

Mentální defektivita mládeže jako sociální a společenský problém

PAVEL VODÁK, OLGA KALČÍKOVÁ, EVA LAUBENDORFOVÁ

Psychiatrická poradna pro děti a mladistvé KÚNZ
Středočeského kraje, Praha
Krajské metodické organizační středisko SKNV,
Tluskov

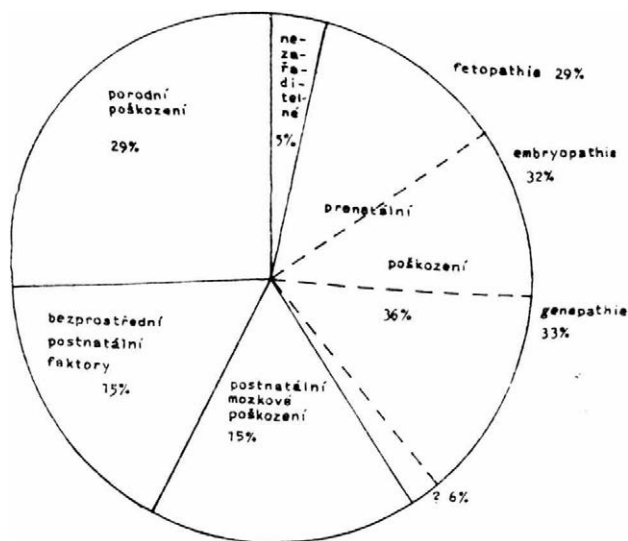
Práce o mentální defektivitě dnes nelze již plně obsáhnout. Bibliografie světové literatury o mentálním poškození publikované v roce 1964 [1] obsahuje mnoho tisíc hesel. Jen v jejím doplňku [2], který shrnuje práce od dubna 1964 do 31. 12. 1964, nacházíme přes 2 300 pramenů. Přesto jen poměrně malá část se zabývá touto otázkou z hlediska prevence a jen nepatrná část z hlediska sociologického. V dalším se pokusíme pojednat o některých aspektech tohoto problému.

Podle konzervativních odhadů z různých zemí trpí 3—4 % obyvatelstva oligofrenií s inteligenčním kvocienem pod 70. Počítá se, že např. v NSR je 1½ miliónu slabomyslných. Z počtu 1 miliónu dětí, jež se ročně narodí, nedosáhne 30 000 duševní úrovně dítěte dvanáctiletého, 5 000 je im-

na péči společnosti, nemůže ponechat v klidu lékaře, sociology ani ekonomy.

Z těchto důvodů jsme si položili otázku, zda tato problematika je stejně závažná i u nás; pro naše účely vyjímáme jen několik dílčích otázek:

- jak jsou tyto děti postiženy,
- jak lze zlepšit jejich uplatnění ve společnosti,
- jak vznikla jejich porucha,
- zda bylo nutné, aby vznikla,
- zda se hromadí v některém prostředí, a je-li tomu tak, pak proč,
- jak snížit jejich počet,
- jak jim pomoci, kde jsou hranice vývoje jejich možností,
- kolik finančních prostředků na ně naše společnost vynaloží.



Obr. 1

becilních a 2 500 je idiotických. (H. Bickel [4]). V USA jejich počet prý dosahuje 5—6 miliónů. Tak vysoký počet osob, jež z větší části nebo zcela budou odkázány

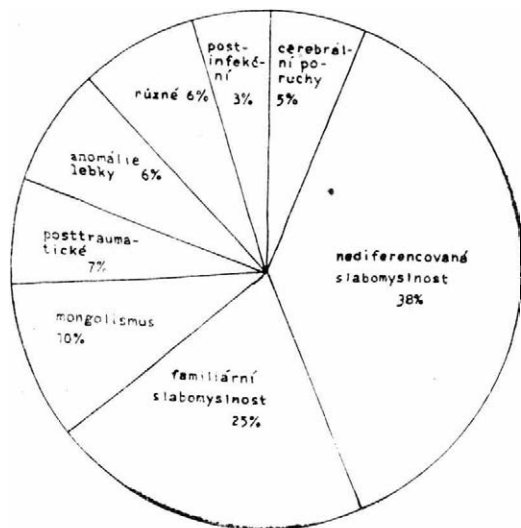
Protože odpověď na každou z těchto otázek by vyžadovala nejméně samostatnou monografii, omezíme se na popis některých základních zjištění sloužících pře-

devším pro informaci sociologů. Ostatními otázkami se hodláme zabývat v dalších pracích, jež by rozvedly některé z dílčích problémů, jež jsou zde pouze nadhozeny.

Mentální defekty lze dělit podle různých hledisek, z nichž nejčastěji se užívá hledisek etiologických.

Podle Lelonga a Satgého lze mozkové poruchy podle frekvence rozdělit tak, jak je uvedeno na obr. 1.

Allen však udává frekvence jednotlivých duševních defektů zcela rozdílně (obr. 2). (Obr. 1 i obr. 2 jsou převzaty z práce H. Bickela [3].)



Obr. 2

Přestože mohou být názory na vznik a formy těchto poruch velmi různorodé a rozdílné, většina autorů je celkem jednotna v názoru pokud jde o jejich celkový počet. V souvislosti s posledním zjištěním je třeba si položit otázku, do jaké míry se tyto skupiny občanů mohou stát brzdou rozvoje vědeckotechnické revoluce v našich podmínkách.

1. Celková situace ve zkoumaném kraji

Vyšetřili jsme proto vzorek v uzavřeném okruhu Středočeského kraje s 1 273 000 obyvateli, ve kterém by teoreticky mělo být celkem 3—4 %, tj. 37 500—50 000 oligofrenních jedinců.

Ve Středočeském kraji navštěvovalo v roce 1963 celkem 183 000 žáků ZDŠ (základní devítileté školy).

Ve zvláštních školách (dále jen ZŠ) je umístěno asi 2 500 žáků.

Vezmeme-li za základ údaje Matějčkovy [12], je v jim zpracovaném vzorku kraje oligofrenních a slaboduchých dětí jen 57 %, takže 43 % dětí je umístěno ve zvláštní škole z jiných důvodů než jen pro sníženou inteligenci. Z vycházejících žáků ZŠ asi 50 % nastoupí do učebního poměru, přičemž odpadne asi 17 %. Většina těch, kteří učební obor dokončí, patří do oné skupiny žáků ZŠ, kteří nebyli oligofrenní a do zvláštní školy tedy nepatřili.

To je jev jistě potěšující, neboť ukazuje, že život koriguje do určité míry důsledky zanedbanosti a umožňuje zařazení těchto jedinců do pracovního procesu.

Naše údaje by však přesto nevystihovaly problematiku v plné šíři, kdyby nepočítaly s absolventy 5. a 6. tříd normálních škol, kde najdeme nemálo jedinců se sníženou inteligencí, z nichž někteří jsou debilní. Jak se zdá, jsou možnosti uplatnění těchto dětí, vycházejících sice z normálních škol, ale z nižších tříd, ve srovnání s žáky zvláštních škol podstatně horší (Matějček—Brázdilová) [13].

Také v učilištích pro absolventy ZŠ se v poslední době ve stupňující míře prosazuje tendence přijímat pouze nejlepší žáky. Tím se vytváří situace, že skutečně debilní mládež, pro kterou tato učiliště byla zřízena, se do těchto zařízení nedostávají. Obtíže jejich zařazení do pracovního poměru stoupají pro nedostatek chráněných pracovišť.

Mnohé naše kazuistické případy ukazují, že u méně inteligentní mládeže, která nebyla bezprostředně po absolvování školy zařazena do učebního poměru nebo do pracovního procesu, se později vyvíjejí pracovní návyky jen obtížně a utváří se volné pole pro náhradní nevhodné formy využití a často delinkvence.

Opačné tendence můžeme však pozorovat v ústavech pro nevzdělavatelný dorost. Tam, kde před léty mládež byla schopna pracovat v řadě nenáročných oborů (zemědělství, ovocnářství, zahradnictví, chovatelství, košíkářství apod.), je nyní třeba vzdát se často dobře zavedených tradičních pracovišť pro stoupající tlak na umístění jedinců pro jakoukoliv činnost zcela neschopných. Práce, která je zde rehabilitačním prostředkem, je tím odepřena celé jedné skupině nevzdělavatelné mlá-

deže, jež v ní nachází jedinou možnost vyžití svého jednoduchého života.

Vedle defektních osob vzdělavatelných je ve Středočeském kraji určitý počet nevzdělavatelných jedinců, kteří nejsou a nebudou schopni školní docházky a jejichž inteligenční kvocient odpovídá ve většině případů zhruba 50. nebo je nižší. Z nich jen asi každý desátý ukazuje IQ vyšší než 50 a nevzdělavatelnost je podmíněna faktory dalšími (duševními chorobami, epilepsií, vadami pohybového aparátu apod.). V ústavech pro nevzdělavatelné děti jich žije 495, 50 dalších čeká na umístění a podle záznamů psychiatrické poradny pro děti a mladistvé téměř 1000 je dosud v rodinách.

Pro srovnání: v ročnicích 1960—62 je 1,1 %—1,8 % všech vycházejících dětí neschopno pracovního zařazení, což by v patnácti ročnicích představovalo asi 3 600 dětí. Mezi nimi jsou však započteny i děti smyslově a tělesně vadné, takže počet nevzdělavatelných přibližně odpovídá námi předpokládanému číslu, tj. asi 1 500 dětí.

Srovnání námi předpokládané frekvence oligofrenií s prameny, které jsme citovali na počátku naší práce, ukazuje, že frekvence oligofrenií v dětské populaci ve zkoumané oblasti je podstatně nižší než „konzervativní“ 3—4 %, která vykazuje světová literatura, za předpokladu, že neunikají naší pozornosti (evidenci), což však považujeme za nepravděpodobné.

Povšimneme si však dále jen děti v ústavech, které jsme podrobili důkladnějšímu průzkumu.

2. Nevzdělavatelné děti v ústavech

Vyšetřili jsme tělesně, psychologicky a psychiatricky všech již zmíněných 495 dětí z ústavů pro nevzdělavatelné děti. Děti jsme rozdělili do skupin podle druhu postižení, přičemž jsme se vzdali jemnější diferenciace všude tam, kde jsme nepředpokládali, že by měla praktický význam,

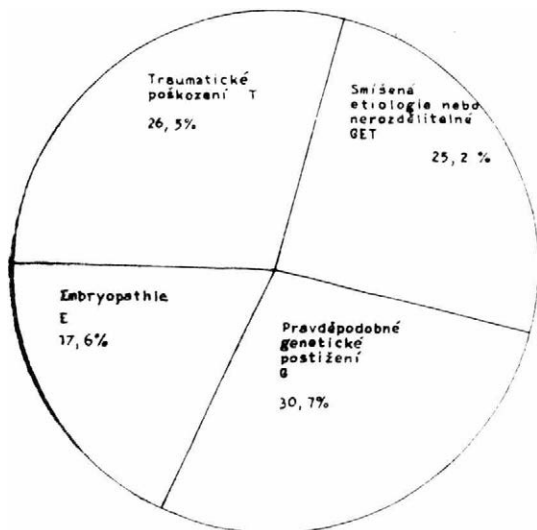
Do první skupiny jsme zahrnuli postižení způsobená porodem nebo jinými traumaty (dále označeno jako T).

Do druhé skupiny jsme zařadili tzv. genetické omyly představované především mongolismem (Downovou chorobou), krevní inkompatibilitou a několika dalšími méně častými jednotkami (dále označeno jako E).

Do třetí skupiny jsme zařadili ty případy, u nichž jsme mohli předpokládat, že jde o defekt v důsledku určité souhry nevhodných vlivů dědičných (G).

Ve čtvrté skupině jsou zařazeny blíže přesně neurčené případy nebo případy se smíšeným poškozením, genetického původu, event. embryopatie nebo traumata (GET).

O počtu jednotlivých skupin nás informuje schéma 3, srovnatelné se schémata 1 a 2. (V konečných číslech jsme vyřadili všechny mladistvé, takže $n = 306$).



Obr. 3

Mimoto jsme zjišťovali, z jak početných rodin pocházeli naše defektní děti.

Psychopatologická přítěž v rodině byla zjištěna ve skupině traumaticky postižených dětí jen výjimečně, zatímco u skupiny dědičných postižení se ukazuje jasná převaha. Poměr patologických jednotek je

$$T : E : G : GET = 3 : 6 : 135 : 18.$$

Z toho je zřejmá mnohonásobně větší frekvence duševních a dalších poruch ve skupině G před všemi ostatními skupinami.

Abychom čtenáře nepřetěžovali příliš podrobným rozbořením dalších tabulek, uvádíme rozdílnosti zjištěné v jednotlivých skupinách aspoň heslovitě:

A. U rodin, kde děti byly poškozeny traumaticky, nebo kde jde o „genetické omyly“:

1. Dojde-li u prvního dítěte v běžné rodině k poškození porodem nebo embryo-

patii, je větší pravděpodobnost, že rodina nebude mít další děti. Pokud další děti má, zůstává při dítěti druhém a pravděpodobnost, že bude mít dítě třetí, je velmi nízká.

2. Pokud se vyskytne porodní poškození nebo embryopatie u dětí, které mají již starší sourozence, je vysoká pravděpodobnost, že toto dítě zůstane posledním.

3. Poškození dvou dětí porodním traumatem je výjimečné.

4. Druhotná onemocnění jsou obvykle v souvislosti s poškozením mozku (epilepsie aj.).

Společenské uplatnění rodin této skupiny v podstatě odpovídá situaci v naší populaci. Frekvenci poruch u dětí nacházíme tudíž u všech socioekonomických skupin rozloženu celkem rovnoměrně.

B. U rodin, kde předpokládáme genetické poškození

1. Děti, u kterých jsme hodnotili poškození jako podmíněné geneticky, jsou častěji z tzv. velkých rodin.

2. Těchto poškozených dětí bývá více v jedné rodině. Často jsou oligofrenní i další děti, i když stupeň poškození není vždy takového stupně, aby dítě bylo nevzdělatelné. Někdy však nacházíme pět nevzdělatelných v ústavech umístěných sourozenců ze šesti, jindy ze čtyř sourozenců jsou čtyři nevzdělatelné.

3. Jindy jsou děti navíc postiženy vadami smyslovými — slepotou, hluchotou nebo oběma poruchami současně.

4. Častou komplikací je epilepsie.

5. U rodičů nacházíme nahromaděná poškození mentální, smyslová a tělesná vady, jakož i duševní onemocnění a alkoholismus.

6. Pracovní uplatnění těchto rodin bývá nízké. Velká část rodin žije v rozháraných poměrech. Často se v jedné rodině vystřídalo více „otců“ či matek, nebo se jedná o nekompletní rodiny. Podle povolání mají převahu nekvalifikovaní pracovníci z oboru zemědělství, kteří se poměrně často stěhují. (Přesná srovnání s kontrolní skupinou nemohla být provedena — může tudíž jít o subjektivní pojem autorů.)

7. Kriminální činy — krádeže, narušování občanského soužití a sexuální delikty se zdají v této skupině hromadit.

Zdá se však, že tyto negativní jevy lze zjednodušeně odvozovat z „dědičných

předpokladů“, ale ani z celkového kontextu společenských podmínek, prostředí, kulturní deprivace apod. těchto rodičů. K této otázce se autoři zamýšlejí vrátit v další práci. Zjištění uvedená v tomto oddílu platí pro skupinu označenou jako dědičně podmíněné poškození, a do určité míry i o skupině, kde nebylo možno oddělit embryopatie, event. dědičné poškození.

Je třeba zdůraznit, že zjištěné skutečnosti platí pro děti v trvalé péči ústavů pro nevzdělatelnou mládež a děti. Je možné, že se v nich hromadí případy skupiny „G“, protože jde o velké rodiny, kde se projevují nepříznivé sociální faktory, což potom vede k přednostnímu umisťování dětí takto postižených.

Popisované jevy platí pro náš soubor, kterému prozatím chybí kontrolní skupina. Závěry autorů představují tudíž pracovní hypotézy, jež však považují za důležité pro další výzkum.

3. Praktické problémy

Defektní dítě a rodina

Defektní nevzdělatelné dítě ovlivní v našich podmínkách život rodiny vždycky. Míra tohoto ovlivnění je závislá jednak na rodině samé, jednak na závažnosti defektu.

V našich podmínkách je situace podstatně horší ve městě než na venkově. Ve městě většinou úplně znemožňuje zaměstnání matky. Rodina se pak prakticky nemůže účastnit veřejného ani kulturního života, a to ji izoluje a dále traumatizuje. Nadto se ukazují velmi často necitlivé postoje i ze strany veřejnosti či úradů, někdy dokonce i ze strany těch institucí, u nichž by bylo možno očekávat pochopení a podporu. Tyto postoje lze odvodit z celkově malé informovanosti laické a dokonce i odborné veřejnosti o těchto problémech.

Oligofrenní dítě vyžaduje vyšší míru péče než dítě zdravé: lze hovořit o dvojnásobku nutné péče, která však zpravidla není odměněna přiměřenými úspěchy ve vývoji dítěte.

Tento odhad může být jen přibližný a kolísá zejména s mírou postižení dítěte — dítě navíc nepohyblivé anebo naopak hypermobilní váže na sebe v době bdění plně jednu osobu; a co víc — váže ji na sebe i v době, kdy spí.

Problém naneštěstí nemůže být pro rodiče „vyřešen“ tím, že by dítě bylo umístěno v některé instituci brzy po narození. Není to možné nejen z důvodů ekonomických, ale i proto, že defektní dítě bez matky v prvních letech života je pro pozdější zařazení do společnosti téměř ztraceno. Co se v tomto období zanedbá, nebude již dohnáno: rodina, jež je morálně na výši, musí tedy nést svůj kříž, dokud je naděje — a naděje je do 3—4 let věku dítěte. Zde lze již bezpečně stanovit diagnostické i prognostické závěry u všech případů hraničních.

Defektní dítě a společnost

Defektní nevzdělatelné dítě váže na sebe ve vlastní rodině prakticky jednu osobu. Má-li sourozence, váže na sebe velkou část pozornosti, jež by jinak byla určena jim. *Je-li však umístěno v ústavě, vynakládá na ně naše společnost kolem Kčs 40,— denně.*

Počítáme-li s tím, že průměrná délka života nevzdělatelných dětí v ústavě bude 40 let, znamenalo by to náklad 584 000 Kčs, v němž nejsou zahrnuty takové výdaje, jako je amortizace budov, ústavu, zdravotnická péče apod.

Je to tedy podnět k zamyšlení i pro ekonomy: rodiče nevzdělatelných dětí nelze ponechat bez pomoci. Ústavní péče je pro ně určitým východiskem z nouze, ale není řešením. To platí i pro společnost, která musí hledat řešení jiná.

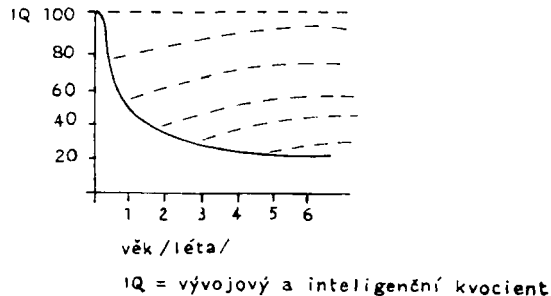
Zájem společnosti i zájem defektního jedince se kryjí v tom, že by všude, kde to je možné, měly být dány možnosti pracovní rehabilitace — od rehabilitace hrou u dětí po rehabilitaci prací u mladistvých. Jen tak se u nich vytvoří nutné pracovní návyky, dá se jim možnost vyžití a rozvinou se všechny mentální schopnosti, které mají. Dnešní situace, jak se zdá, je charakterizována spíše restrikcí této možnosti, v níž se ustupuje názoru, že je třeba umístit ty nejtěžší postižené jedince.

4. Preventivní opatření?

Hovoříme-li o preventivních opatřeních, nelze spoléhat stereotypně jen na další zlepšování technické stránky porodu. Illsey ve svých pracích dokazoval, že děti malých žen, ženy z určitých oblastí a ženy

nekvalifikované mívají častěji děti, jejichž inteligence se hůře rozvíjí než inteligence dětí kontrolních skupin z celku populace.¹ Podle jeho názoru je pravděpodobné [9], že to není jen *výživa těhotné ženy*, jež rozhoduje o zdraví jejího nenarozeného dítěte, ale již i její *výživa jako malé dívky*, jež určuje do značné míry vývojový trend dítěte, jemuž jednou v budoucnosti dá život. Je-li tomu tak, potom mnohé, co se nám zdá jako fatálně dědičné, bude považováno za získané.

Neméně důležitá se jeví skupina duševních defektů vzniklých na podkladě tzv. enzymatických poruch. Je jich popsáno 38, z nich 17 je léčitelných [5]. Na neštěstí těchto 17 léčitelných poruch představuje malý zlomek všech oligofrenií vůbec; není to však přesto podíl zanedbatelný. *Jen tzv. fenylketonurie tvoří víc než 1% všech oligofrenií.* V ústavech našeho kraje je to 1,5%. Bickel [4] tvrdí, že jim lze bezpečně pomoci k naprosté normalizaci mentálního výkonu. Toto tvrzení má však *jediný háček*, který nám potvrdí obr. 4,



Obr. 4

z něhož jasně vyplývá, že normalizace je možná jen tehdy, je-li dítě 2—3 měsíce staré. Léčba, s níž je započato po 1. roce věku, má již jen částečný úspěch. *Po třetím roce je situace již ztracena.*

Naše zdravotnictví, jež nesporně vládne koordinovanými prostředky jako sotva které jiné na světě, neprovádí v současné době žádná preventivní vyšetření všech dětí starších jednoho měsíce. *Snad by stačilo pozorně vyšetřit pouze ty případy, kde se v příbuzenstvu mentální defekt vyskytl již v minulosti.* Budiž však po pravdě řečeno, že se preventivně a soustavně

¹ Tento autor se však nezabývá problémem dětí defektních, nýbrž celou problematikou dětí z tohoto hlediska. Jeho názory lze tudíž se zřetelem

na naše téma přijmout jen s vědomím této skutečnosti.

v širším měřítku toto celkem jednoduché vyšetření neprovádí nikde na světě. Zachycené případy je třeba podrobit nepřijemné dietní léčbě [4], poněkud komplikované dovozem dietního přípravku, který se však vyrábí i v NDR.

Mentální defektivita není tedy dnes již fatálním trvalým stavem — alespoň ne vždycky.

Zvláštním problémem — jak se zdá — právě v našich podmínkách je hromadění určitých duševních defektů v některých rodinách. *Vadné genetické informace* nejsou zásluhou ani vinou: ty člověk pasívně dědí a předává. Může však moderní společnost na sebe vzít břemeno defektů plozených bez zábran? Je nepochybné, že humanitně smýšlející socialistická společnost nikdy nepřikročí k žádným násilným opatřením ani v tomto směru. Musí však počítat s tím, že kde bude člověk necitlivý ke kulturním a společenským podnětům, může být sexuální složka jeho osobnosti jedinou, kterou žije: výsledkem může být zvýšená plodivost. Ostatně podle sovětských zkušeností porodnost normálních zdravých žen z venkova klesá, přestěhují-li se do velkých měst, kde nastupuje řada nových podnětů. Zvyšuje tato „deprivace“ fertilitu? Systém 1—2 dětí, jak se zdá, postihl u nás především zdravou většinu obyvatelstva. Systém mnoha dětí se zachoval zčásti u té skupiny obyvatel, jejíž přínos k celospolečenskému produktu je relativně malý nebo je dokonce deficitní. Nikdo ještě odpovědně nespočítal, zda tento trend je vůbec nebezpečný a zda platí pro celé území státu. Technická revoluce však je na postupu. Hranice jejího postupu není dána jen možnostmi techniky, ale i možnostmi lidských mozků, které touto technikou mají vládnout.

Literatura

- [1] *Bibliography of World Literature on Mental Retardation*, Pres. Panel on Mental Retardation, January 1940-March 1963, Health Service Publication 1963.
- [2] *Supplement to op. cit.*, March 1963-December 31st, 1965.
- [3] H. Bickel, Cleve H.: *Metabolische Schwachsinnformen*, Humangenetik, Band V/2, 1967, str. 206—321.
- [4] Bickel H., Bremer H. J.: *Über die Phenylketonurie*, Deutsche Medizinische Wochenschrift, April 1967, str. 700—710.
- [5] Bickel H.: *Die Prophylaxe von Hirnschäden verursacht durch Enzymopathien*, Refer. u. Diskussionsbemerkungen, Aertzetagung Düsseldorf, Februar 1966, str. 183—197.
- [6] Bickel H., Grüter W.: *Prophylaxe und Behandlung der Phenylketonurie. Eine Zwischenbilanz*. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 86/1961, str. 39.
- [7] Blehová L.: *Fenylketonurie*, Hálkova sbírka sv. 1, SZdN 1963.
- [8] Illsey R.: *The Social Aetiology of Foetal Damage*, separát Obstetric Medicine Research Unit, Aberdeen.
- [9] Illsley R.: *Early Prediction of Perinatal Risk*, Proceedings of the Royal Society of Medicine, March 1966, Vol. 59, str. 181—184.
- [10] Lelong K., Satgé P.: *Essai d'interprétation chronologique de l'étiologie des encéphalopathies chroniques infantiles*, Semaine des Hopitaux 37/1961, 355—2468.
- [11] Ludvík F.: *Proč jen malé procento záků zvláštní školy dosáhne posledního ročníku*, Otázky defektologie, 8, 1963—4, str. 242—244.
- [12] Matějček Z.: *Několik poznámek o školní zralosti*, Otázky defektologie, 8/1962—3, str. 232—236.
- [13] Matějček Z., Brázdilová N.: *Pracovní zařazení žáků zvláštních škol a žáků s neúplným vzděláním na normálních školách*, Otázky defektologie, 4/1964, str. 125—131.
- [14] Thompson B.: *Social Study of Illegitimate Maternities*, Brit. J. Prev. Soc. Med., 10/1956, str. 75—87.