

PSYCHOPATOLOGIE V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ

PhDr. Josef Duplinský, CSc.

Úvod

Určitý stupeň vzdělání učitele-výchovného poradce v psychopatologii je z mnoha důvodů potřebný a nutný. Celá řada psychických poruch nápadněji vystupuje právě v podmínkách učení, při náročné psychické aktivitě, v níž se uplatňují centrální části lidské psychiky. Ve výchovně vzdělávacím procesu se mohou nápadněji projevit i drobné psychické odchylky ve vývoji dítěte. Včasné rozpoznání určitého patologického symptomu v počátcích jeho vzniku pomáhá úspěšnějšímu léčení dítěte. Je-li dítě odborně léčeno a vedeno, vytvářejí se lepší předpoklady pro optimální výchovné vedení dětského kolektivu, které mohlo být nemocným dítětem ohroženo. V neposlední řadě nesmíme také zapomenout, že správné posouzení patologického chování dítěte umožňuje škole zaujmout k němu úspěšnější výchovný postoj, což zprostředkovaně působí i na psychický stav učitele a jeho profesní sebereflexi.

Výchovný poradce je také významným partnerem dětského lékaře a pedagogicko-psychologické poradny, jeho stálý styk se žákem, umocněný určitou odbornou erudicí v psychopatologii, vytváří základ pro včasnou a komplexní kvalifikovanou pomoc dítěti a vzájemná spolupráce jmenovaných odborníků a školy se stává východiskem pro prevenci opakování, či zhoršení nemoci.

Základní orientace v poruchách psychického vývoje, určitá odborná úroveň při vysvětlování poruchy rodičům a systematická spolupráce s nimi v péči o nemocné dítě, zvyšuje pedagogickou i obecně lidskou autoritu učitele a je jedním z těch činitelů, jež rozhodujícím způsobem ovlivňují celkovou úspěšnost léčení.

Současně s tím je ale nutno si uvědomit značnou vývojovou variabilitu psychického vývoje dítěte a nepokládat každý nestandardní projev v chování dítěte za psychopatologický. Často se jedná spíše o hraniční projev ještě přiměřeného duševního vývoje – to platí především pro složitější ontogenetická období. Bohužel jisté patologické "nálepkování" se nevyhýbá ani dětem školního věku, dokonce se s ním u dětí setkáváme zbytečně často. Důležité je také samozřejmě informovat okolí poruchou postiženého dítěte. Nezanedbatelná je spolupráce a informovanost ze strany třídního učitele a dalších vyučujících, pracujících ve třídě s žákem vyžadujícím speciální odbornou a poradenskou pomoc.

Koncepcie textu vychází z tradičnějšího pojetí třídění psychopatologických jevů, neusiluje také o odbornou preciznost, spíše se snaží popsat psychické poruchy behaviorálně, tak, jak se mohou jevit i ne plně kvalifikovanému účastníkovi. Z tohoto důvodu není také v absolutní míře plně respektována, v současné době v psychiatrii zavedená tzv. Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize), ta je podrobně vysvětlena a komentována v publikaci V. Horta a kol. a v učebnici M. Vágnerové, které uvádíme v doporučené literatuře v závěru tohoto textu.

Příčiny duševních poruch

Etiologie prakticky všech psychických poruch je pokládána za multifaktoriální (u většiny psychických poruch konstatujeme vliv větší skupiny faktorů). V obecné rovině se uplatňují vlivy biologické, psychogenní, sociální, kulturní, s různou mírou vlivu u té které poruchy.

Z hlediska ontogenetického rozlišujeme tři vývojová období, v nichž může dojít k psychickému poškození:

- Prenatální období, kdy působí defektní geny, či jejich vadná kombinace. Dále zde mohou působit patologické vlivy prostřednictvím matčina organismu- intoxikace nevhodnými léky, nebo návykovými látkami, některými chemickými prostředky, infekční onemocnění matky. V jiných případech vlivy fyzikální povahy – trvale poškozené životní prostředí, rentgenové záření. Fyzická traumata – mozková komoče, či kontuze. Někdy se málo zdůrazňují psychická traumata.
- Perinatální období – protražovaný porod, vdechnutí plodové vody, mozkové krvácení, absence kyslíku, novorozenecká žloutenka.
- Postnatální období – nejdelší životní období a také v důsledku toho i zdroj největšího možného patogenního působení. Zde se potom v různém poměru a v různé konstelaci setkávají vlivy endogenní (genetické, vývojové) s vlivy exogenními (negativa a extrémní přírodního, rodinného, sociálního a osobně vztahového), v důsledku čehož může dojít k psychické poruše.

Závěrem je nutno zdůraznit fakt, že i ty nejzávažnější psychické poruchy jsou úspěšně léčitelné, i když ne vždy s úplnou úzdravou. Jde o podobnou situaci jako je tomu v případě některých závažných somatických chorob, kdy zcela úspěšná léčba není za současného stavu poznání možná.

Rozpoznání psychicky neadekvátního chování

V případě těch nejzávažnějších psychických poruch (patří sem především skupina onemocnění souborně označovaná jako psychózy) je neadekvátnost celkového chování ať již v oblasti sociální, verbální či emoční - tak nápadná, že úvaha i laického okolí o abnormálnosti projevů chování je nasnadě.

V případě jiných psychických poruch je jejich rozpoznání obtížnější. Důležitou roli hraje výpověď postiženého, ale také projevy v chování, které dříve nebyly typické pro daného jedince. Patří sem na prvním místě úzkostné stavy (ty jsou často primárním a hlavním příznakem u skupiny tzv. neurotických poruch). Dále celková změna dynamiky jednání, stažení se do sebe, sebepodceňující a fobické projevy. Ve velké míře se může projevit také celá řada různých subjektivních somatických a psychosomatických potíží: bolesti hlavy, špatný spánek, dušnost, bolesti u srdce, bolesti žaludku a celá řada dalších takových projevů, nepotvrzených kompetentním odborným lékařem.

V základní a obecné rovině můžeme označit jako rozpoznávací hledisko určité kritérium, kterému se říká v psychiatrii „orientace v čase a prostoru“, myšleno fyzikálními faktory – tj. správně určit přibližný den, měsíc a rok a reálný geografický prostor, v němž se jedinec nachází. Je sem možno také ještě přiřadit nepřiměřenou hloubku určitého psychického prožitku a dobu jeho trvání - příklad v nadsázce – trvalý dlouhodobý smutek nad ztrátou několika stokorun.

Organické psychické poruchy

Jedná se o relativně velkou skupinu poruch, jejichž základní příčinou je poškození centrální nervové soustavy. Příčiny této skupiny poruch jsou značně různorodé – od genetické příčiny, infekce CNS až po traumatické úrazy hlavy. V našich podmínkách spadá primárně většina těchto poruch především do kompetence neurologa. Vzhledem k tomu, že se s těmito poruchami setkáváme velmi často právě u školních dětí a vzhledem k tomu, že mají také výrazné psychopatologické projevy, uvádíme je i v tomto textu.

Narušený mentální vývoj

Mezi základní diagnózy z této skupiny se řadí tzv. mentální retardace a demence. Pokud se týče příčin, odkazujeme zde na úvodní pasáž textu poukazující na kauzální různorodost psychických poruch. Je důležité poukázat na rozdíl mezi MR a demencí – u demence došlo k poškození CNS až v pozdějším věku, uvádí se dolní hranice dvou let. Rozdíl mezi těmito dvěma poškozeními má někdy pedagogicko-didaktický význam – u demence nemusí být poškození CNS tak komplexní, takže některé mentální projevy zůstávají více funkční a lze je efektivněji stimulovat a rozvíjet.

Také je nutno připomenout, že tento druh mentálního poškození primárně sice poškozuje kognitivní funkce, ale v ontogenezi se u jedince rozvíjí, i když pod vlivem mentální poruchy někdy poněkud deformovaně, také další osobnostní prvky a potřeby. To znamená, že se zde uplatňují i základní psychické potřeby jako je například potřeba vztahu, sounáležitosti a především také výrazně potřeba seberealizace, na což je třeba při výchově a péči nezapomenout.

Dětská mozková obrna

Zjednodušeně řečeno se jedná o neprogresivní poruchu hybnosti, související s organickým poškozením mozku z velmi rozličných příčin, vznikající v prenatálním období až po rané dětství. Paralelně s tím se mohou někdy objevit i další postižení jako je nízké IQ, smyslové poruchy (často zrak), nebo epilepsie.

Uvádí se tradičně statisticky nejčastější tyto základní formy:

- Spastická forma, u které dle typu poškození mozku rozlišujeme skupinu hemiparetickou- vertikálně je snížena pohyblivost jedné poloviny těla,
- Diparetická forma – horizontálně poškozena motorika horních, či dolních končetin.
- Nespastická - dyskinetická forma s bezděčnými nepotlačitelnými pohyby a hypotonická forma se sníženým svalovým napětím a zvýšenou pohyblivostí kloubů.

V psychologické rovině u těchto dětí pozorujeme někdy určité poruchy duševního výkonu, koncentrace a intenzity pozornosti. Narušená může být jemná motorika a obratnost mluvidel, což vede ke snížené kvalitě řeči, jak formálně, tak i obsahově. Citově se u některých dětí může objevit větší labilita, podrážděnost, nebo nejistota. Zvláště závažné jsou (především v dospívání a skryté) pocity méněcennosti a dokonce i odmítání sebe sama.

Důležité jsou rodinné vztahy a rodinný status dítěte. Může to být na jedné straně odmítání dítěte, jindy naopak, spojen s pocity viny rodičů, rozvoj parazitujícího chování handicapovaného dítěte. Někdy se komplikovaná rodinná situace promítne i do určitého přístupu případných zdravých sourozenců – nemusí to být vždy jen favorizování zdravého dítěte, ale v některých případech se zdravé dítě dostává do nepřiměřeně submisivního

postavení. Výchovný poradce, nebo učitel, může se také setkat s ambiciózními rodiči, přeceňujícími celkové reálné schopnosti dítěte.

Epilepsie

Jedná se o chronické poškození tkáňové struktury mozku se záchvatovitými projevy. Zdrojem je tzv. epileptické ohnisko v mozku, kde primárně narušené nervové buňky jsou ve stavu mírné depolarizace a vztahují do své aktivity nenarušené okolní buňky – výsledkem je záchvat. Příčiny jsou velmi různorodé (zřejmě vícefaktorové) - od genetických, přes možné úrazy hlavy, alkoholismus, poruchy látkové výměny, narušené vodní a minerální hospodářství, celkovou životosprávu atd. Epilepsie se může objevit u jedince prakticky v kterémkoliv věkovém období, nejvíce potom v dětství. Epileptické záchvaty mají různou intenzitu, a také specifickou podobu a projevy. V textu uvádíme starší kategorizaci, která je jevově určitě srozumitelnější:

- Grand-mal, neboli velký záchvat – projevuje se ztrátou vědomí, pádem na zem, svalovými křečemi, často neudržením moči, nebo stolice. U této formy onemocnění se mohou objevovat tzv. prodromy a aura, což jsou různé pocity a zvláštní smyslové vjemy předcházející záchvatu. Na samotný záchvat si pacient nepamatuje, po probání z bezvědomí je i z tohoto důvodu zmatený, unavený, ospalý, nejistý. Tato forma záchvatů se může vyskytovat již od nejtělejšího věku, prakticky celý život.
- Petit-mal (dnes označováno jako absence) – krátká ztráta vědomí (desítky sekund), drobné, někdy až nepatrné svalové záškuby. Často jsou mylně pokládány za projevy dětské nepozornosti, jsou velmi frekventované – mohou se vyskytnout i několikrát v průběhu dne. Dané typy záchvatu se uvádějí jako nejtypičtější mezi 3. a 9. rokem života, v dospělosti údajně prakticky vymizí.
- Akinetický záchvat – bez prodromů, bez aury, prudký náhlý pád s velmi krátkou fází bezvědomí. Nejčastěji mezi 3. až 5. rokem života.
- Psychomotorický záchvat – ne plné bezvědomí, jen tzv. zastřené vědomí, evidentní motorický a psychický neklid, narušená koordinace motoriky, úzkost, automatické chování, somnambulismus, pocity nereálnosti. Z toho všeho vyvstává někdy určitá „agresivita“. Typické pro dětství.

V současné době je toto onemocnění, až na jisté výjimky, poměrně značně úspěšně léčitelné – důležité je dodržování doporučeného životního stylu, celková životospráva, včetně jídelníčku, pravidelné užívání tzv. antiepileptik. Ve škole je třeba počítat s určitými, někdy nápadnějšími, projevy chování, jako je například zpomalené celkové tempo (možný důsledek jistého vedlejšího účinku antiepileptik), poruchy pozornosti a soustředění, paměti, někdy snad i jistá mentální insuficience. V některých případech se uvádí také poruchy učení a chování, včetně ne plně žádoucích osobnostních změn.

Epilepsie ještě pořád patří mezi poruchy se značně negativním postojem ze strany většinové společnosti. Pro výchovného poradce by proto měly platit jisté zásady v přístupu k takto nemocnému dítěti – především odstranění dehonestujících bariér – respektovat důstojnost dítěte (např. při velkém záchvatu), nevykloučovat zkratkovitě dítě z různých školních i neškolních aktivit, podporovat jeho sebevědomí, znát podmínky dobrého režimu, být poučen rodiči, příp. odborníkem, jak k dítěti přistupovat v případě aktivního záchvatu.

Mozková komoce a kontuze

Lehčí formou tohoto druhu úrazu hlavy je otřes (komoce) mozku. Typická je pro toto poškození kratší ztráta (vteřiny, minuty) vědomí, nemusí být ale vždy a ne úplná, následně bezprostředně - bolesti hlavy, pocity na zvracení, únava, nesoustředěnost, přecitlivělost emoční, ale také zvýšená citlivost na smyslové podněty (světlo, zvuk) nebo různé vegetativní potíže.

V případě zhmoždění (kontuze) mozku se jedná o mnohem závažnější poškození CNS. Bezprostředním následkem je delší, až dlouho trvající ztráta vědomí – i když i zde nemusí být, hlavně na začátku úrazu, plně rozvinutá.

V průběhu cca půl roku od úrazu vymizí aktuální potíže (některé jsou uvedeny výše) – v podstatě u lehčích forem (krátká ztráta vědomí) mozkové komoce lze většinou hovořit o prakticky plné úzdravě. V případě závažnějších, či se opakujících mozkových úrazů, může docházet k trvalým a závažným důsledkům – od postižení kognitivních funkcí až po emoční změny a změny osobnostní, příp. charakterové.

První pomoc při úrazu – stabilizovaná poloha, adekvátně bránit prohlubujícím se upadání do bezvědomí v prostředí smyslově neiritujícím. Nepodceňovat situaci a usilovat o lékařskou pomoc.

Infekční poruchy CNS

Tato onemocnění lze rozdělit na dvě základní skupiny – encefalitidu (infekční zánět mozku) a meningitidu (zánět mozkových blan). Většinou jsou u laické veřejnosti spojovány tyto choroby s klíšťovou (encefalitida), či meningokokovou (meningitida) infekcí. Je třeba zdůraznit, že infekce CNS mohou vzniknout na základě vlivu i jiných činitelů – tedy bakterií nebo virů velmi různého původu. Takovéto patologické stavy mohou být u dětí i sekundárním důsledkem některých jiných infekčních onemocnění, především takových, které jsou doprovázeny vysokými horečnatými stavy – například spalničky, zánět středního ucha apod.

Podobné patologické stavy se mohou vyskytnout i po různých intoxikacích – otravy kyslíčnickem uhelnatým, těžkými kovy, otravy léky apod.

Bohužel i u těchto poruch se mohou, relativně často, objevit v pozdější době určité problémy (někdy se uvádějí poruchy chování), poruchy senzomotorické povahy, citové, osobnostní a vztahové změny.

Neurózy

Neurotické poruchy hrají významnou, dokonce jednu z hlavních rolí v historickém vývoji moderní psychopatologie a psychiatrie. V poslední době došlo k jistým typologickým a kategoriálním změnám v třídění a definici neurotických poruch. Oproti tradičnímu pojetí (to je v tomto textu více respektováno) došlo k jisté specifikaci a osamostatňování určitých neurotických projevů, které vedly v psychiatrické diagnostické klasifikační rovině i k jejich samostatné číselné denotaci. Tyká se to především kategorizačního začleňování například poruch řeči, poruch příjmu potravy, spánkových poruch aj. V tomto textu, rozsahem poměrně omezeném, jsou popsány především jednotlivé projevy chování, které mohou sloužit pedagogovi, speciálně nevzdělávanému v oblasti psychopatologie, jako jistý návod pro orientaci a jistou tendenci k rozpoznání možné neurotické poruchy.

Neurotické poruchy patří mezi nejčastější dětské poruchy. Nejedná se v žádném případě o zhoubné onemocnění, které by mělo za následek tělesné nebo mentální poškození. Z psychologického hlediska jde ale o velmi závažné onemocnění, které nevhodně ovlivňuje celkový duševní vývoj dítěte a narušuje jeho schopnost přiměřeně se chovat a jednat ve společnosti druhých. Důsledkem neurózy potom může být celá řada selhání, počínaje narušeným vztahem k rodičům až po neúspěchy ve škole. Příčiny neuróz jsou značně složité – od přirozeně zvýšeně citlivého nervového systému až ke komplikovaným a narušeným mezilidským vztahům. Právě neuspokojující mezilidské vztahy, především v rodině, jsou zřejmě nejnebezpečnější pro vznik dětské neurózy. Projevy neuróz mohou být velmi pestré - v klasickém medicínském pojetí se dělily do dvou základních skupin – na symptomy somatické a psychické:

Mezi somatické projevy patří bolesti a potíže v různých tělových orgánech – bolesti u srdce, bolesti hlavy, poruchy trávení a zažívacího traktu, poruchy spánku a celá různorodá řada dalších tělesných stesků dítěte.

Mezi psychické projevy neurotické poruchy je možno řadit různé stavy neklidu, nepozornosti, sebedoceňování, strachu, úzkosti v určitých situacích nebo zcela bezdůvodného strachu, který dítě nedokáže vysvětlit.

Mnohdy se všechny uvedené příznaky vzájemně kombinují a někdy jsou nápadnější projevy v tělesné oblasti, jindy psychické.

Některé příznaky jsou typické pro dětské neurózy: někdy jsou to poruchy řeči v různých formách a intenzitě – od poměrně častého zakoktávání až po dílčí nebo úplnou ztrátu řeči. Patří sem také některé projevy při poruchách spánku dítěte, jako mluvení ze snu, úzkostné bouřlivé buzení ze spánku a další. Za specifický dětský neurotický projev se tradičně uvádělo neudržení moči, či stolice – samozřejmě za poruchu je možno tento jev pokládat až v určitém věku dítěte a po vyloučení možných medicínských diagnóz.

V různém stupni a intenzitě se mohou u dětí objevovat tzv. tiky. Jde o různé opakované pohybové, někdy zvukové projevy, které mají za účel zbavit dítě vnitřního napětí a úzkosti: jsou to mrkání, pokašlávání, křivení. Patří sem i cumlání prstů a okusování nehtů, vzácněji vytrhávání celých skupin vlasů.

Velmi častým, a především nápadným projevem neuróz jsou zjevně neopodstatněné a bezdůvodné strachy – fobie, jež působí na okolí dítěte nápadně hlavně svou masívností a intenzitou v prožívání. Většinou vznikají situačně (například po těžké somatické nemoci – vystupňovaný strach ze smrti) a v souvislosti s ontogenetickým stupněm vývoje (např. strach z lidí a z červenání před nimi při rozkolísaném sebevědomí pubescenta). Prožitek fobie může vznikat z jakékoliv situace nebo předmětu – patologicky závažný bude tím více, čím paradoxněji vystupuje v konfrontaci s realitou obklopující nemocného.

Difúzní prožitek úzkosti, provázející veškeré jednání nemocného, je zřejmě centrálním symptomem neuróz a zároveň jeho přítomnost je podstatným znakem jak počátku, tak i rozvinuté neurotické poruchy. Uvědomění si přítomnosti tohoto symptomu v prožívání nemocného dítěte často dokáže vysvětlit někdy nepochopitelné styly jeho chování.

Často je nápadný a nepřiměřený styl chování ovlivněn obsedantně kompulzivním symptomem. Obsese jsou vtíravé myšlenky, které se objevují proti přání nemocného v jeho vědomí, z něhož je nedovede vytlačit. Považuje je za chorobné (například obavy z neuzamčených bytů, uložení učebních pomůcek do aktovky apod.) a stupňují jeho úzkost. Snaha po uvolnění obsese vede potom ke kompulzivnímu jednání (opakovaná kontrola bytu, opakovaná kontrola školní aktovky).

Snaha po potlačení úzkosti může vést dítě k různým magickým rituálům- například chození jen po černých dlaždicích, což dítěti pomůže zažehnat hrozíci školní neúspěch.

Jiné druhy neurotických projevů mohou být dítětem vzhledem k jejich „amorálnosti“ zvlášť pečlivě tajené a jejich objevení je důsledkem náhody, někdy právě toto odhalení může vést ke zhoršení neurotické úzkosti dítěte. Jako snad nejtypičtější příklad se uváděla onanie, kde v důsledku neurotického stavu dochází k předčasným projevům tohoto chování nebo je nepřiměřeně vystupňováno.

Neurózy jsou snad nejčastější dětskou psychopatologickou poruchou (někdy se uvádí, že se jedná o 1/5 dětské populace). Je nutno také poukázat na stále větší počet nemocných, nejenom dětí, ale i dospělých. Neurotická porucha se může objevit v každém věkovém období – příčiny a souvislosti dané skutečnosti jsou velmi složité – od vlivu fáze vývoje (případně krize) manželství rodičů až po závažné komponenty psychického a sociálního zrání dítěte. Z psychologického a pedagogického hlediska se stává velmi závažnou otázkou možných reziduálních vlivů proběhlého neurotického onemocnění pro rozvoj především takových stránek osobnosti jako je vývoj sebevědomí, citových a sociálních vztahů, případně i kognitivních zájmů ve vztahu k sociálnímu a vzdělanostnímu vývoji dítěte.

Pervazivní vývojové poruchy

Někdy se také používá označení: poruchy autistického spektra, nebo počeštěný výraz: pronikavé vývojové poruchy. Toto „české“ označení velmi výstižně upozorňuje na smutnou podstatnou skutečnost u této poruchy – jde o velmi závažné psychické poškození, které de facto postihuje hluboce a více méně trvale celkový psychický vývoj dítěte.

Dětský autismus

Uznání této poruchy jako specifického dětského psychického onemocnění se v praktické rovině objevuje až počátkem druhé poloviny minulého století.

V případě tohoto jevu jde o relativně širokou škálu různých symptomů, u nichž však nejvýrazněji vystupuje obtížnost sociálního a komunikačního kontaktu, neschopnost navázat mezilidský vztah (i s těmi nejbližšími), nepochopení emočním signálům, sklon k až extrémně stereotypnímu chování. Toto vše se potom odráží nejen v nonverbální komunikační neschopnosti, ale také, a to výrazně, v neschopnosti řeči jako komunikačního a sociálního prostředku. V extrémní variantě dochází k tomu, že autistické dítě chápe (zřejmě) lidi kolem sebe jako vlastně neživé objekty a tak také s nimi zachází. Obtížná je pro něj orientace v neznámém prostředí, což řeší právě útekem do známého, do stereotypu – ten se netýká jen fyzického prostředí (věci až s milimetrovou přesností na svém místě), ale i pokud jde o denní režim, jídlo atd. Jakákoliv změna vyvolává paniku, někdy agresivitu, často se manifestující až nebezpečným sebepoškozováním. Bohužel v relativně velkém počtu případů je postižen i rozumový vývoj-tj. je u dítěte diagnostikována mentální retardace. Jen v menším počtu případů se IQ pohybuje v rámci normy (hovoří se o tzv. funkčním autismu). Některé děti mohou překvapit některými svými výkony – například pamětními. Ale celkově i v těchto případech je problém, vzhledem k ostatním projevům, patřičně toho využít. Vzdělávací práce je značně náročná, někdy jako by nepřinášela žádný efekt ani dítěti, ani jeho okolí. Přesto se i u nás stále více věnují péči o tyto děti různé profesní a zájmové skupiny (někdy s překvapivě dobrými výsledky). Toto platí zvláště v případě diagnózy atypického autismu, kde zjednodušeně řečeno není celkový obraz tak tristní, jeví se spíše jako neúplný, a dává jistou naději jak samotnému dítěti, tak i jeho sociálnímu okolí.

Aspergerův syndrom

Do určité míry připomínají některé projevy dětí s Aspergerovým syndromem chování autistických dětí. Existují zde ale současně také významné rozdíly. Rozumový vývoj, včetně adekvátního (přes jisté nápadnosti – pedantérie, monotónost) rozvoje řeči, je v podstatě zachován. Nejnápadnější je u těchto dětí motorická neobratnost, problémy sociálně vztahové, tj. sociální adaptace. Přítomna je jistá stereotypnost chování, někdy specifické (nepřiliš obvyklé zájmy).

Rettův syndrom

Svým způsobem je možno pokládat tuto poruchu za velmi tragickou. Postižení je dáno geneticky, vzhledem k povaze genetické poruchy se vyskytuje jen u děvčat. V prvních měsících života probíhá vývoj přiměřeným způsobem. Náhle jako by byl přerušen – dochází k výrazné celkové regresi – ztráta manuálních a verbálních již osvojených dovedností, včetně medicínských symptomů jako je hyperventilace a ataxie. Sklon k sociálnímu a emočnímu chování je zachován, s pokračující demencí se i ten ztrácí. Mentální i fyzické postižení je hluboké a nezvratné, ve starší literatuře se uváděla jako typická ztráta života.

Hellerův syndrom – dezintegrační porucha

I zde, jako u Rettova syndromu, probíhá z počátku vývoj dítěte přiměřenou formou, cca kolem druhého roku života se objevují první projevy demence, senzomotorický handicap, verbální chudoba, upadá přiměřené zvládnání základních fyziologických projevů. Závěrečnou diagnózou je potom závažná forma demence.

V případě pervazivních poruch se jedná o jedno z nejzávažnějších psychických poškození, v mnoha případech s nepříznivou prognózou. To ale neznamená, že je naprosto edukačně nemožné alespoň o některé takto handicapované děti nejen pečovat po odborné medicínské stránce, ale v určitých případech poskytnout těmto dětem i vzdělávací péči.

Poruchy chování

Poruchy chování můžeme charakterizovat jako odchylky od standardního chování. To znamená, že dítě společenské normy chování chápe, ale nedokáže je respektovat a nedokáže podle nich jednat.

To sebou nese i další projevy jako je neschopnost empatie, vcítění se do druhých, vytvářet, přijímat a udržovat pozitivní sociální vztahy. Příčiny jsou velmi široké – v některých případech se uvádí genetické determinanty, komplikovanost nitroděložního vývoje nebo porodu. Někdy pozorujeme změny v chování u dětí, které prodělaly, často opakovaně, některé z onemocnění CNS, jak je uvádíme výše. Vedle těchto vlivů se zdůrazňuje také vliv blízkého sociálního (hlavně rodinného) prostředí. V tomto kontextu se ve starší speciální pedagogice uváděl pojem „závady chování“, pokud byla s jistotou diagnostikována disociální rodina. V určité míře lze pozorovat určitou souvztažnost mezi věkem a objevením se konkrétní poruchy:

Jedním z prvních projevů bývá nápadný vystupňovaný vzdor. Pro jeho diagnózu je důležitý věk dítěte a kontext takového chování. Jde o reakci na výchovný zásah dospělého, projevující se buď fyzickými a verbálními projevy, nebo pasivitou – mlčení, odchod z místnosti.

Mezi další projevy se řadí lež. Především u malých dětí je však nutno odlišovat fantazijní představivost od skutečné lži, která má praktický účel – vyhnout se povinnosti, trestu. Často zjišťujeme, že dítě lže jenom určité osobě, nebo v určité situaci.

Poměrně častým jevem bývá dětská krádež. I tady musíme odlišovat mezi vědomým odcizením předmětu a nevědomým přáním malého dítěte vlastnit určitý předmět. Dítě mladšího školního věku může poměrně snadno podlehnout touze vlastnit určitý předmět. Motivace (např. nebýt „socka“) a povaha činu hrají po poradenské stránce významnou roli.

Záškoláctví je stupňujícím se jevem posledních let. I zde je poradensky důležité zjistit motivaci – strach ze školního neúspěchu, strach z trestu, šikany apod. Někdy jde o „čistě“ impulzivní zkratkový jev, opět s různou motivací.

Dlouhodobá potulka (i skupinová), někdy bývá dopředu plánovaná a připravovaná. Motivace je různá – od formy nátlaku na rodiče až po touhu po dobrodružství. Někdy může být i projevem počínající psychické poruchy.

Někteří autoři uvádějí i další projevy poruch chování:

Negativismus – opačná reakce dítěte než je požadováno dospělým. Je odmítána komunikace s osobou, jež je zdrojem aktuální nebo dlouhodobé frustrace.

Lenost – nejde jen o prosté odkládání povinností, ale tento projev je nápadný prakticky ve všech komponentech jednání dítěte.

Nekázeň – vystupňována někdy až do absurdních forem, někdy jde o specifičnost osobnostních vlastností, často souvisí s kontexty sociální situace, v níž se dítě nachází.

Poruchy chování mohou být projevem tzv. disharmonického vývoje osobnosti, která se potom v dospělosti označuje jako porucha osobnosti (dříve označovaná jako psychopatie). Jde o nestandardní skladbu osobnosti, kde některé povahové a charakterové vlastnosti jsou potlačeny, některé vystupňovány, jiné chybí vůbec. V dětském věku se potom za zvláště závažné v tomto směru pokládají tendence k (pre)delikventním projevům, a především zvláště závažný je sklon k nemotivované agresivitě často vůči slabším, bezbranným nebo zvířatům.

Děti a nemoc

Kontrastní komponentou našeho života a zdraví je smrt a nemoc. Každé onemocnění sebou nese i někdy značné změny životního stylu, sociálního kontaktu a emočního prožívání.

Tato skutečnost platí zvláště významně pro nemocné dítě. Obtížné prožívání onemocnění dítětem je mimo jiné dáno jeho menší životní zkušeností a vědomostmi o konečných možnostech vývoje a ukončení nemoci. To způsobuje větší úzkost a zvyšuje jeho obavy z dalšího pokračování bolesti, změnách funkce tělesných orgánů, ale také nutných omezení celkových aktivit. Obavy se mohou rozšířit také na zdravotnický personál a léky. V subjektivním hodnocení závažnosti onemocnění dítětem se může odrazit také změněný postoj rodičů k němu, jejich projevy úzkosti, vystupňovaná péče a další.

V okruhu mimo rodinu vytváří nemoc dítěte problémy v otázce zameškané učební látky a přerušovaný vztah ke spolužákům. Poradce by si měl být vědom, že z určitého pohledu nelze hovořit o „lehkých“ nemocech. Většina dětských i běžných nemocí bývá doprovázena vysokými horečnatými stavy, které působí zátěžově na organismus dítěte. Dítě z tohoto

důvodu potřebuje určitý čas na rehabilitaci svých fyzických sil, který by měl být v relaci s trváním nemoci a její závažností. Zřejmě by nemělo být dítě v té době zkoušeno a prověřováno ani z látky, která se probírala před jeho onemocněním – naše snaha by se měla spíše zaměřit na doplnění těch celků učiva, které dítě zameškalo bezprostředně z důvodů nemoci.

Další závažnou skutečností jsou přerušené vztahy se spolužáky. Dětské vztahy jsou ve svém trvání značně podmíněny konkrétním fyzickým kontaktem, nemocné dítě je z tohoto důvodu donuceno si opět vydobýt v třídní skupině pozici, kterou mělo před onemocněním.

Neustále si musíme uvědomovat závažnost citlivého a taktního přístupu k dítěti během nemoci a také v době rekonvalescence. U menších dětí to znamená vyhnout se přílišnému rozmazlování. Starším dětem bychom neměli, při přechodu k „dospělejšímu“ výchovnému kurzu, vyčítat sklony k bolestícnosti a měli bychom přiměřeně jednat při jeho případném edukačním selhání.

Specifická situace vzniká také v případě, kdy dítě sice dochází do školy, přitom je však do jisté míry imobilní (například zlomená končetina). Někdy se totiž může pedagog domnívat, že při omezené aktivitě se nabízí možnost pro doplnění učiva u zaostávajícího žáka a zapomíná přitom, že některé druhy onemocnění nutí dítě vydat zvýšené množství fyzické a psychické energie, dokonce i na běžné formy péče o sebe.

Výchovný poradce by měl být dobře zpraven o ambulantním léčení, i když dítě dochází řádně do školy. Určité druhy léků totiž ovlivňují vnímavost dítěte – od zvýšené senzitivity až po zpomalené celkové psychické tempo. Jiné druhy vleklých nemocí vytvářejí další závažná narušení běžných, ale i základních aktivit – například adaptace na speciální režim, specifické diety, sádrové lůžko a podobně.

Při některých závažných chronizujících onemocněních dochází někdy k celkově změněnému prožívání sebe sama, umocněnému ještě lékařskými omezeními, která pro nemocné dítě vyplývají z diagnózy jeho nemoci – například srdeční vada, hemofilie. V takovém případě bychom měli pomoci dítěti nalézt možnosti kompenzačních aktivit, a tak stimulovat jeho celkové kladné prožívání vlastního života a životní reality. Pro výchovu má velký význam správný přístup k podobně handicapovaným dětem a svůj význam má v některých případech i utajení souvislosti nemoci s rodinným prostředím nebo některými dalšími příčinami a důsledky onemocnění. Děti, především starší, dovedou se svou nemocí někdy účelově taktizovat jak před rodiči, tak ve škole, se snahou dosáhnout nezasloužených výhod, či eventuální beztrestnosti za své chování. V jiných případech můžeme přehnanou informací o dané nemoci vyvolat u citlivého dítěte pocity méněcennosti, strachu z prohlubujícího se onemocnění a z vlastní budoucnosti.

V podstatě platí zásada, že dítě má vědět o své nemoci pouze to, co vyžaduje terapie. Aktivita ze strany dospělých musí spočívat nejen v poskytování péče a nutných informací k léčbě, ale hlavně v cílevědomé a systematické pozitivní stimulaci životních postojů dítěte.

Pro úspěšnou léčbu jsou zvláště nebezpečné projevy agravace a disimulace, kdy se dostávají do konfliktu požadavky léčení a zájmová, rekreační, či jiná motivace nemocného dítěte.

Výchovný poradce by měl věnovat zvýšenou pozornost dětem s kosmetickými vadami, nebo s drobnými smyslovými či jinými trvalými vadami, měl by dbát na potlačování eventuálně se u nich vyvíjejícího (často nepřiměřeného) komplexu. Stejně tak by měl výchovný poradce být schopen korektivního zásahu v kolektivu dětí, které dokážou být někdy vůči odlišným dětem kruté a cynické. Sociálně vztahově přísluší důležitá funkce výchovnému poradci také ve vztahu k příbuzným nemocného žáka – tj. mimo jiné schopnost empatického vcítění,

vysvětlení problémů dané nemoci a jejich souvislostí méně vzdělaným rodičům, snaha po jisté kontrole a morální tlak na nedbalé rodiče.

Základní literatura:

HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004.