

Dr. J. SASÍN — Dr. J. ŠVANCARA

PROBLEMATIKA ZAPOJENÍ DĚTÍ S NERVOVÝMI A DUŠEVNÍMI PORUCHAMI DO UČEBNĚ VÝCHOVNÉ PRÁCE

1. Úvod

Vyučování dětí ve zdravotnických zařízeních se již u nás stalo zjevem tak běžným, že by bylo zbytečné zdůrazňovat jeho význam. Nejlepším dokladem čilé práce na tomto úseku speciálního školství je např. právě vyšlý sborník, který připravil MUDr. Vojtěch Trnka se svým kolektivem. Jde o velmi cennou příručku, která obsahuje vedle zobecnění zkušeností učitelů a lékařů ze škol při rozličných zdravotnických zařízeních pro nemocné děti také stručné pojednání o vyučování ve škole při psychiatrické a neurologické klinice v Praze.¹⁾

Autoři se shodují v názoru, že zatím co se na většině oddělení vyučují děti, které jsou z větší části psychicky téměř normálně výkonné, jde na nervových a psychiatrických odděleních hlavně o případy, u nichž právě duševní porucha je základním onemocněním nebo závažným průvodním jevem značně ovlivňujícím výchovu i vyučování. Domníváme se proto, že v tomto stadiu vývoje škol při zdravotnických zařízeních bude nutné propracovat do hloubky i metodiku výchovné a výukové práce a vycházet při tom jak ze znalosti povahy onemocnění, tak i psychických změn, které je provázejí. V přítomné práci se chceme pokusit o shrnutí zkušeností z první fáze pobytu dítěte na oddělení a naznačit jak lékařská, tak i psychologická a zejména pedagogická hlediska nezbytná pro zapojení do učebně výchovné práce. Při tom je třeba zdůraznit, že zde nejde jen o problematiku speciálně pedagogickou, neboť právě učitelé všeobecně vzdělávacích škol mohou často první pozorovat u svých žáků příznaky počínajících nervových nebo psychických poruch a mají žáky opět vhodně zapojit do vyučování po návratu z nemocnice.

2. *Psychické změny u nejčastějších nervových a psychických onemocnění a jejich vztah k učebně výchovné práci*

Práce I. P. Pavlova, K. M. Bykova a dalších spolupracovníků ukazují na četných instruktivních příkladech vliv poruch vyšší nervové činnosti na funkci ostatních orgánů a naopak. Pohlížíme-li na organismus jako nedílný celek, je nám lehce pochopitelné, že každé onemocnění má svůj odraz v duševní činnosti. U neurologicko-psychiatrických onemocnění jsou duševní změny nejvýraznější. U neuros jsou duševní vlivy dokonce primárním činitelem. Některé organické nervové choroby mají typické změny psychiky. Jindy mívají zcela odlišné poruchy tentýž nebo velmi podobný odraz ve sféře duševní.

O rozsahu narušení základních psychických pochodů nebo naopak o tom, které schopnosti zůstávají chorobou nedotčeny, o charakterových vlastnostech, motivaci jednání, o determinantách citových konfliktů dětí atd. se zmiňuje psycholog ve svém nálezu, který je jedním z opěrných bodů pro diagnostiku. Ale také učitel

¹⁾ Vyučování nemocných dětí, Praha 1958, str. 134—143.

se zajímá o výsledek psychologického vyšetření, neboť mu rámcově vytyčuje možnosti učebně výchovné práce.

Se zřetelem k psychickým zvláštnostem se dále zmíníme o některých onemocněních, která se na odděleních často vyskytovala nebo o chorobách, které pro svou zvláštnost vyžadují ohledy také ze strany učitele.

1. Z následků časné dětské mozkové obrny vyžadují zvláštního zřetele při vyučování poruchy motoriky a psycho motorické koordinace, vady řeči a v určitém procentu také mentální defekt na stupni slabomyslnosti. Duševní stav těchto dětí se rozvíjí úměrně s celkovým vývojem. Za pobytu na oddělení bývají většinou úplně zapojeny do školního vyučování.

2. Dosti velké procento v rámci této skupiny tvoří nemocní s obrnou lícního nervu, která se během léčebného pobytu zcela upraví. Duševně nejsou chorobou vůbec postiženi a jsou zapojeni do vyučování ve stejném rozsahu jako před onemocněním, nakolik to jen výkony léčebných opatření dovolují.

Zato děti s choreou minor (tanec sv. Víta, posunčina) mívají také psychické příznaky. Podle našeho vlastního výzkumu je v jejich chování nápadná citová vratkost, ležérnost, často nedostatek odstupu k dospělým. Vnímání je povrchní, nevytrvalé, hlavně v důsledku poruch pozornosti. Slovní projev se vyznačuje častějším užíváním vulgárních výrazů (blbě, to je fuk, čokl, vzrzlo se to, blončá mě ruka aj., ještě nevážnější, byly zaznamenány při psychologickém vyšetření). Všechny tyto změny by se však mohly ve škole přehlédnout. Bývají to však zvýšené pohyby končetin a grimasy, které na začátku onemocnění budí pozornost spolužáků i učitele. Někteří rodiče i učitelé chápou, bohužel tyto projevy na začátku onemocnění jako záměrné. Jejich nesprávným hodnocením, podmíněným často vztahovачností („ušklíbá se mně“) mohou vyvolat pocit křivdy nemocných. Jako příklad můžeme uvést úryvek z výpovědi 13letého děvčete: „Učitelka vzkázala matce, že takhle budu mít samé pětky a maminka mně nadávala, že jsem nešikovná.“ Jindy 13letý hoch říká: „Učitel mně nadával a děčka se mně smála.“

Získá-li si učitel na oddělení důvěru těchto dětí, může značně přispět odreagování pocitu křivdy. Avšak teprve ke konci léčebného pobytu, tj. nejčastěji po 3—4 týdnech mohou být tyto děti jen pozvolna zapojeny do vyučování, i když se mnohdy jeví jako zdravé. V průběhu léčebného postupu se nejdříve upravuje motorická koordinace a regulace chování, zatím co nejkřehčí procesy, především pozornost, nesou dlouho stopy chorobných změn, jak vyplývá z experimentálních výsledků psychologického vyšetření.

3. Nemocní s otravami kysličníkem uhelnatým, atropinem, některými léky apod. tvoří jen nepatrné procento. Tyto otravy bývají často provázeny těžkými psychickými změnami a práce učitele s nimi přichází v úvahu jen ke konci pobytu, metodou pozvolného zapojování do školní práce.

4. Děti s nádorem mozku mívají všeobecné chování těžce nemocných. U velké části z nich vyvolává nádor stav chronicky lehce sníženého vědomí až somnolence. Děti bývají zchvaceny bolestmi hlavy, zvracením, může se přidružit hemiparesa nebo poruchy dorozumívacích schopností. Po stránce psychické se vyznačují hlavně zpomalením asocičních pochodů, ztiženou vstřípmostí, reprodukčním rázem myšlení a pozvolnou demencí, apatií, nebo naopak citovou labilitou. Z povahy choroby vyplývá, že nemocní mohou být v době před neurochirurgickým zákrokem jen ve velmi omezeném rozsahu zařazeni do učebně výchovného procesu. U některých nemocných, kdy po operačním odstranění nádoru dochází pozvolna k restituci psychických schopností, může být spolupráce učitele velmi cenná.

5. Některé stavy po úraze lebky (komoce, kontuze) se rovněž doléčují na našem oddělení. U těchto dětí se nezřídka chybí v tom, že bývají předčasně zatěžovány školní prací. Nemocní se vyznačují ještě dlouho po úraze (týdny, měsíce) nedostatečnou koncentrací, zvýšenou únavností a jemnými poruchami výbavnosti. Leckdy bývají po návratu z nemocnice hodnoceny ve škole jako líné, neukázněné, nedbalé apod., případně i jako rušitelé kázně. Na takové nesprávné hodnocení mohou citlivé děti reagovat negativismem, pocity méněcennosti, jindy hrubostí, odporem ke škole vůbec. Proto se učitel na oddělení snaží získat především jejich zájem o vyučování a pak je cestou opakování pozvolna zvyká na duševní práci.

Zvláštní charakteristiku mají záchvatové stavy různých forem, nejčastěji malé a velké epileptické záchvaty. U části těchto nemocných se setkáváme současně s poklesem rozumových schopností. I když nelze často užívaným termínem „epileptický charakter“ vystihnout osobnost všech epileptiků, přece jen i u dětí zjišťujeme daleko častěji, než by odpovídalo normálnímu rozptýlu, některé jeho rysy: zpomalené, těžkopádné myšlení, nepřízpůsobivost, ulpínavost, egocentrismus, zvýšená popudlivost. S těmito vlastnostmi počítá učitel při své práci, snaží se u dětí vyzvednout jejich kladné rysy (důkladnost, opravdovost apod.), respektuje jejich osobní tempo a vhodnou výchovnou taktikou předchází zlobným afektům. Při vyučování dbá také na bezpečnostní opatření (možnost úrazu při záchvatech).

7. U dětí s progresivní atrofií svalovou se můžeme setkat s projevy tíživého prožívání choroby,

zvláště ve starším školním věku. Jinak jde častěji, než by odpovídalo normálnímu výskytu, o děti rozumově méně nadané (inferiorní intelekt). S tím vedle omezené pohyblivosti učitel při své práci musí počítat.

8. Neurosy tvoří bohatou skupinu pokud jde o chorobné projevy i jejich příčiny. Léčí se většinou ambulantně a na oddělení jsou přijímány jen závažné případy, jako těžké úzkostné, fobické a obsedantní stavy, reaktivní depresivní stavy, těžké tiky, neuresy, mentální anorexie aj. Tyto děti mohou mít ve škole neúspěchy, které vyplývají z funkčních poruch vyšší nervové činnosti a nikoliv z nedostatku rozumových schopností. Horší výsledky ve školní práci mívají nejen děti velmi živé a neklidné, jejichž pozornost nadměrně kolísá, ale i děti úzkostlivé svědomité, ostýchavé a bázlivé. Příčinou toho bývají mezery paměti a nesprávné odpovědi pro neznalost souvislostí. Rozdělíme-li si neurotické děti jen zhruba na dvě skupiny a) se zvýšeným neklidem, b) utlumené — pak u obou skupin jsou četné didaktické a pedagogické problémy, s nimiž se učitel na oddělení vždy případ od případu vyrovnává.

V konfliktových momentech dětí bývá často zastoupena i škola. Uvedeme si jen jeden z běžných případů: 7leté děvče, žačka 1. třídy, zvrací denně ráno při snídani. Zvracení mizí v neděli a během školních prázdnin. Souvislost se školou je zřejmá. V takovém případě bylo vlivné zapojení děvčete do školní práce na oddělení jednou z důležitých složek úpravy poruchy.

9. Stejně pestré jsou poruchy chování u disharmonických (psychopatických) osobností objevujících se také v důsledku hrubých nedostatků výchovné péče. Stejně jako u neuros jsou jedním z hlavních poruch sociálních vztahů, uplatňující se často přímo disociačními činy. Povahově to bývají často děti slabé vůle, nezdrženlivé, citově chladné, zvyklé očekávat odvetná opatření. Školní prospěch mívají často slabý pro zanedbanost a nikoliv pro nedostatek schopností. Vedle intenzivní individuální psychoterapie záleží u nich mnoho na režimové péči, která je hlavně v rukou učitele.

10. Slabomyslnost většinou nevyžaduje umístění na oddělení, pokud se nespojuje s jinou nervovou nebo psychickou poruchou. U dětí, kde pozorovací pobyt má vyloučit opoždění duševního vývoje v důsledku výchovné zanedbanosti, záleží mnoho také na pozorování takových dětí ve vyučování a zhodnocení jejich vzdělavatelnosti.

11. Psychotické stavy tvoří sice malé procento počtu hospitalizovaných dětí, ale vyžadují zvýšenou pozornost celého pracovního kolektivu pro závažnost onemocnění a nevypočitatelnost jednání těchto dětí. Porušení navyklého způsobu života často celkový stav ještě zhorší. Učebně výchovná práce na oddělení napomáhá tedy nejen v udržení kontinuity školního vyučování, ale stálá činnost (analogie léčby prací u dospělých) současně oslabuje i chorobnou dominantu. Učitelovy záznamy o chování těchto dětí mají svůj význam také pro diagnostiku a sledování vývoje onemocnění.

Psychické zvláštnosti, o nichž jsme se jen ve zhuštěné formě zmínili, patří k nejdůležitějším skutečnostem, z nichž musí učitel na neurologicko-psychiatrickém oddělení vycházet, chce-li úspěšně pracovat.

3. Navázání pedagogického kontaktu s nemocnými dětmi

Východiskem každé učebně výchovné práce na oddělení je navázání osobního kontaktu s nemocnými. U zdravých dětí s normálním duševním vývojem je to pro zkušeného učitele poměrně snadné. U nemocných dětí bývá navázání kontaktu obtížnější, také už proto, že se ocitají v novém, často dosud neznámém prostředí. Může u nich dojít k abnormním psychickým reakcím ve formě tzv. hospitalismu, který pak brzdí průběh léčení. Děti s nervovými či psychickými poruchami reagují ještě daleko častěji abnormně. Vyskytují se u nich také mnohem častěji dvě krajní varianty chování v kolektivu: jedni setrvávají v opozici, nezapojí se do práce a projevují se jako rušivý živél; druzí se nedovedou začlenit, stáhnou se do sebe a touto izolovaností trpí. Okolnost, jak se učiteli podaří získat si důvěru těchto dětí, často velmi ovlivní celý jejich pobyt na oddělení.

Všeobecně vzdělávací škola zakládá své výchovné působení převážně na autoritě a opírá se při tom o celý systém kázeňských prostředků. Na osobní vztah žáka k učiteli zde kromě toho působí i poměr rodičů k učiteli a ke škole vůbec. Zatím co pro zdravé dítě bývá škola nejdůležitější povinností a hlavním okruhem jeho individuálních vztahů, připadá si nemocné dítě po přijetí na oddělení většinou jako

oběť onemocnění a pasivní činitel léčebných záměrů zdravotnického personálu. V této situaci se ovšem vytváří vztah dětského pacienta k učiteli zcela jinak. Jedna část dětí je přítomností učitele v nemocnici překvapena, ba zpočátku i zklamána. („... jsem přece nemocný, tak se nemusím učit!“ ... „a to se zde ještě musím i učit?“), druhá část je naopak mile překvapena, když se domnělý lékař změní v učitele, od kterého mu nehrozí žádné bolestivé zákroky. Učitel je pro dítě osobou mnohem známější a může se stát prostředníkem mezi dítětem a zdravotnickými pracovníky na oddělení.

Zapojení dítěte do vyučování je ve většině případů individuální a vyžaduje proto navázání osobního kontaktu v daleko větší míře, než je tomu na kmenové škole. Podaří-li se učiteli vytvořit úzký osobní vztah k nemocnému dítěti, projeví se to nejen v jeho učebně výchovné práci, ale značně se tím ovlivní i poměr dítěte k léčení. Dítě pak mnohem trpělivěji snáší nejrůznější léčebné zákroky, netrápí se tesknoutou, nebo nepomýšlí na útek.

Navázání osobního vztahu zvláště s některými neurotickými a psychopatickými dětmi klade však mimořádné nároky na přizpůsobivost, trpělivost a vynalézavost učitele. Nestačí k tomu snad jen „mazlivý tón“ mluvy u menších dětí, nebo vzbuzování „respektu“ u starších, jak se o navázání kontaktu pokoušejí někdy laikové. Podle našich zkušeností je nejdůležitější podmínkou úspěšného navázání kontaktu: 1. porozumění obtížím dítěte, 2. schopnost vcítit se do jeho situace, 3. hřejivý zájem o všechny záležitosti dítěte.

Hovoří-li nemocné dítě s vyšetřujícím lékařem nebo ošetřující sestrou, setrvává k nim nejdéle v určité distanci a uzavřenosti. Poskytne-li mu učitel příležitost, aby se svěčilo se svými nesnázemi, přispěje to leckdy k uvolnění psychického napětí.

Pro porozumění komplikovaným citovým stavům zvláště u dětí, které trpí neurozami, má učitel čerpat nejen ze znalostí psychologie, ale má umět také hodně vytěžit z vlastních dětských zážitků.

Dítě, které se cítí zvláště zpočátku na oddělení osamocené, vítá sice každou sebemenší pozornost, dovede však velmi citlivě rozpoznat suché, jen konvenčně formulované otázky od upřímného a hřejivého zájmu.

Tento postup nemůže být ovšem standartní, neboť reakce našich nemocných jsou takřka nevyčerpatelné. Učitel si obvykle teprve po delší době vytvoří vlastní taktiku v jednání s difilními dětmi. Ze zkušenosti víme, jak mohou být i maličkosti často velmi důležité. Např. je dobře oslovovat dítě křestním jménem, a to ještě tak, jak je na to doma zvyklé. Jeden 10letý hoch (disharmonická osobnost se schizoidními rysy) se přímo ohradil proti oslovení Frantíku a byl ochoten připustit pouze Fanouše, nebo Fanu. Mnohdy je nutno přihlížet také k jiným rodinným zvyklostem, k rozdílu vyjadřovacích prostředků, k rozdílu města — venkov, dbát na to, abychom se nevhodně nedotkli některého konfliktu dítěte atd.

Chování některých difilních dětí, zvláště neurotiků hysterického typu a některých dětí s psychopatickými rysy, by mohlo provokovat nezkušeného učitele k afektivním projevům. Pro poměr učitele k nemocným tohoto typu možno alespoň na začátku hospitalisace převzít zásadu skupinové léčby: „rozumíme všemu, tolerujeme mnoho, souhlasíme však s nemnohým“ (Slavson). Dá-li se učitel vyvést z klidu, znesnadní si tím další práci s dítětem. Stává se pasivní složkou, pouhým článkem řetězu konfliktů. Podaří-li se takovému dítěti vyvolat neklid, napětí, či roztržku, prožívá svým způsobem nejen nepříznivé důsledky svého chování, ale také jistý pocit uspokojení. Stejně jako každý úspěch podněcuje další činnost, vytváří takový incident dispozici k dalším konfliktům. Dítě po-

znává, že ani učitel v nemocnici to s ním nedovede jinak než jeho dřívější vychovatelé. V takových situacích se nám osvědčuje potlačit v sobě každý projev neolibosti, prozatím přehlédnout některé nevhodné formy chování a vyjadřování, zdvořilým, ale pevným způsobem opakovat své přání, pokyn apod. Jestliže např. chlapec, u kterého se dá očekávat projev odporu, je požádán o splnění úkolu slovy: „Miloši, prosím tě“ nebo „buď tak laskav . . .“, je to pro něj překvapující moment, který zhatí jeho obvyklou negativní reakci.

U dětí, které naopak reagují na přijetí do nemocnice psychickým útlumem, setkává se s úspěchem, představíme-li je ostatním spolupacientům s přáním, aby se jich ujali a seznámili je se zvyklostmi oddělení.

Také výtvarná práce, psaní kroniky oddělení, zapojení do čtenářského kroužku, případně individuální volba vhodné knihy podle povahy pacienta, společný poslech reprodukováné hudby apod. přispívají k snadnější adaptaci dětí na oddělení a nepřímo usnadňují navázání osobního kontaktu.

4. Prověrka školních znalostí dětí přijatých na oddělení

Pro seznámení se s dítětem, které bylo přijato na oddělení, je navázání osobního kontaktu základní podmínkou. Navazování kontaktu však neprobíhá samoučelně, odděleně od učebně výchovného procesu. Když se učitel obeznámil se zvyklostmi, zájmy i obtížemi dítěte a získal si jeho důvěru, přejde nenápadným způsobem k otázkám, které mu poskytnou informaci o úrovni školních znalostí. Jedině tak si udělá představu o rozsahu často zameškaného učiva. V záznamech žákovské knížky a v sešitech najde totiž obyčejně jen částečnou oporu.

Víme ze zkušeností, že dítě, které pro nemoc nebylo přítomno vyučování, obyčejně nedožene zameškanou látku, některé souvislosti mu unikají, nemůže porozumět další látce, dostává špatné známky, je zklamáno, ztrácí zájem atd. Takové děti je třeba povzbuzovat, podněcovat jejich zájem a pomoci jim zjištěné mezery ve vědomostech a dovednostech doplnit a tak zjednat podmínky pro navázání nového učiva. Dětem, které vykazují velké nedostatky, pomáhá učitel individuálně v doučovací skupině nebo je dočasně zařadí do skupiny mladších dětí a po zvládnutí učiva je přeřadí.

Další rozdíly ve vědomostech nemocných dětí jsou způsobeny tím, že dosud není na všech školách důsledně dodržován časový plán a rozvržení učiva podle osnov a metodických statí. Tak se při počtu asi 20 žáků ve třídě, kteří pocházejí z 20 různých škol, objevují značné rozdíly, které se během školního roku obvykle zvětšují. Učitel tedy svůj plán koordinuje s učebními osnovami a individuálně pracuje s těmi, kteří zůstali pozadu.

U některých dětí je vhodné, zvláště u žáků vyšších ročníků, doplnit prověrku jejich znalostí ještě písemným úkolem, z něhož vyplynou nejen jejich gramatické znalosti či neznalosti a jejich pohotovost ve vyjadřování, ale i další poznatky o jejich životě, zájmech atd. (Např. téma „Můj domov“, „Co nejraději dělám“, „Moji rodiče“, „Proč jsem dostal 4 z chování“ apod.). Získané poznatky však nepovažuje učitel za definitivní kritérium, ale v průběhu pobytu dítěte na oddělení si je dále ověřuje a doplňuje, zvláště pozorováním dítěte v různých přirozených situacích, při činnosti, v kolektivu atd.

Prověрка školních znalostí je pro učitele dosti spolehlivým měřítkem pro zařazení nově přijatého dítěte do určité pracovní skupiny či postupného ročníku. Avšak i v rámci práce tře skupiny a téhož ročníku je třeba ještě přihlížet ke zvláštnostem onemocnění a podle toho stanovit pro jednotlivé žáky nejvhodnější pracovní plán i pracovní tempo. Ukážeme si takový rozdílný pracovní postup na několika příkladech rozdělených do čtyř skupin.

První skupinu tvoří nemocní, kteří po určitou dobu pobytu na oddělení nejsou vyučováni. Povaha onemocnění nedovoluje zpočátku ani pasivní vyučování. Zdravotní stav těchto nemocných se však postupně stále zlepšuje. Někdy se to velmi názorně jeví také v jejich grafických projevech, např. u chorea minor, jak možno pozorovat na přiložené ukázce (viz obr. na str. 234). Dále sem patří děti, které se na oddělení doléčují z následků po úraze lebky a mohou mít dočasně fatické poruchy různého rozsahu (ztráta schopnosti vyjadřovat se řečí, písmem, ztráta schopnosti číst, vykonávat naučené, účelné pohyby apod.). Kromě toho trpí zvýšenou únavností, nedostatečnou koncentrací pozornosti, sníženou vstřípmostí paměti a nevytrvalostí v myšlenkové činnosti. Považuje-li lékař za vhodné zapojit takové dítě do vyučování, má se tak dít velmi nenápadně a pozvolna. Podobně je tomu také i u některých dětí, které jsou po operaci mozkového nádoru, u stavů po intoxikacích, po skončení spánkové léčby, u některých neuros, choree minor aj. Duševní výkonnost těchto dětí není ještě zdaleka normální. Proto je učitel jen pozvolna zvyká na běžné tempo vyučování. U takových dětí podáváme látku pokud možno tak, aby ji mohli sledovat s vynaložením nejmenšího psychického úsilí. Abychom přespřiliš nezatežovali pozornost a paměť našich dětí, rozdělujeme vždy probíranou látku na několik samostatných celků. Z jednotlivých úseků pak vybíráme charakteristické rysy a spojujeme v jednotlivý celek, který pak upevňujeme opakováním. Usilujeme, aby výklad byl klidný, poutavý a opíral se co nejvíce o názorné pomůcky. Prostě všemožně se snažíme probudit, získat a upoutat zájem žáka o vyučování. Obyčejně začínáme opakováním starého učiva, abychom žáka dostali na úroveň jeho vědomostí před onemocněním nebo úrazem a postupně je pak rozšiřujeme o základní učivo z češtiny, ruštiny a matematiky. Ovšem i zde se zpočátku omezujeme jen na nejdůležitější prvky. Pozvolna pak rozšiřujeme učivo základních předmětů a nakonec přibíráme i předměty ostatní (fyziku, chemii, biologii, dějepis, zeměpis atd.) podle přesně vypracovaného individuálního plánu.

Psychická výkonnost dětí této skupiny se zlepšuje ruku v ruce s úpravou celkového zdravotního stavu. Učitel tedy stále sleduje tento vývojový vztah a dbá na to, aby nepřiměřeným zatížením nenarušoval zlepšující se zdravotní stav. Z konzultací s lékařem, případně i podle výsledků psychologického vyšetření pozná, zda normálního pracovního zatížení bude dítě schopno ještě během pobytu na oddělení nebo teprve později, po rekonvalescenci doma. Považujeme za důležité, aby toto dynamické hledisko respektovala také krenová škola.

Druhou skupinu z hlediska postupu ve vyučování tvoří nemocní, u nichž se celkový stav zhoršuje a prostředky dnešní lékařské vědy se dá tento nepříznivý průběh nejvýše zpomalit. I když procento těchto onemocnění je nepatrné, přesto na našem specializovaném oddělení nejsou vzácná. Jde zejména o difúzní demyelinisace a subakutní sklerotizující encefalitidy a některé maligní mozkové nádory. Z hlediska psychického stavu dochází tu k deterioraci rozumových schopností, k zploštění celého zájmového a zážitkového okruhu, k projevům flegmatismu nebo bezstarostné euforie — tedy k postupující demenci. Připojují se praxické poruchy různého stupně značně znesnadňující i grafické výkony nemocných.

U těchto dětí se snažíme, aby neměly pocit vyřazenosti z kolektivu a nepohybovaly se jen v okruhu vlastních chorobných představ. Nejde u nich samozřejmě o zvládnutí látky v plném rozsahu předepsaném osnovami, nýbrž o udržování jejich činnosti na optimální výši, tedy spíše jen o přiměřené zaměstnání. Podle potřeby se přeřadí takový žák i do nižšího postupného ročníku, aniž by byl na to zvláště upozorňován. Hry a zábavy, kterých se tyto děti rády alespoň pasivně zúčastňují, umožní vyplnit jejich volný čas. Jinak obvykle nejsou schopny samostatné práce. Vyžadují proto mnoho individuální péče.

Do této skupiny patří např. 10letý hoch, který by měl nyní navštěvovat 5. třídu. V druhém pololetí ve 4. třídě začal učitel kmenové školy psát poznámky do žákova sešitu týkající se zhoršeného písma. Byly to však již první příznaky choroby (difusní demyelinisace). Písmo se stále více zhoršovalo. Nešlo však jen o poruchu písma, ale současně o jemnější změny ostatních psychických funkcí, jako všípivosti, pozornosti, logického myšlení, které nebyly ve škole tak nápadné, ale projevily se markantně po přijetí na oddělení. V daném případě nutno kladně hodnotit iniciativu učitele kmenové školy, který závčas upozornil rodiče, „že to s hochem není v pořádku“ a že by bylo dobře, aby ho dali na odborné vyšetření. S výjimkou grafických projevů je dnes hoch nejvýše na úrovni 3. postupného ročníku. Postupně byl nucen přestat psát perem, posléze i užití tužky mu činilo obtíže, neboť vykonával na ni příliš silný tlak a často ji zalomil. Kromě ryze motorických obtíží jde o projev ideatorní dyspraxie, kdy chybí dokonalá cílová představa grafického projevu.

Z tohoto příkladu vidíme, že učitel nerozšíří vědomosti a dovednosti těchto nemocných, ale udržuje dítě aspoň ve vědomí sounáležitosti k třídnímu kolektivu, ve vědomí rovnocennosti, plní tu tedy více psychoterapeutické poslání.

Třetí skupinu tvoří nemocní, kteří mají z léčebných důvodů přerušované vyučování. Patří sem pacienti s obrnou lícního nervu, kteří se zúčastňují vyučování jen obden. Součástí léčebného procesu jsou horečnaté stavy, uměle vyvolané tyfovou vakcinou, vždy každý druhý den. Vysoká teplota dopoledne a následná únava vyrazují žáka ze školní práce. Výuková práce je ještě dále časově omezena tím, že se druhý den tyto děti vrací teprve v 10 hodin z fyzikální terapie. Protože jde jinak o děti s normální psychickou výkonností, využívá učitel zbývající půlden k intenzivnímu probrání základního učiva.

Čtvrtá skupina má vyučování v celém rozsahu. Patří sem mnohé vyléčené stavy krátce před propuštěním z nemocnice, z nově přijatých dětí s problematickým chováním (neurozy, disharmonické osobnosti), větší část epileptiků, některá nervová onemocnění bez akutních psychických změn. Plné zatížení školní prací zamezuje u většiny těchto dětí nežádoucímu růstu vědomí chorobnosti, jindy odvrátí od hypochondrického sebepozorování, jindy čelí účelovým reakcím (útěk do nemoci). Ve většině případů vyplňuje vyučování čas, kterého nelze léčebně využít a přispívá k stabilisaci denního řádu na oddělení.

Rozdělení žáků do uvedených čtyř skupin podle povahy onemocnění a okamžité psychické výkonnosti vyplynulo z úsilí po zajištění zásady přiměřenosti vyučování. Uplatnění této zásady u našich nervově a psychicky nemocných dětí je daleko nesnadnější, než u jiných nemocných, protože je tu více proměnných vlastností, jimž se má učební postup přizpůsobit. To znamená volit pro ně úkoly přiměřené nejen co do náročnosti obsahu, nýbrž úměrné také rozsahem a formou výkladu a konečně také vhodným časovým rozvržením (uvnitř vyučovací jednotky, v rámci celého dne i celého léčebného pobytu). Vzhledem k velkým rozdílům ve výkonnosti žáků téhož postupného ročníku zadává učitel úkoly, které mohou splnit všichni žáci a těm, kteří bývají hotovi dříve, ukládá ještě úkoly doplňkové a doplňující.

Otázka přiměřenosti vyučování úzce souvisí se zásadou názornosti. Čím více je duševní stav dítěte narušen nějakou chorobou, tím méně je schopno vytrvalého a abstraktního myšlení. Proto také začínáme u našich dětí první skupiny naprosto názorným vyučováním, u druhé skupiny jsme nuceni se omezit jen na názorné úkoly.

Úspěšné názorné vyučování není však zvláště v nemocnici možné bez vhodných vyučovacích pomůcek. Ovšem mnohé běžné pomůcky se pro naši práci nehodí a jiné snad vhodnější nelze zase často opatřit. Shromažďujeme si tedy různé pohlednice a obrázky z časopisů, třídíme a ukládáme je podle oborů. Tak jsme získali materiál, který nám sice vydatně pomáhá, ale zdaleka nestačí. Rychlý vývoj vědy, techniky a průmyslu vyžaduje ustavičné doplňování a náhradu zastaralých pomůcek novými. To je však zejména v nemocnici věcí opravdu velmi obtížnou. Není to jen otázka peněz, ale především místa pro jejich přehledné uschování. Snad právě proto se nám tak dobře osvědčuje používání barevné fotografie a zvláště barevného diapozitivu, který jako vyučovací pomůcka, opírající se o optickou paměť, má oproti jiným značné výhody. Jeho velkou předností je např. již to, že při promítání je místnost většinou zatemněna a děti jsou nuceny soustředit pozornost na jedině viditelný obraz, který ve spojení s živým slovem učitele vytváří zvláště příznivou atmosféru. Diapozitivní obraz je však také mnohem brilantnější, má bohatší tónovou stupnici, a proto také i více podrobností. Světla na něm skutečně svítí, sníh a voda mají svůj třpyt, stíny jsou hluboké a syté. Tím se zvyšuje také plastičnost promítaného obrazu, který je obvykle tak velký, že může být dobře sledován i dětmi ze vzdálenějších míst (lůžek). Grafické diapozitivy zhotovené na bezbarvém a průhledném podkladě je možno promítat i bez zatemnění, takže si děti mohou zhotovit náčrty promítnutého obrazu i při denním světle.

Nejvíce se nám osvědčují diapozitivy, které jsou reprodukcí obrázků z učebnic, neboť nejen oživují vyučování, ale i značně usnadňují dětem samostatnou práci s knihou.

Další velkou předností diapozitivu je, že si jej dnes může poměrně snadno zhotovit učitel sám, případně k tomu využít i pomoci starších žáků, a to buď fotografickou reprodukcí, např. z učebnice, nebo přímým ofotografováním skutečného přístroje, předmětu, nebo práce s ním.

6. Výchovná práce na oddělení

Výchovná práce na oddělení je nedílnou součástí vyučování a prolíná celý pobyt dítěte. Výchovná stránka působení učitele má četné styčné body s činností zdravotnického personálu, který rovněž sleduje vedle léčebných také výchovné cíle. Na nervových a psychiatrických odděleních má výchovná práce s nemocnými poněkud jiný ráz. Je to dáno zvláště tím, že u mnohých dětí jsou právě vážné výchovné obtíže hlavním důvodem návštěvy oddělení. Často ani učitelé si nevědí s dítětem rady, protože běžnými výchovnými prostředky je nelze zvládnout. Je věcí lékaře, aby učinil správnou diagnosu, při čemž se vedle vlastního vyšetření a pomocných nálezů opírá o psychologický rozbor chování, hlášení sester a chování dítěte na oddělení a konečně o zprávu učitele, který má v porovnání s ostatními četné výhody zejména v tom, že pozoruje dítě v navozených i nenavozených situacích, při úkolové činnosti, v průběhu několika hodin denně po dobu celého pobytu.

Léčba, výuka a výchova jdou spolu ruku v ruce, vzájemně na sebe navazují, prolínají se a doplňují. Vlastní výchova našich dětí je vedena snahou nepříznivě

vývojové dispozice potlačovat, utlumit a příznivé rozvíjet a posilovat. Z povahy oddělení vyplývá, že se tu učitel často setká s různými nežádoucími reakcemi chování a přestupky. Snaží se jim čelit dvojím způsobem: předcházet situacím, které by tyto projevy podporovaly a nežádoucí chování napravovat.

Tak jako jsme si rozdělili nemocné do čtyř skupin z hlediska výuky, je možné i při výchově přihlížet k dětem:

a) které nepůsobí zvláštní výchovné obtíže (mnohé obrny lícního nervu, některé neurosy s orgánovou symptomatologií, jako tiky, enuresy, dále svalová onemocnění),

b) u nichž jsou výchovné obtíže přechodným nebo měnlivým průvodním jevem onemocnění (některé epilepsie, stavy po úrazech lebky, některá zánětlivá onemocnění mozku apod.),

c) u nichž jsou výchovné obtíže hlavním příznakem poruchy (některé neurosy, psychopatie, disociační projevy aj.).

Podle toho, kterými z uvedených činitelů je podmíněno chování našich nemocných, diferencuje také učitel své výchovné působení. Svérázná psychická struktura však není důvodem pro výchovu pouze individuální. Naopak individuální působení učitele je na místě, pokud to celkový stav nezbytně vyžaduje. Jakmile je to možné, využíváme spolupráce celého dětského kolektivu k povzbuzování kladných vlastností a tlumení nežádoucích projevů. Některé patologické varianty chování lze dosti snadno usměrnit, např. chorobnou citlivost hysteriků. Takovému děvčeti nebo hochu dáme úkol, který by jeho citlivost nestupňoval, ale přece jen uspokojil v přijatelné míře jejich snahu po vyniknutí. Osvědčuje se svěřit jim vedoucí úlohu při pomoci opožděným žákům, vyzvednout některou jejich kladnou vlastnost jako vzor apod. U některých forem nervozity převažuje úzkostlivost, nejistota a snížené sebevědomí. Snažíme se vrátit jim sebedůvěru tím, že na ně klademe požadavky úměrné jejich schopnostem a po splnění je při sebemenším úspěchu oceníme a podpoříme další snahu pochvalným uznáním. Pochvalou nešetříme, ale také neplýtváme. Užíváme jí úměrně sebevědomí nemocného, povzbuzujeme snížené sebevědomí, ale šetříme pochvalou u dětí, které mají sklon „vytahovat se“.

Sport má velmi kladný vliv na výchovu, zvláště také tím, že vede k dodržování pravidel, respektování druhých, k spravedlivému hodnocení, cvičení v sebekázni, čímž může blahodárně ovlivnit chování dítěte. Na našem oddělení se snažíme tyto prvky uplatnit ve hrách a soutěžích. Pořádáme besídky s recitacemi, zpěvem a společenskými hrami. Dětem při tom přidělíme úkoly přiměřené jejich věku a individuálním schopnostem. Některé příliš pohyblivé děti se dobře uplatní v organizaci těchto zábav a soutěží.

Na oddělení jsme založili kroužek fotografický, mičurinský a technický. Na podzim a na jaře se uplatňuje více kroužek mičurinský a fotografický, v zimě technický. I tady je zaměstnání dětí odstupňováno podle povahy onemocnění a tělesné i duševní vyspělosti. Pro učitele je práce v těchto kroužcích časově velmi náročná, ale stává se pro něj neocenitelným zdrojem psychologického poznání vlastností a sklonů dítěte. Práce v kroužcích je dále zdravou protiváhou trpného ležení nebo sezení a nejednou zastává funkci tělesné výchovy nebo i pohybové rehabilitace (např. u některých dětí s parezami).

Ruční práce má nemalý vliv na vůli našich dětí. Slovíčko „chci“ je základním kamenem a hybnou silou každého úspěchu. Je všeobecně známo, jak děti velmi rády něco zhotovují. Této touhy po manuálním zaměstnání je proto třeba vhodně využít při vyučování i výchově. Dětem tak poskytneme možnost nejen pasivně

pozorovat, ale i aktivně všemi smysly zažít celý postup výroby určité věci, a to od vlastního rozvržení práce, přes všechny detaily, až k dohotovení výrobku, jako celku. Při tom mají možnost uplatňovat své vlastní náměty, hlavně však musí překonávat různé překážky a těžkosti, které jim k úspěšnému dokončení návrhu kladou materiál a nástroje, věci jinak často naprosto nezvyklé. To vše je nutí, aby přemýšlely a šly cestou vlastního pracovního pokusu. Čas, který stráví odstraňováním překážek, cvičí je ve vytrvalosti a nutí k trpělivosti. Opět dvě vlastnosti, které neurotické děti nejednou tolik potřebují. To, že dítě samo něco vykonalo, je mu pak nejen odměnou za vykonanou práci, ale i velkou vzpruhou do dalšího snažení. Samozřejmě, že se má jednat o věc, která je dětem blízká. Nemusi to vždy být jen náměty výlučně užité. Naopak je záhodno a potkává se nejspíše s úspěchem, když se děti zaměstnávají především tím, o co mají bezprostřední zájem a co odpovídá jejich představám.

Velkou přednost ručních prací je třeba vidět dále v tom, že dávají dětem možnost vlastního, samostatného pozorování a usuzování o zhotoveném předmětu. Děti samy pozorují svůj úspěch, pokrok, zdar, nedostatky, neúspěch a nejsou tedy závislé pouze na rozhodování učitele, který se zde stává jen iniciátorem, technickým rádcem a vůdcem. Ze žádného výkladu nepochopí děti správnou cenu určité hračky či modelu, dokud se samy nepřesvědčily o práci, čase, námaze a obtížnosti jeho výroby. Tak se učí docela názorně i šetrnosti. Dětská práce je zde hrou a hra se stává prací. Každý zásah ruky při zpracování výrobku vzbuzuje v dětech i vnitřní citový poměr a úctu k dokončenému dílu. Výrobní nesnáze, zažití tvořivého úsilí jsou pro ně dokonalým vodítkem k pochopení hodnoty nejen práce vlastní, ale i cizí. Tak pomáháme zvláště dětem s disociaálními sklony (krádeže, podvody aj.) při vytváření správného poměru jak k hodnotám, které samy vytvořily, tak i k socialistickému vlastnictví vůbec.

Čím vzdálenější je cíl, tím delší je i cesta, která k němu vede, a proto také tím více podnětů a samostatnosti máme při její volbě dětem poskytnout. V tom právě záleží zdravá dětská tvořivost, kterou je nutno u dětí všemožně podporovat. Při tom však je třeba dbát na individualisaci pracovních úkonů, podle diferenciací zájmů, schopností a chorob jednotlivých dětí, proto při každé práci vycházíme z důkladného studia jak osobnosti dítěte, tak i povahy jeho onemocnění a přidělujeme mu takové úkoly, které je podle potřeby uklidňují, vzrušují, nebo povzbuzují.

Tam, kde nelze slovními podněty chování dítěte ovlivnit, upouštíme od dlouhého vysvětlování a přesvědčování. Přidělíme mu úkol, dáme do ruky nástroj a pracujeme s ním. Snažíme se tak vytvářet jednotný funkční celek slova a jemu odpovídajících podnětů prvé signální soustavy.

Z hlediska speciálně pedagogického poskytují takto chápané ruční práce učitelé neurotických dětí nezměrné možnosti dokonalého využití všech léčebně výchovných zásad. Při tom výchova ručními pracemi je zcela přirozená, neboť se řídí individuálními potřebami jednotlivých dětí, a to především s ohledem na jejich zdravotní stav. Je to výchova bezprostřední a pravdivá, protože žák se obírá reálnými předměty bez jakýchkoliv okolních rušivých vlivů. Jde přímou cestou k výsledku. Dále je to výchova jednotná, protože rozvíjí všechny správné dispoziční harmonicky a při vlastní práci upravuje někdy i narušený stav dítěte k spolužákům, učitelům a ostatním lidem. Konečně je to výchova všestranná, která rozvíjí nejen základní psychické pochody (paměť, obrazotvornost atd.), ale vytváří i kladný citový postoj k činnosti, podněcuje k vytrvalosti a překonávání překážek, zušlechťuje estetické citění a posiluje pocit sounáležitosti k pracovnímu kolektivu.

Mimo organizované zaměstnání učebně výchovnou práci se však naše děti věnují samozřejmě i zábavě. Zvláštní pozornosti zasluhují různé formy her, které jsou u zdravých dětí spontánním projevem jejich činnosti. Na našem oddělení může být hra cenným zdrojem pozorování i výchovně léčebného ovliv-

*Už škole jsem psala
dobře*

Už se mě píše dobře.

Ukázka písma 11leté nemocné choreou minor. Nahoře je patrná značná porucha grafomotorické koordinace při přijetí k léčbě. Dole je ukázka úpravy písemných projevů téhož děvčete po 4 týdnech léčby.

ňování. U dětí s neurotickými a psychopatickými poruchami chování můžeme častěji sledovat tyto typy her:

- a) hra infantilní, málo tvořivá a vynalézavá, těkává, s ohledem na věk dítěte nepřiměřená (panenky u 11letého děvčete apod.),
- b) hra samotářská, svědčí pro narušení sociálních vztahů,
- c) hra stereotypní (kdy dítě stále opakuje tutéž hru), je u normálně vyvinutého dítěte téměř vždy známkou poruchy nebo alespoň zvláštnosti chování,
- d) hra zlostná, kdy dítě ničí hračky, bije je, nebo se na ně zlobí, nutí k zamyšlení, zda dítě ve hře nepřenáší svou averzi vůči rodinnému prostředí na hračky.

Při posuzování hry se však nespokojíme jen s krátkodobým pozorováním, neboť střídání vyspělejších projevů s méně vyspělými se může vyskytnout i u zdravých dětí.

Má-li hra splnit své výchovné poslání, je třeba, aby se o ni zajímal také někdo z dospělých (v našem případě učitel nebo sestra). Těžiště učitelovy práce je však ve vyučování a sestry jsou obvykle zaneprázdněny jinými naléhavějšími úkoly. Bylo by proto vhodné, aby na neurologicko-psychiatrických odděleních učitelé ve výchovné práci doplňovala zkušená družinářka, nejlépe sestra s pedagogickým vzděláním.

Souhrn

Rozvoj samostatných škol při zdravotnických zařízeních přináší s sebou řadu speciálně didaktických a pedagogických problémů. Autoři, kteří pracují jako učitel a psycholog na dětském neurologicko-psychiatrickém oddělení, popisují způsob zapojení dětí s různými nervovými nebo duševními poruchami do vyučování na lůžkovém oddělení. Vycházejí při tom ze základního onemocnění, z duševních změn, jež jsou jeho důsledkem a z denního řádu zdravotnického zařízení. Navázání pedagogického kontaktu, které je základní podmínkou úspěšné učebně výchovné práce s nemocnými, vyžaduje porozumění zvláštnostem jejich chování a vhodnou taktiku učitele. Po prověrce školních znalostí nemocných zvolí učitel v dohodě

s lékařem a s přihlédnutím k psychologickému nálezu nejvhodnější typ učebně výchovné práce. Popisuje se rozdělení na čtyři skupiny podle druhu onemocnění. Výchovné působení prolíná celý pobyt dítěte na oddělení. Naznačují se některé zřetele výchovy dětí s neurotickými poruchami chování.

Autoři se domnívají, že jejich zkušenosti z učebně výchovné práce s nervově a duševně nemocnými mohou upozornit také učitele všeobecně vzdělávacích škol na příčinnou souvislost některých školních neúspěchů s celkovým zdravotním stavem žáků a ke zlepšení pozvolného zapojení žáků do vyučování po jejich propuštění z nemocničního ošetřování.

Literatura

1. Beneš K.: *Psaní na zvláštní škole*, Praha 1957.
2. Brohm—Brunecký—Holub: *Duševní vývoj dítěte a jeho poruchy*, Praha 1957.
3. Holub V.—Švancara J.: *Neurosy v dětském věku z hlediska výskytu, etiologie a prevence*, Praha 1957.
4. Ludvík Fr.: *Školství pro mládež vyžadující zvláštní péči*, Praha 1954.
5. *Pediatric* čs. XII, 4, 1957.
6. Popelář B.: *Úvod do studia problémů dítěte vyžadujícího zvláštní péči formou popisného listu*, Brno 1955.
7. Příhoda V.: *Úvod do pedagogické psychologie*, Praha 1956.
8. Souček J.: *Těžké děti*, *Pedagogika*, VI, str. 719, 1958.
9. Sovák M.: *Defektologie obecná*, Praha 1955.
10. Švancara J.: *Čs. neurologie*, XX, 1, 1957.
Čs. psychologie, I, 2, 1957.
Čs. psychiatrie, LIV, 4, 1958.
11. Švancara J.: *Hospitalismus*, *Zdravotnická pracovnice*, č. 11, 1958.
12. Teyschl: O. *O nervosním dítěti*, Praha 1957.
13. Trnka V.: *Zaměstnávání dětí*, Praha 1957.
14. Trnka V. a kol.: *Vyučování nemocných dětí*, Praha 1958.

Иозеф Сасин и Иозеф Шванцара

Проблематика привлечения детей с нервными и психическими недостатками к учебно-воспитательной работе

Развитие самостоятельных школ при здравоохранительных учреждениях выдвинуло ряд специальных дидактических и педагогических проблем. Авторы, работающие в качестве учителя и психолога в детском неврологическо-психиатрическом отделении больницы, описывают способ вовлечения детей с различными нервными или психическими недостатками в процесс обучения в условиях стационара. Авторы при этом исходят из основного заболевания, из психических изменений, которые являются его последствием и из установленного порядка в медицинском учреждении. Создание педагогического контакта, который является основным условием успешной учебновоспитательной работы с больными, требует от учителя снисхождения к особенностям их поведения и особой тактики. Проверив школьные знания больных, учитель в согласии с врачом и с учетом установленного психологического диагноза выбирает наиболее рациональный тип учебно-воспитательной работы с ними. Ребенок подвержен воспитательному воздействию в течение всего времени пребывания в больнице. Авторы затрагивают некоторые взгляды на воспитание детей с нейротическими недостатками поведения.

Авторы полагают, что их опыт в области учебно-воспитательной работы с нервным и психическими больными может привлечь внимание и учителей общеобразовательных школ на причинную связь некоторых случаев неуспеваемости в школе с общим состоянием здоровья учеников и содействовать улучшению постепенного вовлечения учеников в процесс обучения после их выхода из больницы.

Problems of Teaching and Bringing up Children Suffering from Nervous and Mental Disorders

The development of separate schools attached to Health Institutions entails a number of special didactic and pedagogical problems. The authors, one working as a teacher and the other as a psychologist at the Child Neurology and Psychiatry Department, describe the way of teaching children suffering from various nervous and mental disorders at the In-Patients Department. They proceed in their work from the underlying disorder and the resulting mental changes, and from the daily routine of the Health Institution. The establishment of pedagogical contact, which is the basic condition for a successful educational and instructional work with the patients, necessitates an understanding of the peculiarities of their behaviour and the choice of a suitable tactic on the part of the teacher. After testing the patients' knowledge, the teacher chooses, in agreement with the doctor and taking into account the psychological diagnosis, the most suitable type of educational and instructional work. The educational influence makes itself felt throughout the child's stay in the Department. They suggest some aspects of bringing up children with neurotic disorders in their behaviour.

The authors believe that their experiences, gained in teaching and bringing up patients suffering from nervous and mental disorders, may be of use to teachers of the General Educational Schools because they draw the teachers' attention to the causes of some classroom failures and their connection with the over-all condition of the pupils' health. They may also facilitate the gradual transition of pupils to normal schools after their hospital treatment has ended.