon adult behavior in animal subjects. *Amer. J. Psychiat.* 110 : 916—927, 1954.

- Selander P.*: Some hospitalization problems from the point of view of the mother. Svenska-läk.-Tidn. 51 : 2361, 1954.
- Seleye H.*: Experimental evidence supporting the concept of »adaptation energy«. Amer. J. Physiol. 123 : 758—765, 1938.
- Semotán J.*: Význam duševní hygieny v astronautice. Čs. Psychiat. 57 : 61—69, 1961.
- Shands H. C.*: Adaptation and information in psychiatry. J. nerv. ment. Dis. 128 : 204—213, 1959.
- Shirley H. F.*: Emotional and behavior problems in children. Summary of a round table discussion. Pediatrics 26 : 700—714, 1960.
- Shurley J. T.*: Profound experimental sensory isolation. Amer. J. Psychiat. 117 : 539—545, 1960.
- Schaffer H. R.*: Objective observations of personality development in early infancy. Brit. J. med. Psychol. 31 : 174—183, 1958.
- Schaffer H. R., Callender W. M.*: Psychologic effects of hospitalization in infancy. Pediatrics 24 : 528—539, 1959.
- Schain R. J., Yannet H.*: Infantile autism. J. Pediat. 57 : 560—567, 1960.
- Schechter M. D.*: Observations on adopted children. Arch. gen. Psychiat. 3 : 21—32, 1960.
- Schipper Martha T.*: The child with mongolism in the home. Pediatrics 24 : 132—144, 1959.
- Schlossman A.*: Zur Frage der Säuglingssterblichkeit. Münch. med. Wschr. 67, 1920.
- Schlossman Erna Eckstein*: Zur Frage des Hospitalismus in Säuglingsanstalten. Z. Kinderheilk. 46, 1926.
- Schmaderer M.*: Entstehen für das Kind bei der Trennung vom Elternhaus seelische Schäden? Ärztl. Wschr. 11 : 419—423, 1956.
- Schmidt-Kolmer Eva*: Beobachtungen über die typische ontogenetische Entwicklung. Dtsch. Gesundh.-Wes. 1955.
- Schmidt-Kolmer Eva*: Einiges aus der Forschungsarbeit und Praxis auf dem Gebiet der Ontogenese sowie der Hygiene des Kindes- und Jugendalters in der Sowietunion. Z. ärztl. Fortbild. 51 : 697—700, 1957.
- Schmidt-Kolmer Eva*: Erscheinungen des psychischen Hospitalismus und ihre Verhütung. Z. ärztl. Fortbild. 51 : 895—899, 1957.
- Schmidt-Kolmer Eva*: Erscheinungsformen des psychischen Hospitalismus in den ersten Lebensjahren und ihre Bekämpfung. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 11 : 239—245, 1959.
- Schneersohn F.*: Einsamkeit und Langweile als psychopathische Faktoren. Z. Kinderpsychiat. 5 : 136—143, 173—178, 1939.
- Schneersohn F.*: Das Spielalter und seine Bedeutung in der Kinderpsychopathologie. Z. Kinderpsychiat. 17 : 65—74, 1950.
- Schneider K. M.*: Mutterliebe bei Tieren. A. Ziemsen, Wittenberg Lutherstadt 1956.
- Schumm P.*: Die Jugendkriminalität. Probleme im Spiegel der Literatur von 1956 bis 1959. Neurologie-Psychiatrie 28 : 521—555, 1960.
- Schwarzmann-Sprung Julia*: Das Kinderspital als Stätte der Erziehung. Z. Kinderpsychiat. 10 : 129—139, 1944.
- Silvermann A. J., Cohen S. J., Schmavonian B. M., Greenberg G.*: Psychophysio-

- logical investigations in sensory deprivation. The body-field dimension. *Psychosom. Med.* 23 : 48—62, 1961.
- Silvermann J. S., Fite Margareta W., Mosher Margaret M.*: Clinical finding in reading disability children- special cases of intellectual inhibition. *Amer. J. Orthopsychiat.* 29 : 298, 1959.
- Skeels H. M., Updegraff R., Wellman B. L., Williams H. M.*: A study of environmental stimulation; an orphanage preschool project. *University of Iowa Studies in Child Welfare* 15, č. 4, 1938.
- Skeels H. M.*: Mental development of children in foster homes. *J. cons. Psychol.* 2 : 33—43, 1938.
- Skeels H. M.*: Some Iowa studies of the mental growth of children in relation to differentials of the environment: a summary 39th Yearbook. *National Society for the Study of Education II*, 1940, 281—308.
- Sklarew B. H.*: The relationship of early separation from parents to differences in adjustment in adolescent boys and girls. *Psychiat.* 22 : 399—405, 1959.
- Skodak Marie, Skeels H. M.*: A final follow-up study of one hundred adopted children. *J. gen. Psychol.* 75 : 85—125, 1949.
- Skodak Maria*: Children in Foster Homes. *University of Iowa Studies in Child Welfare* 16. 1. 1939.
- Skorochoďová O. I.*: Můj svět bez zvuků a světél. Praha 1960.
- Smallpeice V.*: Children as day patients. *Lancet II*, 1366—1367, 1959.
- Smržová A.*: Výchova dětí v dětských domovech. Ve sborníku *Problémy psychiatrie v praxi a ve výzkumu*, Praha 1957, str. 164—169.
- Soddy K.*: Mental health and the upbringing of small children. *Anotace. Lancet II* : 671, 1955.
- Solnit A. J.*: Hospitalization. *Amer. J. Dis. Child.* 99 : 155—163, 1960.
- Solomon P., Leiderman H., Mendelson J., Wexler D.*: Sensory deprivation: a review. *Amer. J. Psychiat.* 114 : 357—363, 1957.
- Speck S.*: Kinder erwerbstätiger Mütter. Stuttgart 1956.
- Spitz R. A.*: Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood (preliminary report). *Psychoanal. Study. Child* 1 : 53—74, 1945.
- Spitz R. A.*: Hospitalism: a follow-up report. *Psychoanal. Study. Child* 2 : 113—117, 1946.
- Spitz R. A., Wolf Katherine M.*: Anaclitic depression. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early infancy II. *Psychoanal. Stud. Child.* 2 : 313 1946.
- Spitz R. A.*: The smiling response: a contribution to the ontogenesis of social relations. *Genet. Psychol. Monogr.* 34 : 57—125, 1946.
- Spitz R. A., Wolf Katherine M.*: Autoerotism — Some empirical findings and hypotheses on three of its manifestations in the first year of life. *Psychoanal. Stud. Child.* III/IV : 85—120, 1949.
- Spitz R. A.*: Reply to dr. Pinneau. *Psychol. Bull.* 52 : 453—459, 1955.
- Spitz R. A.*: La première année de la vie de l'enfant. *Genèse des premières relations objectales.* Paris 1958.
- Spitz R. A.*: Experiments in the United States on the consequences of affect deprivation and stimulus deprivation in animal and man. *Criança port.* 17 : 1958 (no 1).
- Spitz R. A.*: Yes and No. New York.

- Spitz R. A.: A genetic field theory of ego formation. New York 1960.
- Spitz R. A.: Filmy: 1. Grief, 2. Genesis of emotion, 3. Mother-child relationship.
- Srb V., Kučera M.: Výzkum o rodičovství 1956. Praha 1959.
- Srp L.: Reakce dětí na nemocniční prostředí. *Pediat. Listy* 8 : 290—292, 1953.
- Srp L.: Psychologie lékařského ošetřování dětí. Praha 1961.
- Státní populační komise v roce 1960. Zprávy »Demografie« 1 : 76—78, 1961.
- Stavěl J.: Hlad. Příspěvek k analýze pudu. Bratislava 1937.
- Stein A.: Resistance to psychological prophylaxis in hospital pediatrics. *J. Pediat.* 55 : 497—503, 1959.
- Stern E.: Präschizophrene Zustände. *Prax. Kinderpsychol.* 5 : 273—284, 1956.
- Stern W.: Psychologie der frühen Kindheit. Leipzig 1928.
- Stoddard G. D.: Intellectual development of the child: an answer to the critics of the Iowa studies. *School and Society* 51 : 529—536, 1940.
- Stone F. H.: A critical review of a current program of research into mother-child relationship. V - Emotional problems of early childhood. G. Caplan, New York 1956.
- Stone J.: A critique of studies of infant isolation. (Presidential address.) *Child Develop.* 25 : 9—20, 1954.
- Ströder J., Geisler Erika: Das Kind im Krankenhaus. *Arch. Kinderheil.* 154 : 216—238, 1957.
- Suchánková V.: Diskusní příspěvek. Ve sborníku První celostátní konference o předškolní výchově, Praha 1958.
- Sutter J. M.: Conséquences éloignées des émotions de guerre chez les enfants. *Pédiatrie* 41 : 345, 1952.
- Symonds Hedy: The emotional development of children. *Lancet* II : 814—816, 1955.
- Symposium on sensory deprivation. Harvard Medical School, Boston, VI, 1958. (Referát v časopise.) *Science* 129 : 221—223, 1959.
- Szurek S. A.: Psychotic episodes and psychotic maldevelopment. *Amer. J. Orthopsychiat.* 26 : 519—543, 1956.
- Ščelovanov N. M., Aksarinová N. M.: Výchova dětí útlého věku v dětských ústavech. Praha 1952.
- Stampach F.: Výchova zábranná a nápravná. *Nápravná pedagogika* 25 : 97—105, 1949.
- Stejgerle L. a kol.: Výchova v dětských domovech pro děti školního věku. Praha 1955.
- Štolová O.: Některé problémy pediatrie v SSSR. *Čs. Pediat.* 12 : 1040, 1957.
- Štolová O., Kubát K.: Koncepce zdravotní péče o dítě. Přednáška na schůzi *Čs. pediat. spol.* 17. 11. 1961.
- Švancar Z. a kol.: Úkoly sociálně právní ochrany mládeže. SPN, Praha 1959.
- Švancara J.: Dynamik der psychischen Konflikte des Kindesalters (v tisku).
- Švarcová H.: Společenská funkce rodiny v socialismu. *Nová mysl* 446—457, 1961.
- Švejcar J.: Biologické základy výchovy dítěte a otázka vlivu matky v jeho duševním vývoji. Přednáška na věd. schůzi *Čs. pediat. spol.* 17. 2. 1961.
- Švejcar J.: Biologie a psychologie v pediatrii. *Čs. Pediat.* 17 : 585—587, 1962.
- Švejcar J., Trnka V., Koch J., Brunecký Z.: Problémy výchovy dítěte. *Čs. Pediat.* 10 : 180—185, 1955.

- Tamborini A.*: Die Situation des Kindes und Jugendlichen in Heimen aus psychologischer und soziologischer Sicht. *Prax. Kinderpsychol.* 9 : 17—21, 1960.
- Tardy V.*: Duševní vývoj dítěte. Praha 1953.
- Tardy V.*: Činitelé duševního vývoje dítěte. *Čs. Pediat.* 10 : 709—712, 1955.
- Tardy V.*: O některých metodologických a ideologických otázkách psychologie. Přednáška na I. sjezdu čs. psychologů Praha 14.—16. 12. 1961.
- Tautermanová M.*: Hospitalizace dítěte a poruchy z ní plynoucí v poměru k matce. Přednáška na věd. schůzi Čs. pediat. spol. 17. 2. 1961.
- Taylor G. R.*: Probleme und Ergebnisse der Verhaltensphysiologie. Das ärztliche Panorama XII, 1961, 12.
- Teyschl O.*: Duševní vývoj a výchova novorozenců, kojenců a starších dětí. SZdN, Praha 1950.
- Teyschl O.*: Duševní výchova novorozence. *Čs. Pediat.* 10 : 186—190, 1955.
- Tezner O.*: Zur Frage der Kinderheime. *Ann. paediat. (Basel)* 186 : 189—209, 1956.
- Thevenier-Denis M.*: Troubles psychosomatiques du jeune enfant séparé de sa mère. *Pédiatrie* 11 : 610—612, 1956.
- Thompson W. R., Heron W.*: The effects of early restriction on activity in dogs. *J. comp. physiol. Psychol.* 47 : 77—82, 1954.
- Thompson W. R., Melzack R., Scott T. H.*: »Whirling« behavior in dogs as related to early experience. *Science* 123 : 939, 1956.
- Thysell T.*: About adoption. *Courier* 2 : 377—384, 1952.
- Tichajeva E. I.*: Razvitije reči doškolníka. Učpedgiz, Moskva 1948.
- Tizard J.*: The residential care of mentally handicapped children. *Brit. med. J.* 1 : 1041.
- Törnudd Margit*: Värnlosa Barn i samhällets vard. (Deprived children in public care.) Helsingfors 1956.
- Tramer M.*: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. 3. vyd. Basel 1949.
- Tramer M.*: Eventualadoption. *Acta paedopsychiat.* 28 : 81—91, 1961.
- Trnka V.*: Sociální vztahy dětí z rozvedených manželství. Přednáška v Čs. pediat. spol. 17. 2. 1961.
- Trnka V.*: Zaměstnávání dětí jako součást léčby a výchovy. Praha 1957.
- Trnka V. a kol.*: Vyučování nemocných dětí. SPN, Praha 1948.
- Tudor-Hart Beatrix*: Die Bedeutung der sensorischen Reize und der Sinnestätigkeit für die Erfahrung. *Z. ärztl. Fortbild.* 51 : 937—940, 1957.
- Ústavní a ochranná výchova dětí a mládeže (red. *F. Ludvík a kol.*), SPN, Praha 1958.
- Vacková M.*: Práce v dětském domově. *Předškolní výchova* 12 : 407—411, 1958.
- Válková Z.*: Nový způsob vyšetřování rodinných vztahů dítěte. *Čs. Psychiat.* 55 : 254—263, 1959.
- Válková Z.*: Osoba matky v testu rodinných vztahů. Přednáška v Čs. pediat. spol. 17. 2. 1961.
- Vančurová E.*: Psychologie předškolního dítěte a jeho výchova v rodině. Praha 1960.
- Vančurová E.*: Adaptace dětí v celotýdenní mateřské škole. Přednáška v Čs. pediat. spol. 17. 2. 1961.
- Vančurová E.*: Příspěvek k otázkám metodického přístupu k psychologické proble-

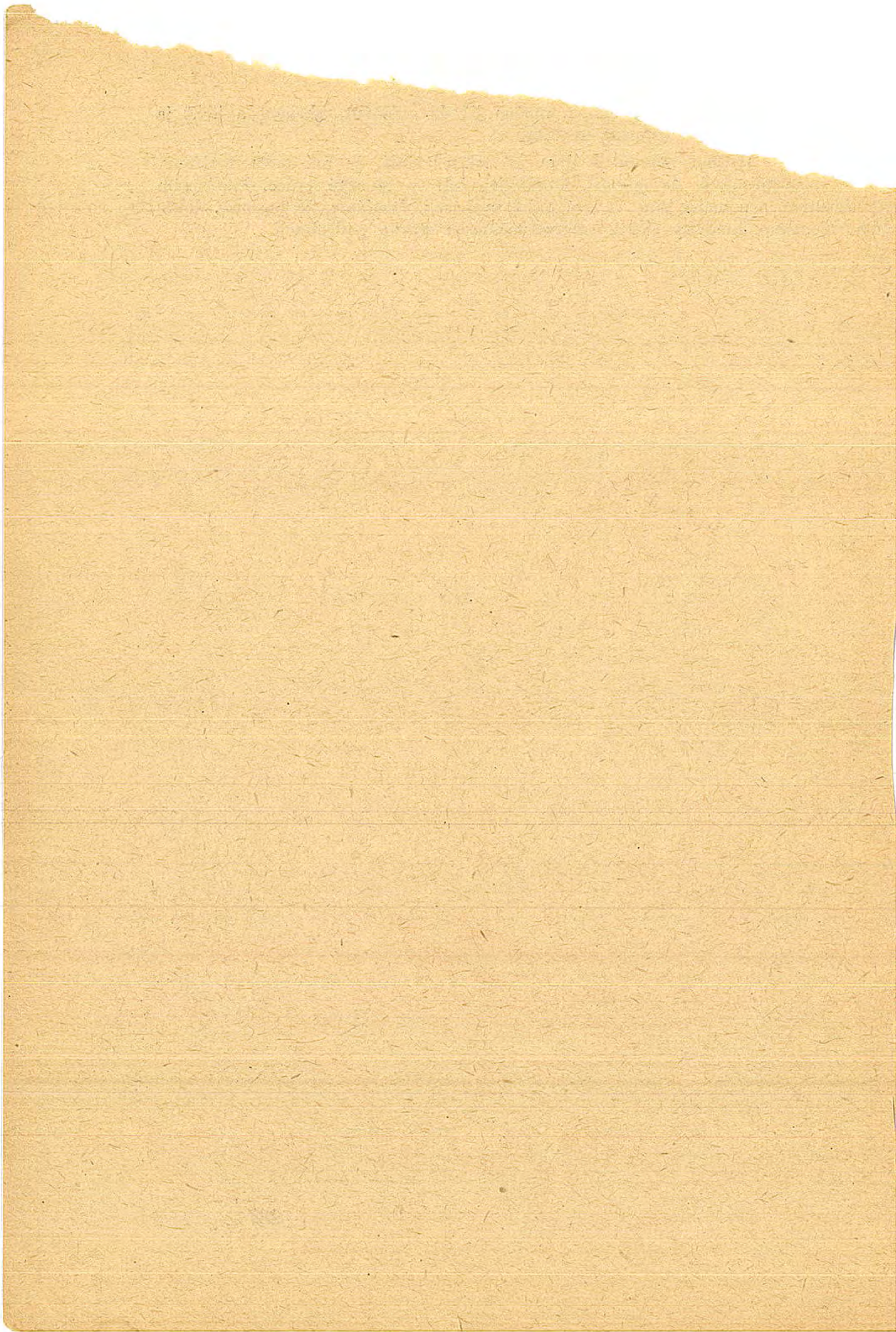
- matice v kolektivních dětských výchovných zařízeních. Přednáška na I. sjezdu  
 čs. psychologů, Praha 14.—16. 12. 1961.
- Vaňouček O.*: Problém zájmového přesycení v dětských zařízeních. *Čs. Pediat.*  
 14 : 530—540, 1959.
- Vaňouček O.*: Osobnost jeselských sester. Referát na II. pracovní konferenci čs.  
 psychologů, Praha 1959.
- Velimirovič B.*: Úvahy na předpokoji. *Čs. Pediat.* 14 : 659—661, 1959.
- Vernon J., Hoffman J.*: Effects of sensory deprivation on learning rate in human  
 beings. *Science* 123 : 1074—1075, 1956.
- Vernon J. A., McGill T. E.*: The effect of sensory deprivation upon rote learning.  
*Amer. J. Psychol.* 70 : 637—639, 1957.
- Vernon J. A., McGill T. E., Schiffman H.*: Visual hallucination during perceptual  
 isolation. *Canadian. J. Psychol.* 12 : 31—34, 1958.
- Vernon J. A., McGill T. E., Gulick W. L., Candland D. K.*: Effect of sensory  
 deprivation on some perceptual and motor skills. *Perceptual and Motor Skills*  
 9 : 91—97, 1959.
- Vernon J., Marton T., Peterson E.*: Sensory deprivation and hallucinations. *Science*  
 133 : 1008—1812, 1961.
- Veselkova K. P.*: Fyzické rozvíjení dětí v jaslach. *Pediatrica* 40 : 64—69, 1957.
- Višová M.*: Hodnocení práce jeslí. *Pediat. Listy* 8 : 90—93, 1953.
- Vodák P., Šulc A.*: Školní fobie a záškoláctví. *Čs. Psychiat.* 56 : 109—117, 1960.
- Vojtík V.*: K otázce hospitalismu v dětských kolektivních zařízeních. *Čs. Pediat.*  
 11 : 309—311, 1956.
- Vosburg R. L., Fraser N. G., Guehl J. J.*: Sensory deprivation and image forma-  
 tion. *Psychiatric Communications* 2 : 157—170, 1959.
- Vosburg R., Fraser N., Guehl J.*: Imagery sequence in sensory deprivation. *Arch.*  
*gen. Psychiat.* 2 : 356—357, 1960.
- Vrzal V., Klobouková E.*: Příspěvek k dynamice maladaptálního procesu v pro-  
 středí dětského domova. Přednáška na Pediatrických dnech v Brně, květen 1961.
- Vyhnálek J., Mores A.*: Návštěvy na dětském oddělení. *Čs. Pediat.* 12 : 23—27,  
 1957.
- Vyhnálek J., Šafaříková-Voltnerová G.*: Naše zkušenosti s návštěvami na dětské kli-  
 nice v Olomouci. *Zdravotnická pracovnice* 8 : 111—112, 1958.
- Waal Nic*: A special technique of psychotherapy with an autistic child. V —  
 Emotional problems in childhood. G. Caplan, New York 1952 (str. 431—449).
- Waele J. P. de*: Zur Frage der empirischen Bestätigung psychoanalytischer Grund-  
annahmen. *Z. Psychol.* 165 : 90—138, 1961.
- Wagner M.*: Beiträge zur Philosophischen Anthropologie und den damit verwandten  
 Wissenschaften. Band I. Wien 1794.
- Wallgren A.*: Kinder im Krankenhaus. *Z. Kinderheilk.* 76 : 417—425, 1955.
- Wallgren A.*: Children in hospital. *J. Pediat.* 46 : 458—472, 1955.
- Wallon H.*: De l'acte à la pensée. Paris 1942.
- Wallon H.*: Le problème des stades en psychologie de l'enfant. Paris 1956.
- Walter G.*: The living brain. London 1955.
- Wase A. W., Christensen J.*: Stimulus deprivation and phospholipid metabolism in  
 cerebral tissue. *Arch. gen. Psychiat.* 2 : 171—173, 1960.
- Weidemann J.*: Das Kind im Heim. *Z. Kinderpsychiat.* 26 : 1—10, 1959.

- Weidemann J.*: Heimkind und Heimmilieu. *Z. Kinderpsychiat.* 26 : 77—86, 1959.
- Weidemann J.*: Das »Sozialbild« des Anstaltskindes. Untersuchungen zur sozialen Entwicklung des heimasyltierten Kleinkindes. *Prax. Kinderpsychol.* 9 : 137—140, 1960.
- Weiss-Nägel A. (Jurovský)*: Utváranie osobnosti dieťaťa. Bratislava 1939.
- Wheeler W. M.*: Psychodiagnostic assessments of a child after prolonged separation in early childhood. II. *Brit. J. med. Psychol.* 29 : 248—257, 1956.
- Williams D. H.*: Management of atopic dermatitis in children: control of maternal rejection factor. *Arch. Derm. Syph. (Chic.)* 63 : 545, 1951.
- Williams Jessie M.*: Children who break down in foster homes. *J. Child Psychol.* 1 : 5—20, 1961.
- Winnicott D. W.*: String. *J. Child Psychol.* 1 : 49—52, 1960.
- Wissler H., Flammer I., Pfister M., Zangger K.*: Zur Frage der Hospitalisationschäden bei Kleinkindern. *Helv. paediat. Acta* 9 : 317—322, 1954.
- Witmer Helen L. (ed.)*: Pediatrics and the emotional needs of the child. New York 1948.
- Wolf E.*: Interpersonální vztahy v reflexologickém pojetí — integrovaný přístup. *Čs. Psychiat.* 56 : 145—152, 1960.
- Wolf K. M.*: Evacuation of children in wartime. *Psychoanal. Stud. Child* I : 389 až 404, 1945.
- Wolfenstein Martha*: Trends in infant care. *Amer. J. Orthopsychiat.* 23 : 120—130, 1953.
- Wolffheim Nelly*: Kinder aus Konzentrationslagern. Mitteilungen über die Nachwirkungen des KZ-Aufenthaltes auf Kinder und Jugendliche. *Prax. Kinderpsychol.* 7 : 302—312, 1958, 8 : 20—27, 59—71, 1959.
- Wolley Helen T.*: A study of the experience of a nursery school in training a child adopted from an institution. London 1930 (citováno podle I. Gindlové).
- Woodward Katherine F., Siegel Miriam G., Eustis Marjorie J.*: Psychiatric study of mentally retarded children of preschool age: report on first and second years of a three-year project. *Amer. J. Orthopsychiat.* 28 : 376—393, 1958.
- Woodward Mary*: The behaviour of idiots interpreted by Piaget's theory of sensori-motor development. *Brit. J. Educ. Psychol.* 29 : 60—71, 1959.
- Woodward Mary*: Early experiences and later social responses of severely subnormal children. *Brit. J. med. Psychol.* 33 : 123—132, 1960.
- Woolf M.*: Gemeinschaftserziehung und Kindergesellschaft. *Acta paedopsychiat.* 27 : 170—174, 1960.
- Wooton Barbara*: Social science and social pathology. Kap. 4 »Theories of the effects of maternal separation or deprivation«, str. 136. London 1959.
- Wulfften Palthe P. M.*: Sensory and motory deprivation as a psychopathological stress. *Aeromed. Acta (Soesterberg)* 6 : 155—168, 1958.
- Ylppö A., Hallman N., Landtman B., Piipari R.*: Effects of short time hospitalization on the behavior and some somatic functions of children. *Ann. Paediat. Fenn.* 2, suppl. 8, 3—24, 1956.
- Zingg R. M.*: Feral man and extreme cases of isolation. *Amer. J. Psychol.* 53 : 487 až 517, 1940.
- Ziskind E.*: Isolation stress in medical and mental illness. *J. Amer. med. Ass.* 168 : 1427—1431, 1958.

... možno již do seznamu zahrnout a jichž je  
dispozici u autorů.

danému tématu je dnes již tak rozsáhlá, že ani tento rozšířený  
nečiní nárok na úplnost. Obsahuje však ty závažné práce, které nám  
byly dostupné a z nichž jsme ve své práci vycházeli. Doufáme, že poslouží dobře  
i těm zájemcům, kteří by chtěli studovat některou otázku podrobněji.

---



## JMENNÝ REJSTŘÍK

---

- Adam R. 109  
Adams H. B. 164  
Aichhorn A. 217  
Ainsworthová M. 23  
Ajuriaguerra J. 179  
Aksarinová N. M. 49, 234  
Albino R. C. 141  
Allen F. H. 191  
Alpert A. 216  
Amatruda C. S. 15  
Anthony E. J. 205  
Appell G. 21  
Asher E. J. 107  
Asperger M. 113  
Aubry J. 23, 44, 75, 83, 174, 179, 189, 216  
Aujaleu E. 241, 243  
Azima H. 163—165, 177, 215
- Baer D. M. 166  
Bakwin H. 14, 15, 45, 49, 85—87, 114, 128, 138, 167  
Barnes T. C. 153  
Barnett S. A. 184, 186, 189  
Baruch D. W. 180  
Bayroff A. G. 152  
Beach F. A. 12  
Bečvářová T. 225, 236  
Beley P. 137  
Bender L. 21, 208  
Bene E. 205  
Benedict R. 140, 142, 143  
Bennholdt-Thomsen C. 109  
Beres D. 12, 47, 67, 174, 208  
Berg M. 21, 69  
Bernstein L. 156, 184  
Bertoye P. 49, 84, 211, 241  
Bettelheim B. 214  
Bexton W. H. 159  
Birch H. G. 189  
Blauvert H. 156  
Blažková E. 74  
Blumenbach 27  
Bollea G. 94, 104, 169  
Bombard A. 158  
Bossio V. 48, 205
- Bowlby J. 7, 11, 12, 20—23, 43, 44, 46—48, 67—69, 76, 83, 85, 91, 94, 167, 174, 182, 186, 188, 190, 195, 205, 208, 225, 230, 237, 240, 252, 254  
Braestrup A. 102  
Brask B. H. 203  
Brattgård S. O. 152  
Brennemann J. 34  
Brodie F. H. 128  
Bromage P. R. 164  
Brunecký Z. 74  
Bruner J. S. 165, 194  
Brunet O. 199  
Brüning H. 28  
Bühler Ch. 10, 23, 35, 48, 183, 199  
Burbury W. M. 117  
Burlingham D. T. 10, 21, 46, 90  
Burns E. D. 164  
Burt C. 10, 118  
Butler R. A. 12, 151, 165, 183  
Byrd R. 158
- Callender W. M. 86  
Campbell B. A. 191  
Caplan G. 49, 50, 94  
Carey-Trefzer C. J. 21, 117  
Cattell P. 23, 40  
Centerwall S. A. 139  
Clark B. 158  
Clarke A. D. B. 16, 31, 33, 44, 47, 94, 95, 106, 107, 198, 208  
Clarke A. M. 16, 31, 33, 47, 94, 95, 106, 198, 208  
Cohen B. B. 21, 69  
Cohen B. D. 162, 163, 165  
Coleman R. V. 94, 112  
Curman 254  
Czerny A. 34
- Čapek K. 150
- Damborská M. 20, 52, 53, 58, 74, 86, 90, 91, 138, 176, 240, 242, 245  
Dann S. 120  
Dasmann R. F. 157  
David M. 20, 75  
Davis D. E. 157

- Davis J. M. 162, 165, 173  
 Davis K. 31  
 Dean R. F. A. 179  
 Deisher R. H. 139  
 Despert L. 104  
 Destunis G. 97, 167  
 Dicks 69  
 Doane B. K. 159  
 Dobie S. I. 165  
 Dobrejcer V. I. 90  
 Dolejší M. 21, 96  
 Douglas J. W. B. 70  
 Draucoulides N. N. 109  
 Dubois R. 196, 209, 210  
 Dubo S. 180  
 Duffy 192  
 Dürssen A. 45  
 Du Pan P. M. 12, 48, 235, 241  
 Durfee H. 35  
  
 Edelston H. 11, 69, 71  
 Edwards A. S. 107  
 Eisenberg L. 115, 178, 209  
 Elmer E. 114  
 Epstein A. 13, 34  
 Erikson E. H. 140  
 Eriksson Z. 35  
 Ervin 184  
 Eveloff H. H. 203  
  
 Faigin H. 50  
 Farrell M. J. 139, 238  
 Fiala V. 114  
 Fillmore E. A. 107  
 Finkelstein H. 130  
 Fischer L. K. 40, 58, 176  
 Flavigny H. 147  
 Foley J. M. 131, 160  
 Franceschetti A. 129  
 François C. 120, 124, 125, 175, 212  
 Freedman S. J. 161  
 French J. D. 12  
 Freud A. 10, 21, 46, 90, 120  
 Freud S. 181, 195  
 Fried R. 179  
 Friedemann A. 171, 214  
 Fröbel F. 194  
  
 Geber M. 179  
 Geisler E. 15, 84  
 Gelinier-Ortignes M. C. 189, 209, 216  
 Gesell A. L. 15, 23, 28, 30, 40, 48, 52,  
 60, 167, 170, 199, 209  
 Gewirtz J. L. 12, 166, 174, 192  
 Gibby R. G. 164  
  
 Gindl I. 21, 36  
 Glaser K. 49, 50, 115  
 Gmeiner H. 243  
 Golam S. 49  
 Goldberger L. 161  
 Goldfarb W. 10, 11, 21, 41—43, 46, 47,  
 67, 93, 131, 167, 174, 175, 204, 208  
 Goldstein K. 114  
 Goodman L. 152  
 Goodson J. E. 161  
 Gordon H. 107  
 Graybiel A. 158  
 Greenblatt M. 161  
 Gregory I. 96  
 Greil A. 30  
 Grunebaum H. U. 161  
  
 Hadfield 69  
 Harbauer H. 83  
 Haris A. 163  
 Harlow F. H. 187, 188, 192  
 Harnack G. A. 20, 84, 109  
 Hausam L. 85  
 Hauss K. 100  
 Hebb D. O. 12, 16, 17, 149, 159, 160,  
 162, 163, 173, 175, 185, 194, 215  
 Heinicke C. M. 91  
 Hejlová E. 120  
 Hepnerová J. 228  
 Herder J. G. 26  
 Herodotos 26  
 Heron W. 149, 159  
 Hersher L. 73, 156, 208  
 Hersov L. A. 105  
 Hesse G. 99  
 Hetzer H. 10, 21, 35, 36, 107, 108, 199  
 Heuyer G. 16, 133, 206  
 Hicklin M. 212  
 Holt K. S. 89  
 Holt R. R. 161  
 Holway A. R. 147  
 Howells J. G. 70, 231  
 Hull C. L. 41  
 Hutton J. H. 30  
 Hymovitch B. J. 149  
  
 Chapanis A. 107  
 Chapin H. D. 34  
 Christensen J. 153  
 Christian J. J. 157  
  
 Ibrahim J. 15, 34  
 Illingworth R. S. 89  
 Isaacs S. 10, 118  
 Itard J. M. G. 27

Jackson L. 205  
Janele J. 232  
Janota O. 161  
Jaynes J. 193  
Jelínek J. 150  
Jetel M. 228  
Jones B. 161  
Jones L. 107  
Jonsson C. O. 214  
Jurčová M. 21, 52, 232, 240

Kaila 92  
Kanner L. 114, 203  
Kellogg W. N. 30  
Kellogg L. A. 30  
Kempe C. H. 114  
Kern A. 58  
Kestenberg J. 149, 215  
King J. A. 12  
Kipling R. 28  
Klackenberg G. 12, 49, 67, 74, 241  
Kluska V. 172, 249  
Kniese 37  
Knobloch H. 23  
Koehler O. 30  
Koch J. 53, 54, 199, 220, 232, 240, 244  
Kochová H. 232, 240  
Kolaříková O. 55  
Kol'cova M. M. 67, 190  
Komenský J. A. 26, 147  
Konias V. 21, 96, 185, 191  
Köttgen H. U. 15, 45  
Kraus O. 45  
Krech D. 153  
Křeček J. 150, 184  
Kubička L. 109  
Kučera O. 132, 257, 258  
Kulka E. 45  
Kurland M. L. 177  
Kurz J. 129

Landmark J. 191  
Langford W. S. 112, 217  
Langmeier J. 20, 21, 87, 88, 96, 133, 202, 211  
Layng J. 70, 231  
Leiderman H. 127, 161  
Lesák J. 256  
Leschanowsky H. 196, 209, 211  
Levine E. S. 131  
Levy D. M. 21, 208  
Levy E. Z. 161, 162, 176  
Lewis H. 12, 17, 23, 47, 94, 106, 111

Lewis S. R. 208  
Lezine I. 199  
Lhoták J. 133  
Ličko L. 132  
Liddell H. S. 12, 155, 188  
Lightwood R. 248  
Lilly J. C. 156, 160, 161, 162  
Linhart J. 186  
Linné C. 26  
Livius T. 26  
Loginov A. A. 49, 90  
Loosli-Usteri M. 121  
Lorenz K. 183, 193  
Lowenfeld B. 128  
Lowie R. H. 142  
Lowrey L. G. 14, 41, 167, 210  
Lurija A. R. 58, 67, 190, 200

Magoun H. W. 12, 164  
Main T. F. 249  
Majorov F. P. 149  
Makarenko A. S. 147, 217, 241  
Malinowski B. 140  
Malmo B. 191, 192  
Matějček Z. 35, 59—64, 199  
Mayer M. F. 179  
Mayer 35  
McCord W. 104  
McNemar Q. 46  
Mead M. 140  
Mečíř M. 90, 91, 232, 235  
Meierhofer M. 44, 117  
Meili R. 171  
Melzack R. 149, 163  
Mendelson J. H. 130, 131, 160  
Merrill M. A. 41, 199  
Mészárošová O. 21, 52, 232, 240  
Mierke K. 31  
Michaux L. 100, 147  
Mikešová M. 80  
Miller H. 180  
Milotová J. 172, 249  
Moltz H. 12, 188, 194  
Montgomery K. C. 152  
Mores A. 88, 247  
Mormone 45  
Moruzzi G. 164  
Mullin Ch. S. 158  
Müller K. 129  
Müller-Hegemann D. 126, 130  
Murphy G. 18

Nepustil B. 228  
Nesnidalová R. 114

- Netchine G. 137  
 Nicolas J. 20, 75  
 Nikolskaja A. B. 90, 235  
 Nissen H. W. 150  
 Nitschke A. 15, 45, 86, 112, 138, 167,  
 210, 235, 239  
 Nohejlová-Vokounová L. 51  
 Norris M. 128  
 Nováková M. 58, 59, 91, 176, 199, 231,  
 232, 235  
 Nováková V. 150  
 Numberg 30  
  
 Obers J. 12, 47, 67, 174, 208  
 Oberschelp M. 20, 84  
 Oswald I. 69  
  
 Papez J. W. 12  
 Parrot G. 34  
 Pavlov I. P. 181, 246  
 Peiper A. 9, 30, 31, 129  
 Penfield W. 12  
 Petrie A. 163, 171  
 Pevná L. 51  
 Pfaundler V. 14, 15, 34  
 Piaget J. 92, 168, 170  
 Pies H. 31  
 Pinneau S. R. 22, 23, 40  
 Pinel Ph. 27  
 Portmann A. 30  
 Pringle M. L. K. 48, 172, 205  
 Prošek V. 35  
 Provence S. 112  
 Prugh D. G. 20, 89  
  
 Rabin A. 49, 50  
 Raboch J. 177  
 Rank B. 203  
 Rapaport D. 49  
 Rauber A. 27, 33  
 Raudnitz W. 130  
 Raven J. C. 205  
 Reiman S. 106  
 Reyniers 184  
 Ribble M. A. 211  
 Riesen A. H. 152  
 Richmond J. 73, 208  
 Richter 191  
 Ritter K. 158  
 Robertson J. 20, 76, 83, 91, 208  
 Rorschach H. 41, 131, 204, 205  
 Rosenbaum G. 165  
 Rosenthal M. J. 180  
 Rosenzweig N. 161, 165  
  
 Rosenzweig S. 18  
 Rostand 30  
 Roth S. 12, 48, 235, 241  
 Roudinesco J. 20, 21, 44, 58, 75, 176  
 (viz též Aubry)  
 Rousseau J. J. 26  
 Rubinštejn S. L. 186  
 Rusnák M. 228  
 Růžičková V. 132  
  
 Říha O. 7  
  
 Salfield D. J. 237  
 Salimbenes z Parmy 26  
 Sand E. 44  
 Scott T. H. 149, 159  
 Seguin E. 58  
 Seitz P. F. D. 105, 154, 157  
 Seleyé H. 170  
 Shurley J. T. 159, 160  
 Schaffer H. R. 86, 87, 91, 138, 167, 168,  
 190  
 Schaller F. 152  
 Sheffield F. D. 191  
 Schlossmann A. 34  
 Schlossmann E. E. 35  
 Schmaderer M. 83, 84, 89  
 Schmidt-Kolmer E. 35, 45, 234  
 Schneersohn F. 15  
 Schwarz M. O. 100  
 Siger L. 130  
 Silver H. K. 114  
 Silvermann A. J. 162  
 Simonsen K. 21  
 Singh J. A. 28, 30, 31  
 Skeels H. M. 46, 107, 116  
 Sklarew B. H. 70  
 Smržová A. 58, 59, 199  
 Solomon P. 130, 162  
 Spaulding P. J. 128  
 Speer G. S. 115, 116  
 Spiess H. 85  
 Spitz R. A. 9, 10, 11, 21—23, 38—40, 49,  
 67, 72—74, 83, 87, 92, 94, 140, 147,  
 167, 168, 171, 173, 175, 179, 180, 183,  
 208, 240  
 Srnec J. 23  
 Srp L. 20, 88, 247, 249  
 Stambak M. 179  
 Stavěl J. 191  
 Stejskal J. 172, 249  
 Stirnimann F. 183  
 Ströder J. 15, 84  
 Sturm M. 21, 36, 37

Suchánková V. 225  
Sutter J. M. 117  
Suttie 11, 69  
Sylvester E. 214  
Symonds P. M. 18

Šcelovanov N. M. 45  
Šípová J. 177  
Švancara J. 132

Taber D. 157  
Talbot F. B. 209  
Tardy V. 149  
Tautermannová M. 20, 87  
Terman L. M. 41, 58, 199  
Teyschl O. 145  
Tener O. 34, 49, 237  
Thomas E. 152  
Thompson V. J. 141  
Thompson W. R. 149  
Thorpe W. H. 12  
Thysell T. 252  
Tichajeva E. I. 49  
Törnudd M. 14, 18  
Tramer M. 14, 18  
Trasler 210  
Tredgold A. F. 33  
Trnka V. 103, 249  
Trošichin V. A. 193  
Tudor-Hart B. 173

Vacková M. 50  
Válková Z. 205  
Vančurová E. 91  
Van Ferney S. 208  
Van Krevelen D. A. 114  
Vaňouček O. 122, 173, 233  
Vernon J. A. 161, 174

---

Veselkova K. P. 53  
Viržikovskij 149  
Vodák P. 105, 225, 236, 240  
Vosburg R. L. 161  
Vyhnálek J. 88, 247  
Vygotskij L. S. 41

Waal N. 117, 215  
Wagner M. 27  
Wallgren A. 83  
Wallon H. 170  
Walter G. 12, 160, 164  
Wartegg E. 205  
Wase A. W. 153  
Wechsler D. 41, 107  
Weidemann J. 45  
Weigl E. 41  
Welzl E. 158  
Wetzel N. C. 179  
Williams D. H. 179  
Williams J. M. 205, 210, 255  
Williams W. C. 107  
Willis B. E. 31  
Wishaw 31  
Wissler H. 49  
Wittenborn J. R. 112  
Wolf K. M. 10, 21, 35, 38, 72, 118, 168  
Wolffheim N. 10, 119  
Wolley H. T. 208  
Woodhead 180  
Woolf M. 49  
Wulfften-Palthe P. M. 132, 161, 163  
Wurzinger 37

Ylppö A. 84, 85

Zingg R. M. 27, 28  
Ziskind E. 127, 164

## VĚCNÝ REJSTRÍK

- adaptační energie 170  
 adopce 40, 47, 99, 116, 124, 189, 201, 209, 219, 221, 231, 237, 240, 243, 244, 250—255, 261  
 afázie vývojová 131  
 akulturace 195, 215  
 alkoholismus rodičů 108, 227  
 anaklinní vztah 73, 165  
 anaklitická deprese 39, 72—74, 167, 179, 208  
 — izolace 215  
 — terapie 163—164  
 anetický syndrom — viz »bezcitný charakter«  
 anorexie 71, 75, 86, 167, 179, 198  
 antropologie 140  
 ascendentní retikulární systém 164, 185, 186, 192  
 asociální chování — viz disocialita  
 atrofie gangliových buněk 152  
 atypický vývoj (Ranková) 203  
 autismus časný infantilní (Kannerův) 113, 203, 204  
 autoerotismus 72, 91, 129, 203  
 automatismy 128, 129, 133, 135, 177, 204, 213  
 autoregulace 147  
 azyl — viz ústavy sociální péče  
 »bezcitný charakter« (Bowlby) 11, 43, 48, 67, 167, 205  
 bezprizornost 15  
 biochemické změny za deprivace 148, 153, 164, 194  
 bludy 131, 159—160  
 bolest 149, 151, 163  
 bulimie 179, 198  
 cikáni 107, 108, 146, 228  
 definice deprivace 16—17, 181  
 delinkvence juvenilní 11, 43, 48, 69, 70, 96, 104, 118, 125, 133, 147, 205, 216 až 217  
 depersonalizace 132, 158  
 deprese anaklitická — viz anaklitická deprese  
 deprese tzv. lehká 169  
 deprivace - afektivní — viz emoční  
 — - akustická 153, 161  
 — - biologická 148  
 — - emoční 14, 104, 128, 130, 154—157, 172  
 — - intelektuální 115  
 — - kinestetická 150—151, 173  
 — - mateřská 14, 99—100, 169  
 — - motorická 40, 43, 131—132, 133, 162, 172  
 — - parciální 150—151  
 — - parentální (rodičovská) 96  
 — - paternální (otcovská) 100—101, 170  
 — - relevance 165  
 — - rodinná 72, 93—116, 169  
 — - senzorická 12, 14, 40, 43, 127—131, 150—153, 158—166, 172, 174, 183, 192  
 — - sociální 12, 25—33, 148, 172, 174  
 — - sourozenecká 101—102  
 — - spánková 160—164  
 — - taktilní 150—151, 173  
 — - totální 94  
 — - vizuální 151—152, 165  
 — - výchovná 115  
 děti - adoptované — viz adopce  
 — - autistické 113  
 — - evakuované 10, 117—118, 125  
 — - hluché 130—131, 134, 209, 256  
 — - nemanželské 13, 35, 95, 96, 102, 107, 225, 226, 228—229  
 — - ohrožené 15, 223, 246  
 — - opuštěné 13  
 — - osiřelé 102—103, 107, 225, 250—251  
 — - slabomyslné 93, 106—107, 129, 130, 137—140, 209—259  
 — - slepé 127—130, 134, 256  
 — - s poruchou motoriky 131—132, 133, 256—257  
 — - s poruchou řeči 131  
 — - uprchlické 117, 119  
 — - ústavní 37—68, 56, 67, 128, 131, 167, 172, 175 199—200, 21, 202, 244, 254

- děti - v koncentračních táborech — viz koncentrační tábory
- - vlčí 26, 28—30
  - - zdivočelé 27—28
  - - zvýšeně vnímavé na deprivace 71, 126—140, 255—259
- dětské domovy 45, 46, 50, 51, 52, 58—63, 72, 77—78, 79, 119, 135, 138, 151 až 152, 165, 235—246, 258, 261—262
- dětské domovy »rodinné« 37, 45, 243
- dětské osady 243—244, 262
- diagnostika deprivace (diferenciální) 194, 196—207, 221
- disociálnost 47, 55, 96, 100, 118, 119, 125, 213
- »divoký člověk« (homo ferus) 26
- domov výchovy mládeže 216—217
- domovy se zvýšenou výchovnou péčí 55 až 58, 65, 99, 100, 105, 108, 135, 136, 177, 216—217, 224, 225, 227, 238
- dyslexie 97, 134, 200
- elektroencefalografie 58, 133, 134, 160, 186, 194
- echolálie 128
- ekzémy 119, 179, 198
- encefalopatie (lehká dětská) 57, 129, 130, 132—137, 197, 201—202, 257—259
- enkopréza 77, 84, 135, 177
- enuréza 71, 77, 84, 97, 118, 135, 177
- etnologie 140
- etologie 12, 157, 181
- experimenty »přirozené« 24
- explorační pud 151, 165, 183—184
- farmakoterapie 132, 199
- fáze separačních reakcí 76, 83—84, 92
- fluktuace personálu — viz stabilita personálu
- fosfolipidový metabolismus 153
- frustrace 18, 47, 130, 132, 146, 171, 185, 190, 195, 199, 215, 258
- globální syndrom (Schafferův) 87, 167
- halucinace 127, 131, 134, 158, 159—160, 161, 163
- heredita 23, 38, 41, 71, 194, 201, 251 až 252
- »hlad po lásce« 42, 174
- homeostáza 182, 192, 195
- hospitalismus - domácí 112
- - infekční 14, 35
- hospitalismus somatický 14, 236
- - psychický 10, 14, 35, 36, 40, 49, 51, 94, 175, 206, 249
- hospitalizace 69, 83—88, 97, 118, 139, 169, 172, 210, 216, 219, 246—250
- hospodářská bída 71, 105, 107, 108, 116
- humanizovaný režim 83, 87—90, 246
- hypnagogní stavy 132, 163
- hypofyzoadrenální systém 180, 184
- hypotonie 112, 134, 179, 198
- hypotrofie 49, 85, 112, 241
- cholesteráza 153
- idiopatická retardace řeči 131
- imobilizace 132
- inanitas mentis 14
- inanitio mentis 14
- indikace hospitalizace 247—248
- indikace ústavního umístění 236, 240, 257
- infekce u deprivovaných 53, 112, 119, 180
- isolation amentia 33
- izolace - extrémní 25—33, 175
- - senzorická 94, 127—131, 162, 165
  - - sociální 113, 114, 117, 148, 149, 158, 175 — viz též deprivace
- izolované oblasti 107
- jactatio capitis nocturna 134
- jesle - denní 40, 45, 48, 52, 53, 83, 90 až 91, 229, 231—233, 244, 245
- - pro defektní 231, 257
  - - směnné (s trvalým provozem) 48, 51, 91, 235
  - - školka (sad) 234
  - - týdenní 52, 72, 91, 232
- karence - biologická 16
- - psychická 14, 16
- kibuc 49—50, 124, 147
- kojenecké ústavy 38, 44, 48, 49, 51, 52, 53, 57, 59, 71, 72, 74, 78, 79, 80, 231, 232, 241, 245, 260
- kolika »tří měsíců« 147
- koncentrační tábory 10, 116—117, 119 až 126, 175
- konflikty 18—19, 94, 96, 100, 102, 104, 109, 119, 127, 128, 131, 133, 171, 177, 199, 204, 213, 215, 247, 258
- konstituce 170—171, 194
- kontinuita - vývoje 194
- - výchovné péče 234

- korespondence hospitalizovaných dětí 249  
 kortikoviscerální poruchy 146  
 kosmonautická psychologie 148, 163  
 krádeže 43, 55, 99, 119, 125, 209  
 krajští pedagogové 232  
 kritický věk 148, 168—170, 193—194  
 krutost rodičů 141  
 křik 186  
 kvašiorkor 179  
 kyslíkový metabolismus 153
- Lebensborn — akce 45—46  
 letecká psychologie 158, 163
- maternage 44  
 mateřská škola pro defektní 146, 291  
 mateřský instinkt 189  
 matky - emočně narušené 110—111  
 — - hluchoněmé 110, 115  
 — - slabomyslné 110, 115—116 — viz  
 také deprivace mateřská  
 maturace 135, 152, 190, 194  
 metapelet 49  
 metody - anterospektivní (katamnestické)  
 21—22, 50, 68—72  
 — - dotazníkové 71  
 — - experimentální 24, 148—166, 167  
 — - klinické 24, 167  
 — - podélné (longitudinální) 22, 68  
 — - přímého pozorování 20—21, 68, 72  
 až 83  
 — - retrospektivní 21, 43, 68, 72, 96, 97  
 — - studia jednotlivých případů 22  
 »milácci« 209  
 modely učení 165, 194  
 monotónnost podnětová 36, 87, 130, 149,  
 158, 160—161  
 monotropie 188, 190
- nalezinec pražský 13, 34  
 návštěvy - v nemocnicích 83, 89, 249  
 — - v ústavech 239  
 nemocnost ústavních dětí 35, 39  
 nemocniční péče v rodinách 248  
 neofobie 189
- odstavení 141  
 okulodigitální fenomén 129  
 oligofrenie 137—140, 194, 199, 201—203,  
 212, 225, 226, 229, 238, 240  
 osobnost - jeslové sestry 233, 236  
 — - nemocniční sestry 236, 250  
 ošetrovací služba v rodinách 248
- otcové — viz deprivace paternální  
 ozdravovny 49, 71, 85, 235, 241
- paedofilia erotica 177  
 parametry sensorické deprivace 161—162  
 paroxysmální pohotovost 134  
 patognomická pozice 72—73  
 patria potestas 141  
 pedagogický deficit 14, 49  
 Pedologický ústav 13  
 pěstounská péče 13, 47, 48, 112, 118,  
 208, 210, 219, 231, 243, 255  
 počet personálu v ústavu 39, 49, 68,  
 232, 241, 261  
 potřeby - afektivní 95, 141, 182—183,  
 248—249  
 — - biologické 16, 26, 95, 173  
 — - intelektuální 95  
 — - měření síly 192  
 — - psychické (základní, vitální) 18, 95,  
 115, 146, 173, 181—185, 188, 220  
 až 221  
 — - sebezáchovné 73  
 — - sensorické stimulace 183—185  
 — - sociální 182—183  
 — - vývoj 190—191  
 — - vzájemná souvislost 185—186  
 — - změny po deprivaci a nasycení 174  
 až 175, 191—192  
 prevence deprivace 83, 219—259, 261 až  
 262  
 primitivní společnosti 140  
 prognóza deprivace 44, 47, 208  
 »přemístění vzrušení« 185  
 přesycení podnětové 173  
 přetížení podnětové 19, 192  
 přijímání matek s dětmi do nemocnice  
 248—249  
 psychiatrická služba 59, 80, 133, 199,  
 210, 212, 217, 227, 228, 229, 240, 248  
 252, 259, 261  
 psychoanalýza 11, 40, 43, 73, 92, 170, 181,  
 195  
 psychologické bariéry 110, 178  
 psychopatie 11, 48, 96, 168, 194, 199,  
 204, 225, 230  
 psychoterapie 148, 180, 212, 216, 217,  
 249  
 psychotoxické poruchy 16, 94  
 psychózy 11, 28, 44, 75, 111, 114, 128,  
 130, 163, 168, 194, 199, 204, 225, 226  
 psychózy - modelové 160  
 — - pooperační 127

psychózy revmatické 132  
— - akutní 28

raná mozková obrna 132, 134  
recidivy ústavního umístění 239  
reedukace 70, 134, 216—217  
reforma ústavů 68  
regrese psychomotorická 75, 80, 84, 165,  
185, 188, 204  
rodiny - náhradní 292—298  
— - nejednotné 104  
— - neúplné 95—105  
— - mladých rodičů 230  
— - pěstounské 298—299  
— - početné 205  
— - rozvrácené 84, 167, 225, 226, 227,  
237 — viz též rozvod  
— - umělé 46, 243  
rozvod 96, 103, 225, 226, 228  
rozvod »afektivní« 103—104

řeč deprivovaných dětí 36, 47, 48, 49,  
52, 53, 60, 128, 244—245  
řetězová reakce 171

sanatoria 47, 49  
sání 182, 186  
satiabilita 163, 171  
separace - dítěte od rodičů (matky), 15, 23,  
39, 47, 48, 68—79, 83—93, 116, 117,  
120—126, 141, 149, 156, 167, 169, 172,  
174, 189, 191, 197, 208, 213, 260  
— - postupná 90  
separační uzkost 15, 190  
sexuální chování deprivovaných 27, 32,  
47, 52, 55, 56, 175  
schizofrenie 69, 114, 161, 163, 165, 204  
skupinová závislost 120, 204  
sociální péče 206, 219, 224, 238, 240,  
261  
Sociodiagnostický ústav 7, 13, 132, 202  
sociogram 56  
somatické poruchy deprivovaných 111,  
146, 157, 178, 194, 212  
spánek hospitalizovaných dětí 88, 179,  
250  
spasmus nutans 39, 130  
stabilita personálu 241  
stesk po domově 15

strach z cizích osob 75  
»strategie učení« 165, 194  
střídavá mateřská péče 50

školní zralost 45, 48, 55, 58, 59, 169,  
178, 202  
šoková nemoc 157

teorie - učení 41, 165  
— - potřeb 174, 181—182, 185  
terapeutické pozorování 204  
terapie deprivace - anaklitická 215  
— — - didaktická 46, 137, 212  
— — - regresivní 214, 215  
testy psychologické - inteligence 41, 58,  
107, 199—201  
— — - projektivní 41, 131, 137, 204—205  
— — - školní zralosti 58  
— — - vývojové (baby tests) 35, 38, 44,  
49, 52, 199  
typy deprivovaných 40, 56—58, 65—66,  
77, 176—177, 179, 192  
typy vyšší nervové činnosti 171, 220

úmrtnost ústavních dětí 34—35, 219—235  
úsměv 182—183, 186  
ústavy sociální péče (azyly) 129, 139 až  
140, 177, 194, 238, 259, 262

vegetoterapie 215  
»vtištění« 183, 193  
výběr pracovníků 233, 236, 240  
výchova k rodičovství 229, 261  
vývojové krize 147  
vztah matka-dítě 157, 173, 180, 185, 187  
až 190, 193, 197

záchytné domovy 106, 119, 204, 210,  
223, 224  
zaměstnání hospitalizovaných dětí 249  
zaměstnanost matek 109, 230  
zanedbanost 15, 19, 71, 105, 117, 134,  
228  
zkomolené podněty 19  
zločinnost mládeže viz delinkvence juve-  
nilní  
zločinnost rodičů 105, 114, 226, 229  
zvláštní oddělení dětských domovů 218  
zvláštní školy (internátní) 57, 63—66,  
138, 177, 212, 238, 259



ED. 63 508

PhDr. Josef Langmeier — PhDr. Zdeněk Mátějček

## PSYCHICKÁ DEPRIVACE V DĚTSTVÍ

Obálku navrhl Miroslav Kočvara

---

Vydalo Státní zdravotnické nakladatelství, n. p., Praha 1, Malostranské nám. 28. —  
Vyšlo: v srpnu 1963 — Vydání: 1. — Stran: 300 — Vyobrazení: 46 — Šéfredaktor  
nakladatelství: prof. MUDr. Zdeněk Macek — Odpovědná redaktorka: Stanislava  
Bajková, prom. fil. — Technický redaktor: Oldřich Neubert — Vytiskla tiskárna  
No. 3/31, n. p., Praha 2, Václavská 12 — AA: 21,23 — VA: 21,70 — D-10\*30113 —  
Náklad: 2200 výt. — 301 08/20 — Cena kart. výtisku Kčs 16,50 — 63/III — 4

08 — 078 — 63

Kčs 16,50

