

## Diagnostické otázky výchovného poradenství

V posledních letech se u nás stále častěji konstatuje potřeba včasné odborné péče o případy dětí společensky nepřizpůsobených, ať již jde o poruchy chování všeho druhu, či o výraznější školní neprospěch. Snaha o prevenci v tomto směru aktualizuje nyní v plné šíři problematiku výchovného poradenství. To však předpokládá vyřešení řady závažných otázek. Jednou z nich je otázka diagnostického postupu v jednotlivých případech.

*Diagnóza případu* v rámci výchovně poradenské praxe zahrnuje několik nepostradatelných složek, a to pedagogickou, medicínskou, psychologickou a sociálně právní. Opominutí kterékoliv z nich znamenalo by újmu na kvalitě práce. Vždyť problematika, o kterou tu jde, je do té míry složitá, že vyžaduje komplexní přístup a spolupráci několika pracovníků z různých oborů.

*Postup diagnostické práce* v rámci jednotlivého případu můžeme rozdělit na několik částí. Tyto části jsou: 1. anamnéza; 2. úplný souhrn výchovných a s nimi souvisejících obtíží; 3. vyšetření zdravotního stavu; 4. rozbor osobnosti dítěte se zřetelem k druhu výchovných obtíží; 5. zhodnocení stavu výchovné péče o dítě; 6. diagnosticko-prognostický závěr.

Ad 1. Východiskem diagnostického procesu je *anamnéza* jako souhrn údajů o všech důležitých vývojových okolnostech případu. Správné chápání účelu diagnostiky ve výchovném poradenství samo vede k výběru údajů významných v tomto smyslu. V rodinné anamnéze je to věk, zdravotní stav a zaměstnání rodičů, časové rozvržení dne a týdne rodiny, kvality rodinného soužití, mravní úroveň rodinného prostředí, a konečně údaje o sourozencích a o postavení dítěte v jejich věkovém pořadí. V osobní anamnéze dítěte je třeba obrátit pozornost na průběh těhotenství a porodu, na raný psychomotorický vývoj, přestálé nemoci (včetně jejich průběhu a případného nakupení v určitém časovém období) a případné defekty nebo vývojové zvláštnosti, dále na údaje o zá-

kladných znacích osobnosti dítěte od raného věku, projevujících se v jeho chování, na vývoj těchto znaků a objevování se nových v souvislosti s životními okolnostmi; konečně na průběh školní docházky, zvláště jak brzy začalo dítě do školy chodit, jaký mělo školní prospěch v sledu jednotlivých ročníků i jaké byly pravděpodobné souvislosti všech výkyvů s životními okolnostmi.

Ad 2. Jako důvod nutnosti poradenské péče bývá udáván určitý druh výchovných obtíží, někdy dokonce jediné jednání dítěte (např. jeden případ záškoláctví, jedno drobné odcizení). Diagnostický postup ovšem vyžaduje *přehledný souhrn výchovných obtíží* u každého jednotlivého případu. To znamená, že je zapotřebí především věnovat pozornost jejich vývoji v dosavadním životě dítěte. Je tedy třeba všimnout si toho, jakou formu měly počáteční poruchy chování, jak se později stupňovaly, popřípadě kombinovaly, zda nastalo jejich dočasné zmírnění nebo trvalé vymizení některých či naopak nápadné zhoršení; všechny údaje tohoto druhu jsou tím cennější, je-li vždy přesně označen věk dítěte, resp. datum i zvláštní okolnosti rodinné a výchovné konstelace nebo zdravotního stavu dítěte v období před vznikem poruch. Přítomné výchovné obtíže musí být popsány co nejúplněji, nejkonkrétněji a rovněž doplněny všemi ostatními potřebnými údaji. Také je třeba zaznamenat, jakých výchovných opatření bylo užito v rámci rodinného a školního prostředí a s jakým výsledkem. Pozornost je třeba věnovat též názorům rodičů, učitelů a jiných zúčastněných osob o příčinách poruch chování, aniž ovšem je můžeme vždy pokládat za směrodatné.

Ad 3. Účelem *vyšetření zdravotního stavu dítěte* je jednak orientace o něm z všeobecného hlediska, jednak stanovení diferenciální diagnózy mezi případy vyžadujícími nápravně výchovného postupu a mezi těmi, které vyžadují spíše péči léčebnou, popř. kombinací obou druhů péče. Proto vyšetření zdravotního stavu dětí procházejících porad-

nou mělo by být prováděno pediatrem, který podle potřeby odešle dítě k jiným odborníkům. Zvláště významné může být v některých případech vyšetření neurologické a psychiatrické. Celkem je možno říci, že výsledky lékařských vyšetření mohou jednak přispět k objasnění příčin sociální nepřizpůsobenosti (např. jde-li o toulky na epileptoidním podkladě nebo o poruchy chování u dětských encefalopatií), jednak podstatně zpřesnit celkový obraz osobnosti (jde-li např. o diagnózu neurózy nebo disharmonie osobnosti u dítěte, u něhož se udávají výchovné obtíže).

Ad 4. Rozbor osobnosti dítěte opírá se jednak o objektivní zprávy o vývoji a projevech dítěte, jednak o vlastní psychologické vyšetření.

*Zprávy o vývoji a projevech dítěte* poskytuje již anamnéza a souhrn výchovných obtíží. Z hlediska přítomných projevů chování mohou být cenná pozorování rodičů a učitelů, a to tím spíše, že v dosavadních prostorových a technických podmínkách poraden nebývá často možno zříditi speciální pozorovny. Kromě toho jsou situace rodinného a školního života zcela specifické a neopakovatelné v umělých podmínkách. Hodnota pozorování konaných rodiči bývá ovšem značně rozdílná a závisí na jejich speciálních schopnostech v tomto směru. Pozorování učitelů, ať volná či zaměřená, mohou být případně prováděna podle pokynů poradny; stávají se pak součástí jejího vlastního diagnostického postupu.

*Vlastní psychologické vyšetření* může s prospěchem užívat řízeného rozhovoru (explorace), rozboru činnosti dítěte a některých speciálních metod zaměřených na rozmanité složky osobnosti. Psychologický rozbor osobnosti má tu celkově určit její hlavní znaky s přihlédnutím k jejím původům; dále má najít podstatné vztahy mezi nimi a druhem výchovných obtíží.

*V prvním úkolu* jde zejména o rozumové schopnosti, temperamentové vlastnosti, sociální chování, zájmy, charakterové utváření, citově společenské vztahy a oblast psychosexuální. *V rámci druhého úkolu* je třeba určit, které složky osobnosti se svými kvalitami účastní na příslušném druhu společenské nepřizpůsobenosti dítěte, resp.

jak se tato účast utvářela v jeho dosavadním vývoji. Psychologický rozbor může ovšem přinášet tím spolehlivější diagnostické výsledky, čím důkladněji je provedeno vyšetření zdravotního stavu dítěte. Mohou-li být některé poruchy chování symptomem určitých chorobných stavů, znamená to, že v takových případech jsou psychosociální činitele pro původní poruchy méně významné. Na druhé straně je možno diagnosticky mnoho těžit z rozboru konkrétních případů společenské nepřizpůsobenosti; tak např. rozbor jednání při určité krádeži nebo toulce může odhalovat typické vlastnosti dítěte z hlediska jeho reakcí v konfliktových situacích, jeho osobních tendencí a společenských postojů atd.

Ad 5. *Zhodnocení výchovného stavu případu* mělo by přihlížet ke třem činitelům; jednak k příznivosti anebo nepřínivosti výchovné konstelace, v níž dítě je; dále k typu rodinné výchovy, resp. k osobnímu typu učitele; konečně pak k pravděpodobnému podílu výchovných okolností na nynějším utváření osobnosti dítěte, popř. na jeho společenské nepřizpůsobenosti. Pokud jde o tuto třetí složku, je třeba ji určit i v případech poruch, které jsou symptomem určitých chorobných stavů organismu, neboť i v těchto případech je možno hodnotit vliv výchovných okolností na vývoj jednotlivých symptomů. Příkladem tu může být zřejmá inklinace k závažnějším poruchám chování u dětí psychomotoricky instabilních při nedostatečné výchovné péči.

Ad 6. *Diagnosticko-prognostickým* rozumí se takový závěr, který bere v úvahu všechny dílčí diagnostické výsledky a přitom z nich vyvozuje pravděpodobné předpoklady pro odstranění přítomných výchovných obtíží. Diagnostická část tohoto závěru měla by obsahovat nejvýraznější znaky osobnosti a vystižení typu výchovných obtíží s uvedením momentů jejich vzniku a okolností výchovné konstelace. Prognostická část závěru má obsahovat nejen vlastní prognózu, ale také její zdůvodnění. Nestačí tedy označit prognózu jako příznivou anebo nepřínivou, není-li zároveň uvedeno, které znaky osobnosti nebo jaké okolnosti výchovné konstelace tuto příznivost či nepřínivost podmiňují. Takový diagnosticko-prognostický závěr je pak

vhodným východiskem pro celý další nápravný postup.

V úvodu byla řeč o kolektivu pracovníků různých oborů, kteří se na diagnóze podílejí. Je přitom velmi pravděpodobné, že se při jejich jednotlivých částech bude znatelněji uplatňovat ten neb onen pracovník (tedy pedagog, lékař, psycholog, sociální pracovníce).

Přitom by však mělo jít o tak úzkou spolupráci všech, aby diagnosticko-prognostický závěr mohl být určován společně; to platí i pro následný nápravný postup. K tomu je ovšem zapotřebí, aby organizační a personální podmínky pracovišť výchovného poradenství opravdu umožňovaly takový druh spolupráce.

Ivan Lesný, Praha

## Zařazování mladistvých stížených ranou dětskou mozkovou obrnou do práce

Lékařský výzkum rané dětské mozkové obrny jde převážně cestou klinicko-patofyziologickou anebo léčebně rehabilitační. Výzkum některých závažných společenských okolností u této nemoci byl zatím lékaři opomíjen zvláště proto, že v samé povaze onemocnění jsou některé nevyřešené skutečnosti. A tak se ani u nás ani v cizině nevěnuje dostatečně pozornost zařazování mladistvých stížených ranou dětskou obrnou do práce, ačkoli tato okolnost přímo souvisí s tzv. komplexní péčí o tyto nemocné, jež je devízou naší práce v rámci socialistického humanismu. V poslední době upozorňují na tuto otázku Holub a Švancara v dosud nevydané práci. Informací o tomto tématu je dosud tak málo, že i skrovnější zkušenosti je třeba uveřejňovat. Budou podkladem dalšího studia v různých pracovních prostředcích.

Naše dnešní sdělení pojednává o výsledcích pracovního zařazování pacientů Ústavu pro léčení rané dětské mozkové obrny v Železnici u Jičína. V roce 1956 zde byla zřízena „komise pro určování povolání“ a v ní bylo soustavně jednáno o nemocných, kteří dokončili patnáctý rok věku. V komisi je lékař (dětský neurolog), sociální pracovníce, učitel s defektologickým vzděláním, zástupce fyzikální léčby a zástupce léčby hrou. Na zasedání komise je o každém nemocném podrobně jednáno ze všech stránek (z hlediska zálib, schopností, stupně úpravy defektu, další perspektivy rehabilitační atd.) a je mu doporučeno povolání. Výsledek je sdělen příslušným národním výborům, školám a sociálním referentům.

Za tuto dobu bylo určeno povolání 63 mladistvých. Ranou dětskou mozkovou obrnou jich bylo postiženo 52, z toho 17 extrapyramidovou formou, 17 hemiparetickou formou, 4 kvadruparetickou, 13 diparetickou a 1 hypotonickou. 11 dětí bylo ošetřováno v ústavě v Železnici pro jiné stavy, nežli je raná dětská mozková obrna, z toho bylo 8 stavů po encefalitidě, 1 Friedreichova ataxie, 1 stav po operaci frontálního abscesu a 1 stav po úrazu páteře.

Zaměstnání jsme si rozvrhli do čtyř skupin. V první bylo další studium (odborné, SVVŠ), v druhé bylo kvalifikované zaměstnání (mechanika, krejčovina, umělecké řemeslo), v třetí práce méně kvalifikovaná (včelařství, zemědělství, drůbežnictví, zahradnictví, vrátní, hlídači), ve čtvrté jsou práce pomocné, výchovná střediska. Pátá skupina jsou případy azylové.

Přiložená tabulka nám ukazuje rozvrstvení určených povolání podle jednotlivých forem nemoci. Ukazuje se, že pro „další studium“ a kvalifikovanou práci bylo