

VRATISLAV VRZAL, ELIŠKA KLOBOUKOVÁ

VÝCHOVNĚ PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVÍ OČIMA DĚTSKÉ PSYCHIATRIE

Dr. Bárta předkládá ve svých článcích [1] velmi záslužný a krajně potřebný úkol. Snaží se řešit prakticky a konkrétně odedávna ožehavou a stále nevyřešenou otázku: správné vedení výchovného procesu dítěte problémového, difilního.

Z našeho pedopsychiatrického hlediska má jistě na mysli depistáž takového dítěte v jeho školním i mimoškolním prostředí, jeho podchycení, analýzu individuálního případu, jeho diagnostiku a převýchovu často spojenou s léčením a přirozeně i prevencí zhoršení stavu (jeho difility), event. i jeho recidivy.

Žádný jiný výchovný problém nevyžaduje tak širokého a komplexního přístupu jako právě otázky poruch chování. Při pátrání po jejich příčinách se často plasticky vynořují složité obrazy, které v sobě zahrnují bohatou hru nejrůznějších podnětů a reakcí v odrazu a vzájemném působení vnitřního a vnějšího prostředí dětské osobnosti.

Pozorujeme, že vlivy, které zde působí, nevyskytují se izolovaně, naopak — hrají svou roli v dialekticky složitém procesu vnitřního somatopsychického vývoje dítěte a vnějších podmínek, daných způsobem výchovy v rodině, vlivem dětského kolektivu, blízkého i širšího okolí, a samozřejmě zejména v průběhu procesu tak systematického, jako je výchova a výuka.

Způsob, kterým přistupujeme k hodnocení těchto složitých procesů a zjišťování příčin dětských poruch chování, nedá se ani zjednodušit, ani redukovat vynětím jednoho nebo několika významných činitelů, momentů nebo situací. To by byl přístup dílčí, neúplný a statický, odporující dynamice vývojového hlediska v psychologii dětské osobnosti. Metody zde nemohou být jednodušší, než je sám vznik a průběh poruchy.

Vědecký přístup k osobnosti dítěte s poruchou chování znamená pečlivou analýzu a diferenciaci mezi třemi uvedenými základními faktory: psychickými, somatickými a sociálními. Současně je třeba všechny rovnoměrně zvážit a respektovat, aby bylo možno dojít k závěrečné syntéze významných zjištění a odhalení příčin. K těmto výsledkům nelze dojít bez zásadní spolupráce psychiatra, psychologa, pediatra, neurologa a sociální pracovnice.

Naše závěrečná diagnóza, kterou označujeme určité projevy dítěte jako poruchu chování, je často označením, které znamená již vyvrcholení, kumulaci dří-

vějších neustále se vytvářejících negativních znaků, jež narůstají opakovaným působením vnějšího prostředí.

Rodiče, vychovatelé i učitelé mohou takovým postupem být vlastní příčinou změn, které po čase svou silou a kvantitou přecházejí v závažné kvalitativní přeměny nejen v dětské reaktivitě, ale v celé osobnosti (často ještě s nepříznivou odezvou v průvodních somatických příznacích).

Jinak je tomu v případech, kde převažují momenty endogenní (vnitřní) přímo v osobnosti dítěte, ať už na podkladě určitých dispozic psychických nebo somatických — vrozených, nebo za určitých okolností získaných v průběhu vývoje (např. komplikacemi při těžce probíhajících infekčních chorobách aj. druzích organického poškození). Tyto obtíže mohou být přechodné i trvalé. Je známo, jak pečlivého přístupu výchovného vyžadují např. děti trpící epileptickými záchvaty. Dítě, které prodělalo zánět mozkových blan a ruší vyučování svou roztěkaností, motorickým neklidem, impulzivností a nestálostí, bývá ve škole hodnoceno druhým nebo třetím stupněm z chování, stejně jako např. dítě neukázněné v důsledku nedostatečné výchovy v rodině. Je však nutné vědět, že příčiny neukázněnosti jsou různé a že v mnoha případech je vina dítěte jen nepřímá. Přesto ještě dosud ojediněle někteří pedagogové vidí v případech těchto dětí hlavně obtížnější situaci pro sebe než pro dítě.

Nejmenší počtem, ale tím výchovně náročnější, je skupina dětí, kde vedle postižení endogenního (často psychického i tělesného, přechodného i trvalého) hrozí ještě další nebezpečí z nevhodného ovlivnění vnějšího.

V našem celkovém počtu dětských pacientů s poruchami chování, kteří v posledních letech prošli základním vyšetřením psychiatrickým, psychologickým a pediatrickým v naší ambulanci, byla většina dětí, u nichž jsme tyto poruchy hodnotili jako sekundární.

Značný počet těchto sekundárních poruch byl vyvolán právě vlivem prostředí: nepříznivými podmínkami vývoje a nesprávným nebo nedostatečným vedením ve výchově. Nešlo jen o výchovnou insuficienci (nezpůsobilost) rodičů. Mezi těmito zápornými vlivy vnějšími se nezdálo vyskytly i chybné přístupy pedagogické ve školním prostředí.

Můžeme prokázat, že i u dětí, které neměly sklon k patologickým reakcím, došlo až k těžkým reaktivním stavům, jako jsou sebevražedné pokusy. Byly vyvolány proto, že byly opomenuty základní výchovně psychologické zásady. Je tedy zřejmé, že určitá část z celkové problematiky difícilit u dětí, jak o nich píše dr. Bárta, souvisí přímo s vadnými psychologickými postoji osob zúčastněných na výchově.

Domníváme se, že dr. Bárta správně začíná požadavkem ústřední osoby odborně připravené regulovat tyto procesy, a to požadavkem výchovně psychologického poradce, který by citlivě ve spolupráci s učiteli a vychovateli, a stejně tak školním lékařem, event. obvodním pediatrem tyto případy podchycoval

a řešil jak s rodiči, tak i s jinými veřejnými činiteli (OPM, VB, soudy apod.).

Jisté je, že tento psychologický poradce, na něhož bychom kladli velmi odpovědné a rozmanité nároky, jak vyplyne z dalšího, by musel být osobou osobnostně kvalitní a patřičně kvalifikovanou (tu máme na mysli kromě jiného hlavně širší praktickou klinicko-psychologickou erudici, aby jednak taktně a takticky dovedl koordinovat vztahy žáka a učitele, učitele a rodičů, jednak včas a přiměřeně, podle povahy případu, difiliclní dítě předal event. další vhodné instituci výchovné nebo léčebné — výchovně psychologické poradně nebo klinice, nebo zařízení psychiatrickému).

Na něm bude také hodně záviset (přirozeně v úzké spolupráci se zdravotnickou službou) včasnost podchycení difilicity nakonec i v ohledu somatickém (nejen psychosociálním), které často rozhodne o prognóze celého případu (zvládnutí složky fyzikálního traumatu, infekce, intoxikace, neuroendokrinní disregulace, narušených kortikoviscerálních vztahů, EKG změny v longitudinálním vývoji, nálezy likvorové apod.). Klinickopsychologická praktická erudice jistě zvýší i jeho citlivost v reagování na somatogenního činitele. V takovém komplexním pojetí vzniku difilicit, tj. v jejich somatopsychosociální genezi, bude moci difiliclní chování postihnout cele a pak přiměřeně řešit.

Výchovně psychologický poradce pomůže řešit různé školské problémy dětí, učitelů a rodičů, vyžadující podrobnějšího individuálního přístupu, opatrného a citlivého zacházení, až psychoterapeutického a socioterapeutického postupu. Jsou to otázky školního neúspěchu, přerazování dětí do zvláštních škol, zařazování do speciálních výukových tříd a ústavů (pro dyslektiky, alaliky, ústavy ošetřovného typu apod., do výchovných ústavů, léčebných ústavů), otázky poruch chování, otázky problematiky dospívání, volby povolání, duševní hygieny, apod.

V neposlední řadě to budou i otázky správné adaptace a vytváření správných sociálních vztahů v různých prostředích difiliclního dítěte, zvl. v prostředí školním. Zde najde plné pole působnosti a bude moci nám — pedopsychiatrické službě — účinně pomáhat v preventivní službě. Odborným psychologickým spolupůsobením a zásahy do těchto procesů a vztahů pomůže předcházet psychopatologickým důsledkům nedostatku správného pedagogického přístupu k dětem školního věku.

Zdálo by se snad až neuvěřitelné, že i vlivem či přičiněním pedagoga by mohla u dítěte vzniknout duševní porucha či nemoc. Ve skutečnosti však tomu tak je. Vedle značné většiny pozitivních vztahů (učitel—žák) a konstruktivního průběhu výchovného procesu nacházíme při podrobném rozboru našich případů i případy opačného charakteru. O nich můžeme říci, že duševní potíže či poruchy nebo nemoc způsobil pedagog při výchovném nebo výukovém působení, ať vědomě či nevědomě.

Není to v podstatě nic nemožného, uvědomíme-li si, že i lékař a zdravotnický personál se mohou stát zdrojem duševních potíží až nemocí u svých pacientů při

nešetrném zacházení (tu jde o iatrogenezi a iatrogenie) a mají při tom většinou daleko menší možnost časového ovlivnění pacienta než pedagog svého žáka. Pedagog se se svým žákem stýká daleko intenzivněji, a proto jej může daleko více ovlivňovat i negativně.

Téměř před rokem jsme z počtu našich pacientů během jejich docházky k vyšetření a léčení v naší pedopsychiatrické ambulanci fakultní dětské nemocnice v průběhu 2—3 let vybrali celkem 110 případů dětí (85 chlapců a 25 dívek) z prostředí všeobecně vzdělávací školy ve věku od 6 do 15 let, u nichž došlo negativním vlivem pedagoga (obsahem jeho slov, mimikou, gestem, intonací, celkovým vzhledem, chováním a kvalitami osobnosti) k postižení duševního rázu, až k duševní nemoci.

Zjistili jsme, že tyto potíže mají svůj vlastní komplexní obraz, svoji specifickou a zaslужují si proto zvláštního zřetele. Pro jejich vznik — pedagogeseni, jsme je nazvali pedagogienimi.

Na základě rozboru intelektové úrovně dětí jsme je rozdělili na 2 velké skupiny, a to skupinu intelektově přiměřeně vyspělých (50) a skupinu s intelektovými nedostatky (60) — 24 parciálních nedostatků, 8 s podprůměrným intelektem, 5 s výraznějšími parciálními nedostatky, 19 intelektově inferiorních a 4 debilní.

Sledovali jsme odděleně v obou skupinách způsob traumatizace těchto dětí ze strany učitelů, způsoby reakcí dětí, jejich premorbidní osobnost a jednotlivé vzájemné vztahy (ke spolužákům, postoje rodičů k problému a k učiteli apod.). Celkovým komplexním vydíferencováním těchto dat se nám vyčlenily dva druhy poruch, odlišné v podrobnostech jak svým mechanismem vzniku, tak svým obrazem.

Skupinu poruch, při nichž je defektní žák (intelektově inferiorní, event. s parciálními nedostatky, jako legastenie apod., nebo jejich kombinace) ovlivněn vadným výukovým přístupem pedagoga (netaktností, vznětlivostí, nedůtklivostí, násilnostmi, netrpělivostí, křikem, nadměrnou přísností, nevšímavostí) jsme shrnuli pod pojmem *didaktogenie*.

U žáka vzniká symptomokomplex s pořadím těchto příznaků: afektivní labilita, poruchy spánku, školní fobie, motorický neklid, sociální útlum, neukázněnost, anorexie, nechť ke škole, třes, bolesti hlavy, pocity méněcennosti, mutismus, deprese, negativismus, nezáměr, zhoršení prospěchu, odmítání jít do školy, zhoršení enurézy.

U učitele při tom vzniká tento obraz reaktivity v pořadí častosti: tělesné tresty, užití nevhodných výrazů, křik, „srážení“ žáka, zesměšňování, nevyvolávání, nechávání po škole a vyhrožování posláním do zvláštní školy.

Reaktivita žáka a učitele, není-li kompenzačně korigována, se může dále potencovat a vzniká tak složitý obraz porušeného vztahu, z něhož pak mohou vykristalizovat poruchy trvalejšího rázu, hlavně poruchy chování. Základem

poruchy je vadný didaktický přístup, který narušuje průběh výuky, v níž jako sekundární vznikají výchovné problémy a poruchy neurotického charakteru.

Druhou skupinu poruch u žáků intelektově normálních (často nejlepších žáků a celkem psychicky intaktních), které vznikly vadným výchovným přístupem pedagoga (ať už byl provokován žákem či z osobnostních předpokladů učitele, tj. jeho povahových rysů nebo v situačním afektu; v pořadí častosti působily tyto faktory: vznětlivost, nadměrná přísnost, netrpělivost, netaktnost, nedůtklivost, tělesné tresty, křik, nevšímavost), řadíme pod pojem *pedagogenie v užším slova smyslu*.

V symptomokomplexu poruchy žáka se v pořadí podle častosti objevují tyto příznaky: poruchy spánku, afektivní labilita, bojácnost, zhoršený prospěch, školní fobie, zvýšená zranitelnost, mutismus, nechť ke škole, anorexie, negativismus, motorický neklid, deprese, řeči o sebevraždě, odmítání jít do školy, zhoršení tiků, zvýšená afektivní dráždivost, bolesti hlavy, únavnost, objevení enurézy, pokus o sebevraždu, neukázněnost, zvýšená nedůvěra k učiteli — až paranoidní percepce a útěk ze školy.

U učitele vzniká současně tento obraz reaktivity opět podle pořadí častosti příznaků: křik, tělesné tresty, nadměrná přísnost, nevhodné výrazy, vyhrůžky, opakované nesprávné výtky, strohost.

Nekorigované reaktivity obou stran mohou vyústit v další konfliktové situace a může vzniknout složitý obraz porušení vztahů, vedoucí k eventuálním poruchám trvalejšího charakteru (především neurotického), a hlavně ke zhoršení prospěchu. Základem této poruchy je primární nedostatek ve výchovném působení a jako sekundární mohou vznikat výukové problémy, hlavně zhoršení prospěchu.

Pro větší názornost si dovolíme uvést in extenso z každé skupiny pedagogiení po jednom případě:

Nejprve případ didaktogenie. V. Š., 9 roků, žák třetí třídy, opakuje. Diagnóza: legastenie, psychomotorická instabilita, bilingvismus (slovensko-český). Chlapec má od počátku školní docházky potíže ve čtení, které si rodiče nedovedli vysvětlit. Matka ho proto dala vyšetřit, nález však tehdy vyzněl negativně. Po přestěhování se však v nové škole potíže zvyšovaly se stoupajícími nároky. Docházelo ke stížnostem učitelky, stálým poznámkám v žákovské knížce, že dítě v češtině neobstojí. Při vyučování se hoch projevoval stále neklidněji a méně ukázněně. Při vyšetření v naší ambulanci, na přání matky — *nikoli z podnětu školy* — byly zjištěny dyslektické obtíže. Byl dán proto návrh k přijetí na oddělení pro dyslektiky v Dětské psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích u Prahy. Nález byl sdělen učitelce. Ta však svůj postoj k dítěti nezměnila ani po rozmluvě s matkou a prohlásila chlapeč před celou třídou, že mu pověsí na krk tabulku s nápisem „osel“ a posadí ho do poslední lavice. Neklid a instabilita se u dítěte stupňovaly, dostavily se další neurotické příznaky a averze k učitelce projevované neukázněností a negativistickými reakcemi. Učitelka hlásila případ řediteli

školy. Ten, aniž žáka před tím viděl, označil ho za těžkého psychopata, kterého prý už ani nebudou zkoušet a pošlou ho hned do zvláštní školy. Učitelé od té doby dítě ignorovali, nevyvolávali je. Chlapec reagoval stále větším neklidem, ke škole měl odpor a podle popisu spolužáků i matky „si počínal jako pominutý“. Ředitelství školy podalo návrh na přeřazení do zvláštní školy. Naše dřívější doporučení nebylo respektováno. Při projednávání případu v komisi pro přeřazování dětí do zvláštní školy se nikdo z učitelů do komise nedostavil, ani se neomluvil. Teprve na náš další zásah schválila komise námi původně navržené řešení. Po návratu z léčebny byl žák přeřazen na jinou školu. Při porozumění učitelů, dobré spolupráci s nimi a rodiči nedošlo již k dalším konfliktům a žák dobře prospívá.

A nyní případ pedagogie v užším slova smyslu. M. N., 12 roků, žákyně šesté třídy, s dobrým prospěchem. Diagnóza: reaktivní depresivní stav po změně školního prostředí a psychickém traumatu ve škole; zvýšeně senzitivní dívka; infantilní chování, školní fobie. — V šesté třídě přišlo děvče do nového školního prostředí, kam dojíždělo ze svého bydliště. Hned od počátku se tam necítilo spokojeno, protože tam nemělo své dvě dřívější spolužačky. Brzy došlo ve škole ke konfliktu s učitelkou, která jí přidělila recitování básně na slavnostní besídce. Děvče na pokyn své matky recitování odmítlo, protože besídka měla být až večer, když již nemělo žádné vlakové spojení domů. Učitelka jí pohrozila, že to poznamená do třídní knihy a že nebude moci pak studovat, protože neplní své povinnosti. Jiný učitel na tento konflikt navázal ještě zdůrazněním: „Ty sis to vyvedla.“ Na přímý dotaz žákyně „Co?“, odpověděl: „Ty se ještě ptáš?“ Další den měla neúspěch v tělocviku při cvičení. Plakala, stále opakovala, že do školy nepůjde. Utekla k tetě a nechtěla se vrátit domů. Ztratila zájem o učení, doma pohodila aktovku s prohlášením, že už ji nechce ani vidět. Ředitel školy ji označil za nemocnou, byla hospitalizována a konziliárně psychologicky a psychiatricky vyšetřena. Při tomto vyšetření sdělila, že kvůli škole často pláče. Po návratu z nemocnice nechtěla jít do školy a musela být přivedena násilím. Ve třídě znovu plakala, udávala pocity slabosti a znovu přestala docházet do školy. Říkala, že by raději chodila do původní školy. Tvrdila, že má zkažený život a že by bylo lépe, kdyby nebyla apod. V noci špatně spala, stále myslela na učitelku a učitele, kteří jí hrozili. Nechutenstvím ztratila na váze několik kilogramů. Bylo doporučeno vrácení do původní školy. Později, pro opětovnou nechuť ke škole a pro školní fobii, byla přijata do psychiatrické léčebny v Kroměříži. Odtud se vrátila veselá, klidná a spokojená, bez známek deprese. Při dalších ambulantních kontrolách byl zjištěn dobrý poměr ke škole a zlepšený prospěch.

Rozborem naší kazuistiky jsme zjistili určitou rozdílnost obou uvedených symptomokomplexů, jak v pořadí častosti jednotlivých příznaků, tak v odlišném kvalitativním zabarvení. Kromě toho bylo zjištěno, že oba mají při svém odlišném mechanismu vzniku a ostatních souvislostech i odlišný charakter léčebný

a preventivní. V podrobnostech odkazujeme na naši práci „O pedagogieních“ (zatím v rukopise; byla přednesena na moravsko-slovenském psychiatrickém semináři v Trenčanských Teplicích v červnu 1961).

Čtěli bychom v tomto smyslu zdůraznit fakt, že pedagogenzi vzniklé poruchy nejsou vždy dočasné a neodeznívají vždy v průběhu školní docházky. Zvláště u inklinujících jedinců s labilním nervovým systémem a při koincidenci k tomu příznivých patogenních vlivů může dojít u postiženého ke stržení vyšší nervové činnosti a vzniku poruchy, která pak může přetrvávat i celý život (jako anankasmy, koktavost, strach z červenání apod.). Proto je zásadně nutno bojovat proti pedagogicky škodlivým projevům namířeným zvláště proti psychicky labilním a nedostačivým žákům, které je traumatizují i trvale poškozují, a to bojovat všemi možnými prostředky: psychologicky, pedagogicky, sociálně a medicínsky.

A právě zde, počínaje stadiem zkoumání osobnosti žáka i učitele, hledáním léčebných a nápravných opatření, revizí výchovného a výukového procesu, prošetřováním meziosobních vztahů, a hlavně jejich uváděním na pravou míru ve spolupráci se všemi zúčastněnými, tkví jeden z předních úkolů výchovně psychologického poradce.

V psychoprophylaxi pedagogiení v rámci depistáže se bude moci zaměřit na „kandidáty“ tohoto onemocnění a ve spolupráci s výchovně psychologickou poradnou zabráňovat jeho vzniku. Napomáhal by školským pracovníkům v uvědomění si významu jejich vlastních konkrétních projevů, jejich dosahu, event. možných následků. Přispíval by ke korigování jejich chování a provedení včasných nápravných a léčebných zákroků tak, aby v duchu J. A. Komenského, který již ve své době kladl větší důraz na úkoly výchovné než didaktické, pomáhal vytvářet ze škol laboratoře zdravého života.

Pracovníci dětské psychiatrické péče vidí význam a potřebu výchovně psychologických raden a klinik především ve vzájemné spolupráci v preventivním úsilí. Znamená to evidenci, podrobné psychologické vyšetření a soustavný psychologický přístup u dětí difilicilních, které dosud nevyžadují přímo psychiatrické péče. V případě potřeby pak urychlené doporučení a převzetí do léčby psychiatrické. V jiných případech bude obrácený postup: Po skončeném ambulantním, event. lůžkovém psychiatrickém léčení převezme psychologická poradna dítě k dalším pravidelným psychologickým kontrolám do soustavné reedukační péče současně s dohledem nad výchovným postupem rodičů, vychovatelů, event. učitelů.

Tím získá i psychiatrická péče větší kontakt s terénem, sníží se např. počet tzv. zanedbaných případů (hlavně výchovně zanedbaných dětí a delinkventů), které se náhle objevují v ambulanci „pro déletrvající“ poruchy chování až v kritické fázi prepupertálního a pubertálního vývoje.

Rozvinutá péče psychologická (ve výchovně psychologických poradnách, ve funkci školního výchovně psychologického poradce, jak navrhuje dr. Bárta), by

mohla konečně úžeji skloubit a zdokonalit spolupráci pedagogů s psychiatrickou složkou a dodat jí tak větší kontinuitu.

Způsob erudice výchovně psychologických pracovníků nám zde dává záruku přísně vědeckého postupu a dodržování hlavních, dr. Bártou již výtýčených snah o komplexní přístup k dítěti.

POZNÁMKY

[1] B á r t a, Boleslav, Proč výchovně psychologické poradny, Tvorba 1962, č. 1 a 2.

PEDAGOGIC PSYCHOLOGICAL CONSULTING CENTRES FROM THE VIEW OF THE CHILD PSYCHIATRY

Educational difficulties (either of primary or secondary origin) require a complex approach to a personality of a child, whom we call „dificile“ in behaviour. Three main factors of personality (somatic, psychic and social) must be considered and evaluated from the analytical and synthetical point of view with respect to the dynamic structure of the child's development. This is possible only in cooperation of the whole team of specialists.

The psychiatrist and psychologist of the Psychiatric Department of the Children's Hospital of Brno refer to the relatively numerous occurrence of the wrong psychological attitudes even on the part of teachers. By analysing different reactions of 110 schoolchildren the authors show the traumatic psychic effect, sometimes leading to serious behaviour disorders. According to the mechanism of origin of these affections as well as their own complex picture and specificity, they distinguish two types of disorders: pedagogenies and didaktogenies. All these results of wrong educational actions must, however, be hindered systematically. With help of Psychological Consulting Centres new educational perspectives may be seen. They promiss to solve school educational problems by scientific approach to the regulation of interpersonal relations in educational process. In cooperation with the psychiatric and social workers the Psychological Consulting Centres will play an important role in the care of mental health of the child. Besides other functions (as e. g. finding out cases deserving attention and contributing towards the formation of diagnosis) they ought, first of all, take part in the questions of prevention, reeducation and psychagogic problems.