

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Katedra psychologie Filozofické fakulty

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Olomouc 2008

Petr Nilius

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

ÚZKOSTI V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU: DIAGNOSTIKA A LÉČBA

THE ANXIETY AT PRE-SCHOOL CHILDREN:
DIAGNOSIS AND TREATMENT



Diplomová práce

Autor: Petr Nilius

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Irena Sobotková, Csc.

Olomouc

2008

ANOTACE MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Petr Nilius

Název katedry a Fakulty: Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Název diplomové práce: Úzkosti v předškolním věku: Diagnostika a léčba

Název diplomové práce v anglickém jazyce: The anxiety at pre-school children: Diagnosis and treatment

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Irena Sobotková, Csc.

Počet stran: 132

Počet znaků: 217 000

Počet příloh: 23

Počet titulů použité literatury: 73

Abstrakt:

Diplomová práce s názvem *Úzkosti v předškolním věku: Diagnostika a léčba* se zabývá mapováním jednotlivých oblastí, které mohou podmiňovat vznik úzkostí u dětí předškolního věku. Obsah práce je rozdělen na část teoretickou a praktickou. V teoretické části v jednotlivých kapitolách je rozpracována charakteristika věkového období předškolního věku mezi třetím až šestým rokem života, diagnostika a komorbida projevů úzkostí a změněné emoční dráždivosti, specifikum diagnostických metod, fungování obranných mechanismů a léčba. V rámci empirické části práce byla zpracována problematika vlivů, které mohou podmiňovat vznik úzkosti u dětí. Za užití testové baterie složené z testu ROR, LBT, volné kresby, K-J, TQ, PSQ, a FDT a Baum Test matky byly srovnány výsledky klinického a neklinického souboru dětí ve věku 5.00-6,11 let. Závěry byly vytvářeny na základě srovnávání výsledků a popisné statistiky souborů dětí. Závěry byly postavené na základě hodnocení vztahově blízké osoby, pedagoga, anamnézy dítěte, analýze spontánních produktů dítěte a z výsledků vyplývajících z aplikace psychodiagnostických metod u dětí. Výsledky navazují a vyúsťují do klinické a terapeutické praxe.

Klíčová slova: úzkost, předškolní období, děti, diagnostika, léčba.

Abstract:

Diploma paper *The Anxiety at Pre-school Children: Diagnosis and Treatment* focus on contextual approach which might has anxiety begin influence at pre-school children. The paper is divided into the theoretic and empiric part. Theoretic part of the paper specifies the pre-school age as a developing period (from 3 to 6 years of age), anxiety psycho-diagnostic, co-morbidity and varied emotional excitability display, using psycho-diagnostic methods orientation, defense mechanisms at pre-school age children and treatment questions. Empirical part considers various influences which might has implicated anxiety at pre-school children. Used psycho-diagnostics methods: Test ROR, LBT, spontaneous drawing analysis, K-J school mature test, Conner's questionnaires TQ (CTQ) and PSQ, FDT and Baum test created by mothers were confronted between two children population (clinical and non-clinical population aged 5 - 6,11 years). Conclusions are based on children's close related person (mother) and teacher reports, children anamnesis, children's spontaneous drawing, product analysis and used psycho-diagnostic test methods consequences with children. Final conclusions end in clinical and therapeutic approach.

Keywords: Anxiety, Pre-school age, children, diagnosis, treatment.

Rád bych poděkoval za inspirativní, trpělivé, svobodné vedení, kritické myšlení, motivaci, cenné rady a připomínky při vedení diplomové práce
Doc. PhDr. Ireně Sobotkové, Csc.

Děkuji Vám za vše, Petr Nilius

Rád bych také poděkoval všem učitelkám a učiteli, dětem – princeznám a loupežníkům v mateřských školách a v ambulancích klinické psychologie. Maminkám a jednomu tatínkovi dětí. Bez vaší ochoty by tato práce nevznikla. Vážím si toho.

Své rodině, Lindě, spolupracujícím kolegům a přátelům za vědomí, že člověk není ostrovem sám pro sebe.

Prohlašuji, že diplomovou práci jsem vypracoval samostatně. Veškerá použitá literatura je uvedena v příloze.

.....
Petr Nilius

Obsah

Obsah.....	7
Úvod.....	9
1. Vymezení předškolního období jako vývojového stádia	12
2. Úzkostné poruchy v dětství	15
2.1 Úzkost a strach u dětí.....	15
2.2 Projevy úzkostí	17
2.3 Klasifikace úzkostných poruch v dětském a dorostovém věku dle MKN X.	19
2.4 Projevy úzkostí a příznaky u dětí od narození do šesti let.....	21
2.5 Prevalence úzkostných poruch v předškolním věku.....	25
3. Vybrané teorie vzniku úzkostí v průběhu prvních šesti let života	27
3.1 Psychoanalytický přístup.....	27
3.2 Neopsychoanalytický přístup.....	28
3.3 Behaviorální náhled – Úzkost jako naučená komponenta lidského prožívání	30
3.4 Humanistický přístup ke vzniku úzkostí.....	31
3.5 Biologické hledisko a jiné koreláty při vzniku úzkostí.....	32
3.6 Rodinná interakce jako jeden z možných faktorů podmiňující vznik úzkostí	33
4. Psychodiagnostika úzkostných poruch v předškolním věku	35
5. Vývoj separace	39
6.1 Matějčkovo pojetí úzkosti sedmého měsíce	41
6. Separační úzkost - Diagnostická kritéria Dle DSM IV a MKN 10.....	42
6.1 DSM IV (Dle Carr – DSM IV, American Psychiatric Association 1994).....	42
6.2 MKN 10 (Dle manuálu ICD 10) – F 93.0.....	43
7. Komorbidita úzkosti.....	44
7.1 Generalizovaná úzkostná porucha	44
7.2 Posttraumatická stresová porucha a úzkost	44
7.3 Vývojově podmíněný level separační úzkosti	44
7.4 Deprese a úzkost u předškolních dětí	45
7.5 Úzkost a ADHD – specifická vývojová porucha. Specifická porucha chování	45
7.6 Úzkost a Pervazivní vývojové poruchy – Autismus.....	46
7.7 Neuróza.....	47
7.8 Úzkost v kontextu poruch řeči.....	48
8. Přirozené mechanismy a strategie zvládnání úzkostí u předškoláků.....	50
8.1 Ranné – primitivní ego obranné mechanismy	50
8.2 Ego-obranné mechanismy využívané dětmi předškolního věku	51
8.2.1 Projektivní identifikace s pohádkovou postavou.....	53
9. Terapie a léčba dětí s úzkostnou a separační poruchou.....	54
9.1 Psychoterapie	54
9.2 Psychoterapie hrou.....	55
9.3 Arteterapie	56
9.4 Terapie poruch řeči a jazyka, poruchy komunikace	58
9.5 Farmakoterapie	59

EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	60
I. Předmět a cíl výzkumu	61
II. Metoda sběru dat a aplikovaná metodika	64
Průběh sběru dat	64
Analýza a statistické vyhodnocení dat	66
Aplikovaná metodika	67
Orientační test školní zralosti Kern – Jirásek.....	67
Rorschachův test – ROR a specifikum diagnostiky projevu úzkostí u předškolních dětí.....	69
Klinicky hodnotící dotazníky Connersové PSQ a TQ (CTQ).....	76
Test stromu – Baum test.....	77
Kresba lidské postavy - Figure Drawing Test.....	79
Lüscherův barvový test (LBT)	81
Kresba Začarované rodiny	82
Projektivní identifikace s pohádkovou postavou	83
Anamnéza.....	84
Škála rodinného prostředí (ŠRP).....	84
Obsahová analýza volné kresby dětí	85
III. Charakteristika výzkumných souborů	86
Klinická charakteristika výzkumného vzorku dětí.....	86
Charakteristika rodin, délky mateřské dovolené a průběh adaptace na mateřskou školu	89
IV. Výsledky a interpretace.....	91
Zhodnocení a interpretace klinické oblasti výzkumu.....	91
Zhodnocení a interpretace oblasti výzkumu zabývající se rodinami, mateřskými školami a zaškolením dítěte.....	92
Dotazníky Connersové TQ a PSQ.....	93
Orientační test školní zralosti K - J	94
ROR.....	95
Oblíbená (identifikační) pohádka.....	100
Zhodnocení užitého LBT u dětí	101
Projektivní techniky administrované matkám.....	101
Obsahová analýza spontánních produktů.....	102
Diskuze	103
Závěr.....	114
SOUHRN.....	118
KASUISTIKA.....	123
LITERATURA	129
PŘÍLOHY	133

Úvod

Strach a úzkost jsou přirozenou odpovědí na podněty ohrožující bezpečí a ochranu člověka. V posledních dvaceti letech byla publikována řada publikací a výzkumných prací, které se zabývají tématem, popisem, epidemiologií, neurofyziologií, farmakoterapií a psychoterapií úzkostných poruch. Ty samotné patří k nejčastějším duševním poruchám s jejichž projevy se může lékař ve své praxi potkat. Úzkostné poruchy u dětí předškolního věku se svými projevy patří k obtížně diagnostikovatelným onemocněním, kterými se zabývá jak klasická medicína, tak nesomatická psychologie. Ta nabízí možnosti diagnostiky, intervence a terapie. Zjednodušeně by se daly definovat jako kombinace různých somatických a psychických projevů, které nejsou vyvolány žádným reálným podnětem. Obsahují kognitivní, psychologickou, behaviorální složku a v neposlední řadě také složku vztahovou. Paralizace člověka trpícího tímto druhem onemocnění je v některých případech tak vysoká, že ovlivňuje jeho běžný život a život jeho nejbližších.

Ve své práci jsem se rozhodl zabývat tématem úzkostí, úzkostných a separačních poruch v předškolním věku. Z diagnostického hlediska je to věk velice obtížný a vynášení jakýchkoliv závěrů je velice problematické s ohledem na vývojové období dítěte.

„Abychom pochopili krizi u dítěte, je třeba si doplnit informace o jeho vývoji a životních událostech.“ (Fraibergová, 2002, str.76), i z tohoto důvodu svou diplomovou práci navazuji na předchozí soubornou postupovou práci.

Téma úzkostných a separačních poruch jsem si vybral hned z několika důvodů. Tím hlavním je má budoucí profesní orientace na dětskou populaci. Téma samotné je pro mě přetrvávající výzvou. A v neposlední řadě, mám pocit že téma úzkostných poruch v předškolním věku, v době, která je tolik zaměřena na výkon, se stává aktuálnější než kdykoliv předtím v minulosti.

Svou práci jsem rozdělil na dvě základní části: Teoretickou a empirickou. V teoretické části se zabývám popisem, členěním a terapií úzkostných poruch v dětském věku a vymezuji problematiku separačních úzkostí v předškolním věku. V problematice přístupu k separačním poruchám jsem se snažil zaujmout komplexní – celostní – holistický přístup. Ve snaze načerpat co nejvíce teoretických znalostí jsem sáhl jak po českých, tak i po zahraničních výzkumech a publikacích, převážně z Anglo-Saské literatury. Za uplynulé dva roky vyšlo na českém knižním trhu několik dalších publikací na Českém trhu zabývajících se problematikou úzkostných dětí a resiliencí. Kromě těchto publikací jsem se snažil teoretický základ rozšířit i o další nečeské prameny. Teoretickou část doplňuji poznámkami pod čarou ve kterých se odráží mé osobní postřehy a názory na aktuální problematiku. Tyto poznámky vycházejí ze zkušenosti získané během práce s dětmi, rodiči a učitelkami v prostředí mateřských škol a ambulance klinické psychologie.

Při vytváření konceptu diplomové práce jsem si jako jeden z cílů stanovil, aby práce, jak z hlediska části teoretické, tak i empirické, vycházela z praktického a reálného pohledu fungování v oblasti jak klinické psychologie, tak i školek a rodin dětí. Na tomto základě jsem vycházel z logiky systémové posloupnosti – na začátku je symptom, následuje vyšetření, terapie a opětovné včlenění do reálného života. Obzvláště v kapitole psychoterapie jsem vycházel z představ a podmínek, které jsou mi známé, nebo je sám, při práci s dětskými klienty používám a osvědčili se mi.

„Epidemiologie úzkostných poruch v dětském věku zatím zkoumána nebyla.“ (Praško, 2005) V rámci praktické části jsem se snažil obsáhnout jednotlivé složky systému, v jehož středu je dítě samotné. Zajímala mě osobnost dítěte, jeho vyspělost, kognitivní strategie, emotivita a prostředí ve kterém se nachází. Při sběru dat a testování dětí jsem vycházel z předpokladu, že osobnost v tak raném věku (pěti a šesti let) je dynamický systém, který se obtížně strukturuje a vyhodnocuje. Z tohoto důvodu jsem se rozhodl použít rozsáhlejší testovou baterii složenou z anamnézy, projektivních technik (klinického ROR, LBT, Začarovaná rodina), orientačního testu školní zralosti Kern – Jirásek, dotazníkové škály popisující projevy dítěte doma a ve školce a z projektivních technik kresby FDT a Baum testu maminek dětí zařazených do výzkumu.

Při vyjadřování jakýchkoliv závěrů je potřeba přihlídnout ke vztahovému kontextu obsahující rodinu, rodinné vztahy a poměry, školní zařízení – školní kolektiv, výuku, pedagogický personál, sociální vztahy dítěte, popř. genetické a somatotrofní vlivy.

Pevně věřím, že má práce bude alespoň malým přispěním k rozšíření poznatků k tématu.

1. Vymezení předškolního období jako vývojového stádia

Předškolním obdobím se v obecné míře rozumí celý ontogenetický vývoj dítěte od narození po zařazení do školního zařízení. Ačkoliv je vstup do školy považován za jeden z nejdůležitějších vývojových mezníků, dítě by mělo jít do školy dostatečně zralé a připravené. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Periodizace tohoto období je určena na období začátku třetího roku života dítěte a končí přibližně v jeho šesti letech. V průběhu tohoto období dítě dozrává nejen ve vývoji tělesném a motorickém, ale také v oblasti kognitivní, emoční a sociální.

V průběhu předškolního vývoje se dítě nástupem do mateřské školy dostává do širších sociálních kontaktů se svými vrstevníky. Tato setkání sebou přináší nové zkušenosti pro dítě. Učí se s dětmi-vrstevníky vycházet, hrát si společně, vymezovat si své postavení ve společnosti, začíná poprvé bojovat o svou pozici a prosazení se mezi ostatními dětmi. Dostává se tím do nových situací, kde nejen aplikuje repertoár již získaných dovedností z rodiny, ale začíná používat nové vzorce chování přejatých z prosociálních kontaktů. Své kamarády si vybírá na základě pohlaví a shody potřeb a zájmů. Přírozenou činností v tomto věku je hra, která dítěti přináší radost, uspokojení, rozvíjí jeho kreativitu, podnikavost, kooperaci s ostatními dětmi. Erikson toto období nazývá stadiem iniciativy, dítě se učí pronikat do prostoru činů a střetů, plánuje, experimentuje, použít se do nových aktivit.

V tomto období se dítě mnohem lépe pohybuje, pohyby jsou jistější. Lépe koordinuje své pohyby, ve kterých už je určitá míra elegance, umí chodit do schodů i se schodů, jezdí na tříkolce, umí seskočit z lavičky. Největší nárůst pohybových dovedností přichází mezi čtvrtým a pátým rokem. Dítě je více samostatné, umí se samo najíst, obléknout, obout se a umýt se. Vyhraňuje se lateralita. Dochází k osifikaci kostí, dozrávají kosti i v zápěstí – jemná motorika, dítě staví, zasouvá, stříhá, lepí, kreslí. V oblasti grafomotoriky dochází k diferenciaci kresby lidské postavy, dítě postupně přechází od kresby hlavonožce až po zobrazení jednotlivých částí těla a detailů postavy člověka.

J. Piaget toto vývojové období nazval názorným, intuitivním myšlením. Myšlení je stále málo flexibilní a nepřesné. Vyskytují se v něm neologismy, které vůbec nerespektují zákony logiky. Typickými znaky myšlení jsou egocentrismus, fenomenismus, magičnost a absolutismus. V myšlení je typická nepropojenost, útržkovitost a chybí mu komplexní přístup. Dítě už má dostatečně vyvinutý mentální aparát nejen aby informace přijímalo, ale také reprodukovalo a vyprávělo. Orientuje se v egu, rozlišuje pohlaví, orientuje se v čase –ráno, večer, zítra, včera. Kolem 6-ti let je už artikulace řeči správná, bez agramatismů, dítě správně skloňuje, časuje, používá správně pády, gramatiku. Ve větách používá souvětí, umí diferencovat a pojmenovat barvy, učí se říkanky. V nich si procvičuje gramatiku, která je už na dobré úrovni. V řeči používá i vlastní vymyšlená slova. Ta jsou jedním z projevů obrovské fantazie, konfabuluje. Realitu interpretuje tak, aby byla pro něj srozumitelná a přijatelná.

Stabilizuje se pozornost, která déle osciluje. Ve vnímání dominuje větší citlivost, rozvíjí se zrak i sluch, smysl pro rytmus. Vnímání je však stále povrchní. Paměťové stopy jsou hlubší, a projeví - li dítě o subjekt zkoumání hluboký spontánní zájem, je schopno si zapamatovat spoustu věcí a událostí. Některé významné události, jsou pro dítě tak důležité, že si je uloží do své staropaměti a je schopno si dobře vybavovat i v pozdním věku.

Ve hře se objevují socializační prvky, je kooperativní, vydrží si hrát delší dobu. Tématicky se hra liší u děvčat a chlapců. Nápodoba je však společný prvek pro obě pohlaví. Holčičky jsou princezny a maminky, chlapci stavitelé. Díky této formě hry se objevují a vylepšují projevy plánování a realizace. Mění se vnímání. Dítě je schopno stavět trojrozměrné věci. Nedokáže však stále ještě dostatečně odhadnout čas a adekvátně zacházet s prostorem a osobním teritoriem. Umí také projevit altruismus a empatii, ale také být egocentrické a agresivní. Agresi má dostatečně pod kontrolou, občas se ale mohou vyskytnout výbuchy vzteku nebo smutku. S vrstevníkem zažívá menší jistoty a větší tenzi, protože se jedná o jiný typ vztahu než na jaké bylo dítě zvyklé v rodině. Dospělý mu poskytuje ochranu a oporu, zatímco s vrstevníkem jsou si rovni.

Identifikuje sebe samotného jako individuum. Uvědomuje si rozdílnost pohlavních rolí a jejich náplň. Proces diferenciacie a specifikace však stále pokračuje. Pro nalezení si svého místa v kolektivu pak hraje pohlavní příslušnost důležitou roli. Rozvíjí se

sebehodnocení, které je přejímáno od autorit a heteronomní projevy morálky a chování. Kolbergh o této fázi mluví jako o tzv. premortální fázi. Objevuje se schopnost pociťovat vinu za nežádoucí chování, což se dá brát jako projev akceptace nastavených norem a pravidel. Ty jsou však chápány stereotypně až rigidně.

Rodina představuje ideál a je významnou emociální autoritou. Dítě si v ní stále buduje a získává vzorce chování, přejímá modely pohlavních rolí a svou roli. Proto úplnost rodiny je pro dítě klíčovou záležitostí z důvodu možnosti pochopení mužské a ženské role. Také v rodině sebe vnímá stále ještě hodně egocentricky. „*Máma s tátou na sebe křičí, protože jsem zlobil*“. Objevuje se vyšší způsob autoregulace, dítě je schopno cítit vinu. Zvládnutím vývojového období iniciace versus vina je získání ctnosti, schopnosti zacílit svou pozornost a soustředit se na vykonávanou činnost. Poté může být dítě přijato na ZŠ (Vágnerová, 2000).

Vývoj u tak malých dětí je však velice rychlý a překotný. Vývojové změny lze s určitostí sledovat minimálně každého půl roku. Osobnost, temperament, sociální dovednosti, nebo kognitivní dovednosti jsou v neustálém procesu přeměny. Proto i shrnutí tohoto vývojového stádia je velice obtížné a mělo by se brát s velkou rezervou a s minimální dávkou definitivy.¹

¹ Předškolní období se dá také nazvat „Magickými roky“, ne protože je kouzelné, ale protože dítě samo v nich je kouzelné. Nemusí být nejšťastnější, protože dítě se v nich setkává s vnější realitou světa na který reaguje tak, že dětské chápání věří, že dítě samotné – jeho myšlenky a činy ovlivňují co se stane. (Fraibergová, 2002). Při práci a hře s nimi se mi uplatnila osobní flexibilita, důvěra v jejich svět a schopnost akceptovat jejich „kouzelné“ neologismy.

2. Úzkostné poruchy v dětství

2.1 Úzkost a strach u dětí

Úzkost a strach patří k běžným emocím. Terminologické vymezení a jejich následné používání pojmů *ÚZKOST* a *STRACH* je obtížné. Jedno předchází druhému, zároveň spolu velice úzce souvisí. Důležitou roli hraje i společenská konvence, kulturní aspekty, popř. jazykový cit. (Vymětal, 2003) Úzkost a strach patří mezi emoce, které poznal v určité míře každý člověk. Jsou doprovodem emočního napětí, stresu. Tyto emoce mají jak škodlivý, tak i pozitivní, motivační charakter. Jejich výskyt a míra velikosti projevu je součástí osobnosti každého z nás.

„Úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhocenými akutními ataky, nebo iracionálním a vystupňovaným strachem.“ (Vágnerová, 2004)

Některé teorie rozlišují úzkost a strach na základě jejich reálností a nereálností. Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze přesněji definovat. Je často doprovázena vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo k vyčerpání.

Strach lze definovat jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznatelné nebezpečí a trvá pouze po dobu jeho existence, je charakteristický konkretizací úzkosti. Úzkost vyjadřuje hlavní pocit, který tento stav doprovází. Má signální a obrannou funkci. Prožitkově zahrnuje nelibé pocity napětí, ztuhlosti, ochromení, zároveň však aktivizuje obrannou soustavu a v některých případech lze mluvit o zlepšení kognitivních funkcí a pozornosti. Z evolučního pohledu strach aktivizuje obrannou soustavu k boji nebo útěku. Jeho projev je specifikum každého člověka. Je dán genetickými dispozicemi, výchovou, prostředím, kulturou, naučeným jednáním v konkrétních situacích, proběhlou zkušeností. Svou roli sehrává i fylogenetická predispozice.²

² V dávné, dávné minulosti, když pravěký člověk zaslechl nebezpečný zvuk, jeho tělo se připravilo k bojové pohotovosti. Stáhnutím svalstva, kontrakcí, aktivizoval a kumuloval ve svalech energii a tím se připravil k vydání větší energie při boji nebo útěku. Dostavil se pocit nucení na záchod, protože s plnými střevy se válčí nebo bojuje velice obtížně. Zrychlil se dech, hyperventilace usnadnila zrychlení srdeční činnosti, čímž docházelo k lepšímu krevnímu zásobením jak svalstva, tak i mozku.

Evolučně zakódovaný fyziologický projev strachu u člověka přetrval, aktivační soustava CNS však tento systém zapne v jiných situacích. Symbolika boje, v současném světě dítěte v přeneseném významu, může být například recitace před celou třídou, nebo očekávání reakce při přednesení požadavku. Dítě zažívá podobně stáhnutý žaludek, bolesti břicha, nucení močit a podobně.

Je tedy zřejmé, že úzkost a strach od sebe nelze přesně oddělit. Připomínají paralelně jedoucí autíčka na autodráze. Občas jedno předjede druhé, někdy si vzájemně zkříží trasu. Ovlivňují se, splývají (tohle už autíčka neumí). Rozlišit, kdy se jedná o strach, a kdy o úzkost, je u dítěte těžké. Svou rozlišovací roli sehrává samozřejmě i délka a intenzita trvání.

„Z hlediska časového trvání lze pak úzkost také rozlišovat na úzkost a úzkostnost. Úzkostnost je trvalejší osobnostní rys, je to stabilně zvýšená pohotovost pociťovat nejistotu a reagovat úzkostnými prožitky.“ (Vágnerová, 2004). Samotnou kapitolou se pak stává tzv. patologická úzkost, která vznikne při nadměrné nebo dlouhodobě trvající úzkosti. Její projev u dítěte je buď inhibiční, zpomalující, brzdící či zamezující normální vývojový posun v rámci nedostatečného vyhledávání podnětů, což v období iniciace může mít do budoucna nepříznivé následky. Nebo na druhou stranu se projevuje zvýšeným neklidem - hyperaktivitou. Ta může vést až k poruchám chování a často bývá chybně diagnostikována jako syndrom ADHD.

Průběh vzniku a fungování úzkosti je komplexní proces. Kognitivním reakcím předchází emoční zážitek, který se projeví vegetativními projevy. Ty jsou velmi silné a dlouhotrvající, mohou zanechat trvalé následky, které se mohou vyskytnout jako specifický druh chování a jednání v určitých situacích. Subjektivně pak tyto fyziologické reakce můžeme vnímat, vyhodnocovat a prožívat. Složku psychickou a somatickou je pak třeba vyhodnocovat záměrně a nelze je oddělovat (Vágnerová, 2004).

„Pro každý věk je typický určitý soubor podnětů vzbuzujících strach nebo úzkost. Souvisí to s normativními konflikty a vývojovými úkoly daného období. Úzkost se stává patologickou, když je nepřiměřeně intenzivní, má příliš dlouhého trvání, narušuje běžné fungování, a tak brzdí další vývoj dítěte.“ (Hort et al, 2000)

Vznik úzkosti u dětí jde ruku v ruce s překonáváním jednotlivých vývojových stádií a mezníků. Proto psychologická diagnostika úzkostných poruch v dětství a v předškolním věku se značně opírá o poznatky vývojové psychologie.

2.2 Projevy úzkostí

Úzkostnost způsobená frustrací a působící z jakéhokoliv zdroje se projevuje různými způsoby. Ty pak mohou, jako jeden z projevů, přejít do tzv. neurotických návyků. Některé po čase vymizí, některé však mohou přetrvat až do dospělosti. Jejich projevy se mohou vyskytnout buď jako klasická součást projevu chování a jednání, nebo jako neurotický manévr v zátěžových situacích. Úzkost se nejen u dospělých, ale také u dětí usazuje v různých částech těla. Dítě samotné je schopno tyto části lokalizovat. Úzkost tlumí a inhibuje všechny projevy dítěte, vytváří vnitřní psychické napětí, je spojena se sníženou tolerancí k zátěži. V období předškolního věku bývají neurotické návyky proměnlivé a velmi pestré.

Mezi klasické neurotické projevy úzkosti u dětí je cumlání prstů. To vzniká při nedostatku citového přísunu, kdy si dítě začne hledat substituční podnět. Jedním z možných projevů úzkosti u dětí je kousání nehtů (onychofagie), které se vyskytuje zejména u starších dětí předškolního věku (5-6let) jako důsledek napětí, zvnitřněného strachu nebo obav z trestu. Z dalších projevů bývá onanie u dětí v důsledku nakumulovaného stresu. Nezřídka tento jev dále provází pocity viny a hanby.

Dalším z projevů úzkosti u dětí předškolního věku bývají poruchy mikce a defekace, které se objevují jako reakce na psychickou zátěž. Úzkostné děti se mohou v napětí „přičůrávat, přikakávat“, ale také úplně pomočít nebo pokakat. Vždy je nezbytné vyloučit organickou příčinu, popřípadě věkově podmíněný nezvládnutý návyk, kdy rovněž dochází k mimovolnímu úniku moči. Enuréza (diurna a nocturna) – mimovolní pomočení u dětí se pak klasifikuje jako poruchové jednání u dětí od čtyř let a výše. V odborné literatuře je uváděno, že je ještě považováno za fyziologické, když se dítě do pěti let občas pomočí. Epidemiologie /výskyt/ enurézy je relativně častý, v pěti letech nacházíme enurézu asi u 16% dětí (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000). Enuréza častěji postihuje chlapce než dívky.

Enkopréza je poruchou vyměšování stolice, je vzácnější, zato závažnější poruchou a dochází k ní převážně přes den, ale může k ní dojít i v noci. Epidemiologie je uváděna u dětí kolem čtvrtého roku věku asi u 3% (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000/).

Je velice obtížné mluvit o afektivních poruchách u tak malých dětí. Často se stres nebo napětí v nich nahromaděné projeví různým způsobem. Ať už v podobě lability nálad, nebo somatizačními projevy, bolestí břicha (abdominalgie), bolestí hlavy (cephalea). Bolesti hlavy se hojně vyskytují u dětí s nedostatečnou mírou rezilience a u jedinců, kteří mají tendence řešit situace dissociativním způsobem. Ti si ověřili funkčnost somatických návyků v raném věku a později je už jen uplatňují. Mezi psychické poruchy se somatickými projevy patří i tikové poruchy. Tiky jsou mimovolní, rychlé, bezúčelně se opakující pohyby, zvuky, gesta nebo projevy, ale na krátkou dobu potlačitelné. Často bývají přechodné, a vyskytují se mezi 4.-5. rokem věku. Jejich trvání bývá v rozmezí několika měsíců. Tiky dělíme na tiky jednoduché motorické (mrkání, grimasy, krčení nosu, záškuby šíje, ramen, potrhávání hlavou, apod.) a tiky jednoduché vokální (pokašlávání, potahování, syčení, štěkání, chrochtání, vyrazení slabik, apod.), na tiky komplexní vokální /krátké fráze, opakování vlastních slov-palilalie, nebo slov obscénního charakteru – koprofalie, apod./ a na tiky komplexní motorické /polácávání, točení se, poskakování, plivání, olizování, apod./. Do tikových poruch patří i kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha - Touretův syndrom. Jedná se o onemocnění s kolísavým průběhem od dětství do stáří. Tiky se musí diagnosticky odlišit od motorických poruch, které jsou přítomny u některých neurologických onemocnění.

Jedním z markerů možné neurózy u dítěte v předškolním věku je řeč a způsob komunikace s okolím. Obtížně se však diagnostikuje aktuální norma u dětí, protože způsob vyjadřování závisí na mnoha faktorech – na osobnosti, temperamentu, na rodinném vedení, atd. Mezi řečové poruchy vyskytující se bez organické příčiny patří balbuties (kocktavost), patlavost, nesrozumitelná brblavost a v některých případech selektivní nebo úplný mutismus (Novotná, 1997).³

Biederman tvrdí, že děti, s charakteristikami uvedenými níže, mají v pozdějším věku více psychiatrických poruch, včetně poruch úzkostných – speciálně se jedná o separační poruchy, agorafobie, nebo generalizované úzkostné poruchy. Behaviorální inhibice v předškolním věku je rizikovým faktorem pro vývoj poruch v dětství a v dospělosti.

³ Nebezpečí při diagnostice těchto projevů je v jejich zdánlivé pomíjivosti. V případě zanedbání, nebo špatné diagnostiky se tiková porucha může zafixovat do takové míry, že u jedince zůstane přítomná jako neurotický projev po zbytek života.

Mezi indikátory pravděpodobného výskytu úzkosti patří:

U dětí, které nejsou inhibované myšlenkami:

- Stabilní tepová frekvence
- Zrychlení tepové frekvence při kognitivních úkolech bez zvýšení kortizolové hladiny v krvi a katecholaminů v moči.

U dětí s behaviorální inhibicí při kognitivním úsilí:

- Dilatace zornic
- Zvýšená tenze v oblasti laryngu
- Zvýšená tepová frekvence
- Zvýšená hladina kortizolu ve slinách (zvýšená funkce hypofýzy)
- Zvýšená hladina katecholaminů v moči (zvýšená funkce hypofýzy a celková zvýšená aktivace limbického systému)

(Hoschl, Libiger, Švestka, 2002)

2.3 Klasifikace úzkostných poruch v dětském a dorostovém věku dle MKN X.

V mezinárodní klasifikaci nemocí /MKN 10/ jsou úzkostné poruchy v dětském věku řazeny do sekce F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství. Mezi ně patří:

- F93.0 Separační úzkostná porucha v dětství
- F93.1 Fobická úzkostná porucha v dětství
- F93.2 Sociální úzkostná porucha v dětství
- F93.3 Porucha sourozenecké rivality
- F93.8 Jiné emoční poruchy v dětství
- F93.9 Emoční porucha v dětství nespecifikovaná

„U dospívajících se úzkostná porucha může projevovat jako juvenilní anxiózní syndrom (Sociální úzkostná porucha v dětství, MKN 10, F93.2), anxiózní syndrom dospělých (jiné úzkostné poruchy, MKN 10, F41, O-F 41.9) a jako porucha přizpůsobení (adjustment disorder) doprovázená úzkostnou náladou (F92.8, F92.9 – jiné smíšené poruchy chování a emocí, smíšená porucha chování a emocí, nespecifická). Navíc

s primární úzkostí mohou být často spojeny také deprese či hyperkinetický syndrom.“
(Paclt, Florian, 1998)

O úzkostných poruchách v adolescentním věku se toho ví stále málo. Kromě symptomatického stresu trpí úzkostní adolescenti také značnou sociální a funkční nepřizpůsobivostí a prožívaná úzkost rozvrací také jejich mezilidské vztahy. (Paclt, Florian, 1998) Z důvodů kontinuity s dynamikou dětství – adolescence – dospělost lze spousta úzkostných poruch v adolescentním věku klasifikovat dle MKN 10 pro dospělou populaci.

Mezi ně patří:

F60.6 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

F40 Fobické úzkostné poruchy

- F40.0 Agorafobie
- F40.1 Sociální fobie
- F40.2 Specifické (izolované) fobie
- F40.8 Jiné fobické poruchy
- F40.9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná

F41 Jiné úzkostné poruchy

- F 41.0 Panická porucha
- F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha
- F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha
- F41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy
- F41.8 Jiné specifikované úzkostné poruchy
- F41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná

Klasifikace a diagnostika úzkostných poruch začíná už v ranných fázích života. Její diagnostika se z velké míry opírá o poznatky z vývojové psychologie. Přesná diagnostika a následná terapie by měla korespondovat s rozhodnutím odborníků z oblasti klinické psychologie, pedopsychiatrie, dětské neurologie a pediatrie, popř. interny.

2.4 Projevy úzkostí a příznaky u dětí od narození do šesti let

Od ranného vývoje až do adolescence na dítě působí rozličné stimuly, které vyvolávají změny v organismu. V průběhu každého vývojového stadia jsou to různé stimuly s různým efektem. Pochopením jednotlivých vývojových stadií, splnění úkolů přispívá v mnohém k pochopení vzniku a projevů úzkostí u předškolních dětí.

„Někteří lékaři a psychologové se domnívají že lidský jedinec se poprvé setká s úzkostí právě při vlastním zrození, a hovoří o porodním traumatu. Úzkost zde může být reakcí na separaci – oddělení z jednoty s matkou. Člověk je vržen do světa.“ (Vymětal, 2004). Z tohoto důvodu se v současnosti můžeme setkat s trendem nenásilných, přirozených porodů, jakými jsou například porody do vody. Pro dítě pak přechod z lůna matky na světlo není takovým šokem.

Po narození dítě nemůže žít samo a bez pomoci. Jasně v něm vládne pudová potřeba Idu. Děti jsou zcela závislí na svých pečovateli. „ Jsou zcela závislí a obrazně i doslova svěřují své přežití do rukou rodičů. Od svých pečovateli se děti naučí, jestli se dá milovaným osobám věřit nebo ne.“ (West, 2002) . Přestože dítě vytváří omnipotentní celek s matkou, velice dobře vnímá situaci a atmosféru kolem sebe. Je prokázáno, že je-li matka úzkostná, dítě se časem stane úzkostné také.

Dle Eriksona je v průběhu prvního roku života dítěte základním vývojovým úkolem navázání bazální důvěry v život a vybudování prvních stabilních kontaktů. Pocit je založen na stálosti péče a na kvalitě vztahu matky k dítěti, její chování musí být pro dítě předvídatelné. Základní důvěra pomáhá kojenci vytvořit si účinné způsoby chování k nepříjemným životním událostem. Na základě vybudování této důvěry k jedné osobě a následné rozšíření na okolí se pak odvíjí zdravý sociální vývoj kojence do budoucna. Ne nadarmo ctností a vývojovým úkolem tohoto období je dle Eriksona důvěřující naděje jako podmínka zdravého rozvoje.

Pro kojence je naprosto klíčová záležitost navázat vztah s jednou vztahovou osobou – matkou (rodiči). Ta by měla uspokojovat všechny jeho potřeby. Biologické potřeby, stálost prostředí, lásku a bezpečí. Kolem šestého až osmého měsíce se objevují projevy úzkosti a to v momentě, kdy se matka vzdálí mimo dohled dítěte. Kojenec začne hlasitě

plakat a dožadovat se pozornosti. Tento projev separační úzkosti je naprosto normální. Svědčí o vytvoření pevného a stabilního vztahu mezi matkou a dítětem.

O „nenormalitě“ lze mluvit pokud tento jev nenastane, popřípadě, když dítě svým pláčem rezignuje na to, že matka přijde a uspokojí jeho potřebu. *Anaklitická deprese* je ztráta vazby, která je mezi matkou a dítětem. Probíhá v osmém měsíci po narození. Dítě upadne do apatie a postupně ztrácí zájem o okolí. Během dalšího vývoje a postupné adaptace se dítě postupně odpoutá od matky a začne navazovat další vztahy k náhradním osobám a objektům. Vztah k matce po ukončení separace by měl být opět utvořen, aniž by se křížil s dalšími vývojovými úkoly. Vývojem separační úzkosti v ranném věku se zabývala ve svých pracích M. Mahlerová.⁴

„Děti v kojeneckém věku jsou současně velmi citlivé na sensorickou deprivaci a při delší hospitalizaci může dojít k vývojovému regresi či k zpomalení vývojového tempa.“ (Říčan, 1995). *Deprivace* - nedostatečný přísun podnětů nezbytných k dalšímu rozvoji. Při jakémkoliv druhu deprivace, ať už sensorické nebo vztahové, může utrpět osobnost dítěte a mohou se dostavit projevy úzkosti. U novorozenců do prvních šesti měsíců lze pozorovat projevy úzkosti při nadměrné sensorické stimulaci, ztrátě důvěry, nebo u příliš hlasitých podnětů.

V období pozdějšího novorozeneckého věku, ve věku šesti až dvanácti měsíců, kdy dítě začíná pomalu kolem sebe ovlivňovat vlastní vůlí své okolí za pomoci zákonitosti aktu – efektu, se podnětem k nabuzení úzkosti stávají cizí osoby a delší separace od matky. Během této doby však stále nelze mluvit o úzkosti a strachu jako takovém. „Reakce a podněty jsou difúzní a málo diferencovatelné, projevují se křikem, pláčem a uhýbáním“ (Vymětal, 2004).

Zásadní zlom přichází kolem poloviny druhého roku, kdy se batole začne stavět na vlastní nohy, začne užívat více jazyk, ovládat svá střeva, s matkou už nevytváří

⁴ Matka je pro dítě domovský přístav, kde se naučí základní dovednosti o kormidlování lodi, zákonitostech života. Během prvních měsíců dítě vyráží na otevřené moře samo. Udělá první objevy, ale nevzdálí se dále než přístavu na dohled. Když si je plně jisto, že přístav nikde nezmizí, začne láskovat s plavbami delšími a zároveň začne objevovat první nové světy, obzory, lodě a lidi. Po vykonání této první malé plavby se ale honem rychle vrátí zpět k mámě.

omnipotentní celek, ale deklaruje svou nezávislost. Už to není já a máma, ale pouze já. Do slovníku dítěte se dostávají dvě klíčová slova: „Ne“ a „Já sám“. Přichází období prvního vzdoru, období batolecího věku v rozmezí osmnáctého až třicátého šestého měsíce života. Dle Eriksonova rozdělení se toto období nazývá období autonomie proti zahanbení a pochybnostem a základním vývojovým úkolem je získání ctnosti vůle. „Ze vztahu k matce dítě získává stále pocit základní jistoty a důvěry ve svět, který ona představuje, učí se přijímat a projevovat lásku. Potřebuje být s ní skoro neustále a za její třeba jen hodinové nepřítomnosti ji postrádá.“ (Vymětal, 2004). Během tohoto předoperačního stádia dochází k prudkému rozvoji psychomotorických a mentálních funkcí. Batole má radost z objevování světa za pomoci nohou, neboť plazit se je příliš pomalé, rozšiřuje svůj repertoár dovedností bráním věcí do rukou a jejich zkoumáním. Ve snaze být co nejvíce autonomní se snaží dělat věci co nejvíce samo. Je zvědavé, pohyblivé, obtížněji zvladatelné. Sebekontrola dítěte se pozvolna vytváří na základě odlišování sebe od matky. Zároveň je „sebestředné“, vyžaduje pozornost, žárlí na sourozence i na děti kolem sebe a vyžaduje maximální pozornost rodiče, k němuž cítí nejbližší vazbu. V průběhu své destruktivní explorační dochází do momentu, kdy zažívá své první zdary a nezdary. Učí se pěstovat vůli, respektovat pravidla, ovládat své chování a impulzivitu. Rozvíjí své superego.

Pokud se dítě setkává pouze s neúspěchem, zvyšuje se tím riziko frustrace a následné výbuchy vzteku popř. stažení se do sebe. Během tohoto vývojového stádia dítě potřebuje dostatečný prostor pro explorační a trpělivého rodiče, který batoletě nebrání v pohybu a zkoumání, ale spíše určuje hranice. V tomto období děti nesou velice špatně motorická omezení nebo hospitalizaci.

Díky své nezdolné touze objevovat nové, procvičuje dítě neustále své kognitivní a myšlenkové funkce. Objevují se prvky imaginativního myšlení. To v kombinaci se stále přetrvávajícím strachem z cizích osob vytváří nebezpečí počátku vzniku separačních poruch a sociálních fobií. Tyto fobie, především strach z nemocničního prostředí a bílé barvy mohou přetrvat až do dospělosti (Krejčířová, 1994).

Do tří let se u dětí setkáváme s reálnými strachy vycházející jako produkt jejich explorační světa. Jsou na pokraji objevování světa, zároveň však ještě nejsou tak daleko, aby vše pochopily. „Tyto strachy obtížně zpracovává, protože dítě dosud nemá

vytvořeny racionální mechanismy zvládnání (např. racionalizace, nebo intelektualizace)“ (Krejčířová, 1994). Bojí se silných, neobvyklých, neznámých nebo nepředpokladatelných podnětů. Nejobecněji se děti v tomto období bojí imaginárních kreatur (strašidla, podposteloví a skříňoví bubáci), tmy, cizinců a zlodějů (Carr, 1999). Strachy však stále nemají konkrétní charakter, který by vytvářel určitý typ fobie. Dítě se se strachy vyrovnává pomocí rituálů nebo zvyků, kterými si upevňuje jistotu v nestabilním terénu nových objevů. Stále však je to matka jako nejstabilnější a nejznámější prvek v jejich světě. Poskytuje jim dostatek ochrany a pomáhá jim tento přirozený strach překonávat. Svou přítomností, povzbuzením a klidným chováním. Rodiče se stávají pro dítě vzorem, se kterým se po třetím roce začnou ztotožňovat. Neklidný, neurotický, netrpělivý rodič má pak spíše fixační efekt na tvorbu neurózy.

Významná změna ve společenském životě dítěte přichází kolem třetího roku věku, když si „předškoláček“ začíná hrát s ostatními dětmi. Předškolní věk je datovaný zhruba od třetího roku do šesti let a je provázen vývojovým konfliktem mezi vlastní iniciativou a pocitem viny. „Dítě nyní přechází od hry k produktivnějším činnostem, které vyžadují dovednosti a správné užívání nástrojů. Úspěch vyvolá radost, neúspěch pocitu viny.“ (Drapela, 1997). Předškolní dítě je ještě zvědavější než batole. Stále něco zkouší, psychomotorické dovednosti už mu dovolí toho spoustu vyzkoušet. U libých činností pak setrvávají a opakují je. „Psychologové uvádějí, že rodiče předškolních dětí musejí zakročit v průměru 85 krát za den.“ (West, 2002). Je to opět rodič, který je designátorem dětského rozvoje, a který může zapříčinit vznik dětské neurózy nebo fobie. Příliš úzkostlivý rodič, zakazující nebo omezující zvědavého ducha dítěte, u kterého magické myšlení je ve vrcholné formě, může zapříčinit, že dítě se dostane do niterného konfliktu mezi svou přirozenou tendencí vymýšlet a experimentovat a slovem autority, která mu brání v dané činnosti. S autoritou se snaží více méně ztotožnit, proto se v drtivé většině případů bude snažit vyhovět. Tyto děti se v průběhu ontogenetického vývoje mohou jevit jako úzkostné, zakřiknuté, neprůbojné. Na druhou stranu, příliš bezhraniční výchova může mít za následek zárodek vzniku poruchy osobnosti, kdy dítě může mít v budoucnosti konflikty s autoritami a s respektováním pravidel. Překonáním tohoto vývojového mezníku je získání ctnosti kompetence.

„V tomto věku narůstá významná potřeba dítěte porozumět světu, ale i vlastnímu tělesnému fungování“ (Krejčířová, 1994). Do popředí se dostává magické myšlení

v kombinaci s objevováním vlastní sexuality a pohlaví. Kombinace obojího, a nejen to, je zdrojem častých pocitů viny zejména tam, kde se provinění setkávají s nesouladem přání autority. Problematická mohou být noční pomočování v důsledku nezralosti kognitivních struktur, nebo experimenty s masturbací a vlastní sexualitou. Nešetná reakce rodičů, která je spíše odrazem jejich neschopnosti na tyto situace reagovat, může způsobit provinilé zúzkostňující reakce dítěte.

Zlepšuje se operativní myšlení s prvky logického uvažování a schopností vytvářet až bizarní myšlenkové konstrukty. „Díky tomu“ v tomto věku začíná vznikat reálný terén pro vznik fobií a úzkostí. Základními zdroji obav se stávají přírodní katastrofy (oheň, záplavy, bouřka), strach ze zvířat, zranění, krve, popř. médií prezentovaným obrazem světa.

Dětský svět od narození po vstup do školy je bohatý a plný fantazie. Rodiče jsou průvodci světem, které jejich dítě objevuje. Stopy jejich průvodcovství se podílí na vzniku úzkostí a fobií jak v ranném období vývoje, tak i v pozdějším vývoji. Úzkostné děti v ambulancích klinických psychologů, pedopsychiatřů, pominu-li určité genetické a fylogenetické predispozice, jsou v drtivé míře odrazem nešikovně vedené výchovy svých rodičů.

2.5 Prevalence úzkostných poruch v předškolním věku

Přestože se úzkostné poruchy typu SAD (Social Anxiety Disorder) nebo Separační poruchy vyskytují hlavně v dětském a adolescentním věku, většina studií je prováděna na adolescentech a dospělých (Kashman, Herbert, 2001).

Diagnostická vodítka nám dovolují diagnostikovat separační úzkost u dětí od čtyř let.

„Anderson a kol. (1987) zkoumali reprezentativní vzorek 792 jedenáctiletých dětí a během jednoho roku zjistili, že 3,5% z nich trpí separační úzkostnou poruchou, 2,9% generalizovanou úzkostnou poruchou, 2,4 % některou z prostých fobií a 1% sociální úzkostnou poruchou v dětství.“ (Paclt, Florián, 1998, str. 137)

Separáčními poruchami trpí zhruba stejné množství chlapců jako dívek, častěji jsou to děti z nižších společenských vrstev a celková prevalence je 3,5 % – 5,4 % populace. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000)

Celá řada strachů a fobií vznikajících v období tří až šesti let se signifikantní klinickou prognózou se pohybují v rozmezí od 3 – 8% u dětí. Klasické fobie – typu klaustrofobie, agorafobie, apod. vznikají až později v adolescenci. (Říčan, Krejčířová, 2006)

3. Vybrané teorie vzniku úzkostí v průběhu prvních šesti let života

„Hněv (zlost) vzniká nejčastěji v situacích, kdy nám nějaká překážka brání v uskutečnění našich snah či dosažení cílů – tedy ve frustračních situacích. Frustrující situace vyvolávají pohotovost k útočným, agresivním projevům, směřujícím ke zničení, poškození nebo odstranění překážky“ (Plháková, 2004, str. 406). Dlouhotrvající frustrace může následně vést k úzkostným reakcím, nebo k neurózám. Existuje mnoho různých škol a směrů, které se zabývají vznikem úzkostí.

3.1 Psychoanalytický přístup

Psychoanalytici se jako jedni z prvních zabývali vznikem úzkostí a jejich kompenzací neurózami. Teorie, reprezentující psychoanalytický přístup se opírá o Freudovu koncepci psychosexuálního vývoje a o interpersonální konflikty jednotlivých *složek osobnosti*, které se dějí v průběhu ontogenetického vývoje dítěte.

„Dle Analytiků, neurotická porucha vzniká z psychických traumat, která vedla k psychickým afektům a nebyla z různých důvodů odreagována (jejich projev byl vinou vnitřních konfliktů zadržán. Afekt, jež nebyl odreagován přirozenou cestou, nemizí, ale zůstává, intervnuje v psychice a je odreagován v neurotických příznacích.“ (Praško, 2005, str. 24).

Vznik úzkostí je vysvětlován za pomoci strukturálního modelu psychiky, rozdělující se na tři základní systémy. Id, Ego a Superego. Tyto tři složky jsou ve vzájemné interakci a probíhají mezi nimi procesy determinující lidské chování.⁵

Id představuje princip slasti, je iracionální, chce všechno a hned. Ego se řídí principem reality a je-li dobře vyvinuté, je známkou zdravé osobnosti. Důležitá je nevědomá funkce Ega, která spočívá v ochraně před úzkostí, před prožíváním tenzí z protikladných požadavků Id a Superega, tím, že je vytěsňuje na nevědomou úroveň. Superego obsahuje omezení a zákazy, jež jsou zvnitřněnou reprezentací rodičovských hodnot a morálky

⁵ O některých intrapsychických konfliktech jednotlivých složek způsobující úzkosti v předškolním věku jsem se již zmínil v kapitole Projevy úzkostí a příznaky u dětí od narození po předškolní věk.

společnosti. Patří sem svědomí člověka a obraz ideálního já. Superego se ontogeneticky vyvíjí od nejtělejšího dětství, a to v důsledku zkušenosti dítěte s vnější kontrolou jeho slasti a trýzně. Dospělými, hlavně rodiči, vymezované a vynucované požadavky na obsah a struktury chování se stávají závažnou součástí životních zkušeností dítěte a jsou postupně interiorizovány (zvnitřněny). (Mikšík, 1999). Superego u dospělých plní stejnou funkci jako rodič u dítěte.

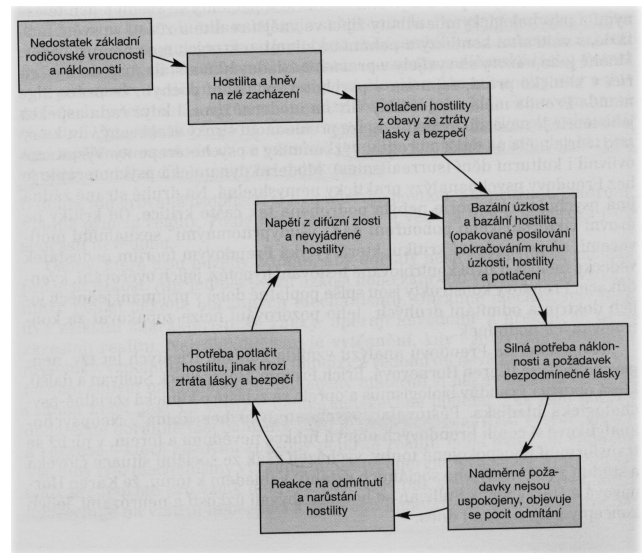
V průběhu vývoje dítěte se produkty interpersonálních konfliktů fixují a vytvářejí vzorec chování do budoucna. U dětí do období školního věku nelze s jistotou předikovat, jak bude reagovat na určitý podnět. Složky osobnosti v tomto období jsou velice plastické a schopné změny. Zásadním rozdílem pohledu psychoanalýzy na úzkostné poruchy v adolescenci a dospělosti a na úzkostné poruchy do období předškolního věku je nestabilita nebo neúplná dotvořenost některých složek osobnosti. Jednotka, která je v tomto období nejvíce funkční je Id. To intervenuje s Egem, popř. Superegem. Interakce Ega vs. Super Ega v tak raném věku, díky nevyspělosti racionálního ega a na dokonalost zaměřeného superega je minimální. Základním konfliktem v tak raném dětství je rozpor Idu a Ega, kdy se Id dožaduje okamžitého uspokojení, a Ego na základě testování reality se snaží tento požadavek upravit.

3.2 Neopsychoanalytický přístup

Neopsychoanalytici v popředí s autory K. Horneyové, H.S. Sullivanem, Bowlbym a jinými opustili klasický Freudův biologismus a opřeli se zvláště o klinická sociálně – psychologická hlediska. Přestože se stále opírali o poznatky analýzy, vypustili z nich Freudův pojem libido.

K. Horneyová zdůrazňovala úlohu kultury a sociálního prostředí v rozvíjení osobnosti u vzniku neuróz. Úzkostné chování je podmíněno lidskými vztahy v dětství a vznik úzkosti považuje za naučené chování vyplývající z neuspokojení potřeb bezpečí a vnitřního individua. „Jde o poznání, že tváří v tvář obrovským nekontrolovatelným silám přírody se v zásadě cítíme bezmocní a zranitelní. Tento normální typ úzkosti nejspíše zažíváme v dětství. Láskyplná péče rodičů nám však pomáhá se s touto úzkostí vyrovnat. Bez jejich optimální péče se však nemůže rozvinout bazální úzkost a hostilita.“ (Praško, 2005, str.28) . Tyto pocity lásky, uznání a vřelosti by dítě mělo

zažívat ze strany svých pečovatelů od prvních momentů svého života. V případě jejich absence se u něj objevují agresivní pocity vedoucí k pocitům viny a zároveň obavy ze ztráty rodičů. Tak vznikají, dle Horneyové, tři základní neurotické postoje: podrobnost, stažení se do sebe a útočnost. Tyto postoje, jejichž základní stavební kámen je postaven v raném dětství, se následně přenáší z generace na generaci a vzniká tzv. bludný kruh neurózy (viz. Obrázek 1.).⁶



obr 1. Základní bludný kruh neurózy podle Horneyové, 1945. (Praško, 2005, str. 28)

Karen Horneyová definovala dětskou úzkost jako: „Pocit osamocení a bezmoci vůči potenciálně nepřátelskému světu.“

Dle Sullivana se úzkost přenáší z matky na dítě. Je-li matka sama úzkostná, nervózní, vytváří-li dítěti nejisté prostředí, dítě tento pocit vycítí a samo se stane úzkostné. Matka může své úzkosti dávat najevo verbálně, neverbálně i paraverbálně. Dítě, vnímající matku, se snaží této úzkosti vyhnout. Vyhýbá se mu útekem do spánku, selektivitou pozornosti, nebo se přizpůsobí a stane se emočně rezistentní vůči těmto projevům. Tyto jevy mohou být užitečné, nejedná-li se o zásadní věci a emoce. Postupně se však může vytratit schopnost učit se a objevovat. Nejen emoce.

⁶ Tonda v dětství nikdy nezažil lásku rodičů. Otec ho často týral, matka se o něj příliš nestarala. Přestože oba své rodiče měl rád, nikdy nezažil pocit vřelé lásky a přijetí. Díky této situaci se u něj nikdy nepodařilo vybudovat pocit základního bezpečí a jistoty. Ve školce byl zakřiknutý, málo si hrál s ostatními dětmi. V průběhu školní docházky se objevily první výchovné a kázeňské problémy. V partnerském životě se mu nikdy nepodařilo navázat hluboký vztah k partnerce. Mají pětiletého chlapce Tomáše. Tomáš si nejraději hraje sám, ve školce má problémy s dodržováním pravidel. Na stanovení hranic reaguje křikem a nezvladatelnou agresí.

H. Sullivan a K. Horneyová byli terapeuti vycházející z praxe, jejich teorie potvrdil John Bowlby, který vyšel s teorií attachmentu a částečně potvrdil některé jejich myšlenky. Dále pak tyto teorie potvrdili Harlow a Harlow, kteří pracovali na pozorování různých živočišných druhů, převážně opic. Jejich teorie potvrdili domněnku, že matka poskytuje jistotu nezbytnou ke zkoumání okolí a utváří základní interpersonální vazby v dalších letech (Praško, 2005).

3.3 Behaviorální náhled – Úzkost jako naučená komponenta lidského prožívání

Behaviorální přístup (tj. přístup z hlediska teorie učení) se soustřeďuje na zjevné (tj. vnější) činnosti (aktivity) osoby jako na fakta, determinována jejími životními zážitky a zkušenostmi“ (Mikšík, 1999). Předpokládá, že se v něm projevuje složka naučeného, kde

„Učení lze definovat jako veškeré behaviorální a mentální změny, které jsou důsledkem životních zkušeností“ (Plháková, 2004 str. 159). Promítají se do něj tyto mechanismy:

- Procvičování
- Naučená bezmocnost
- Teorie sociálního učení
- Kognitivní model

Proto psychologové, zabývající se teorií učení, se domnívají, že úzkost je spouštěna spíše specifickými vnějšími událostmi než vnitřními konflikty. Více vysvětlujícím principem je princip klasického podmiňování a následného upevňování. Naskytá se však otázka, proč pro některé úzkosti a strachy jsou lidé náchylnější a na některé podněty vůbec nereagují. Tato „připravenost“ se dá vysvětlit evolučním principem, který je v lidech zakódovaný. Podněty, které v současnosti vnímáme jako podněty navozující nepříjemný pocit nebo strach, v minulosti pro člověka představovaly reálné ohrožení života (např. klasické podněty pro vznik fobií – pavouci, hadi, výšky) (Atkinson, Atkinosonová, 1995).

Behavioristé se opírají o rozsáhlý teoretický základ vzniklý na základě rozsáhlých pokusů, prováděných kolem přelomu 19. a 20. století. Mezi dnes již klasicky citovaný pokus patří Watsonův pokus s kojencem Albertem (11 měsíců), provedený v roce 1920. Tento experiment původně nebyl zaměřen na podmiňování vzniku úzkosti, ale na proces zobecňování podnětů. Malý Albert měl na hraní bílou krysou. Vyvolávala v něm libé pocity. V okamžiku, kdy si Albert hrál s krysou, Watson začal v blízkosti bít kladivem do železné tyče. Po sedmi pokusech, vyvolával pouhý pohled na bílou krysou u chlapce úzkostnou reakci. V průběhu pokusu Watson zjistil, že tento strach se generalizoval i na jiné předměty, které byly bílé a chlupaté. Dokonce i na vousy u masky Santa Clause. Po ukončení pokusů si matka chlapce i s vypěstovanou fobií odnesla domů (Plháková, 2004).

3.4 Humanistický přístup ke vzniku úzkosti

Z filosofického pohledu lze úzkost dávat do souvislosti se svobodou. (Ulč, 1999). Základními body v budování lidské individuality jsou důraz na svobodu a existenci, a veškeré bytí v prostoru je výsledkem neustále probíhajícího procesu sebeaktualizace. Tento proces vytváří vnitřní vztahový rámec, jehož komponenty jsou v neustále interakci. Carl Rogers je nazývá Organismus a Já. Proto chování je vždy motivováno aktuálními potřebami, spíše než potřebami z minulosti.

U dětí, v tak raném věku se vnitřní vztahový rámec teprve buduje. Jeho Já v prvopočátku vývoje představuje matka, popř. jiná pečující osoba. Samo pak, díky nedostatečně schopnosti porozumět světu nedokáže pořádně diferencovat prožitky, které se týkají jeho pravého Já, nebo prožitky týkající se jeho Organismu.. Z těchto důvodů je pro dítě důležitá čitelnost a porozumitelnost světu. Je-li jeho organismus a Já ve stavu inkongruence, lze předpokládat vznik úzkostí a úzkostných reakcí.⁷

O vzniku úzkosti hovořil například také Rollo May, který tvrdil, že úzkost vzniká pouze ze svobody a nových možností. „ Přizpůsobí se pacient dané kultuře, pak je sice

⁷ Malé dítě manifestuje jasnou potřebu nucení na záchod. Matka však reaguje slovy: „to vydržíš!!“ Matka pro dítě představuje správný koncept sebepojetí ve světě. Tím však vzniká bytostný rozpor mezi jeho Organismovými potřebami a Já.. Dítě se dostává do nekongruentního stavu, dostávají se nepříjemné pocity, pocity viny, úzkost, apod. Tyto pocity malého člověka se dále prohloubí, v případě, že se definitivně počurá.

vyléčen, ale za cenu vzdání se vlastní autentické existence.“ (Plháková, 2000). Pro předškolní děti je svět stále ne příliš srozumitelný, proto se obrací k rodičům, kteří by měli být v něm jeho průvodci. Díky lepšímu porozumění, dostatečné míry svobody, zároveň však opory a jistoty, která je podmíněná také stavěním hranic a lpění na jejich dodržování.⁸

3.5 Biologické hledisko a jiné koreláty při vzniku úzkostí

Predispozice k úzkostnému jednání se dá vypožorovat z rodinné heredity. Na jejím vzniku a obrazu se však podílí i biologická pohotovost organismu, která se vyvíjela v průběhu fylogeneze člověka.

Úzkost se projeví nadměrnou vegetativní reaktivitou s nárůstem tonu sympatiku. Navýší se vyplavování katecholaminů, metabolitů a noradrenalinu. Během úzkostných stavů je ve stavech hyperaktivity locus coeruleus (centrum noradrenergických neuronů), sníží se produkce GABA kyseliny (kyseliny gama-aminomáselná). Její snížení způsobí hyperaktivitu centrálního nervového systému. Hyperaktivní je centrum v temporální kůře a podobně jako u depresí dochází ke snížení latence REM a 4 spánkové fáze.

Úzkost může způsobit zvýšení hladiny serotoninu a zvýšení dopaminergní aktivity. Na jejím vzniku se v pozdějším věku mohou podílet i jiné neurologické koreláty. Nádory mozku, systémová onemocnění, epilepsie, endokrinní poruchy, zánětlivé stavy, toxické a jiné stavy. (Smolík, 1996)

Souvislost vzniku úzkosti u dětí v předškolního věku a těmito neurologickými a somatickými koreláty je však někdy předčasná, neznamená to, že by však neměla být brána v potaz.

⁸ Rodič má nad dítětem a jeho budoucím vývojem obrovskou moc. Snadno může zneužít sebe jako nástroje skrz který dítě chápe svět. Pro dítě je nerovným soupeřem. Nejen vzrůstem, ale hlavně faktem, že skrz něj se učí poznávat svět. Rodič, který má svůj vnitřní vztahový rámec v inkongruentním stavu, přenáší tyto signály na dítě. Dítě je přejímá, akceptuje a aplikuje mezi vzorce svého chování. Zjednodušeně. Je-li matka disociativní, je vysoká pravděpodobnost, že se v budoucnu její dcera bude v zátěži chovat obdobně.

3.6 Rodinná interakce jako jeden z možných faktorů podmiňující vznik úzkostí

Jedna z oblastí která může podmiňovat vznik a rozvoj úzkostných poruch je oblast rodinných vztahů a interakcí. Faktor rodiny může sehrát určitou roli v etiologii úzkostných poruch. Na základě výzkumu: *Family interactions in mood – disordered youth*, zabývající se vlivem rodinných interakcí a jejich dopadem na rozvoj depresí, rodinné prostředí je jedna z částí skládačky etiologie úzkostných poruch. Autorka článku McCauley uvádí, že existují tři hlavní zdroje poukazujících důležitost rodinných interakcí u depresivních rodičů. Klinické studie depresivních dospělých odkazující se na jejich ranné interakce, studie dětí depresivních rodičů a pozdější sledování rodinných systémů u mladých lidí. Jiné retrospektivní studie odkazující se na způsob výchovy uvádí, že výchova „depresivních rodičů“ byla charakteristická buď omezeným zájmem, nebo hyperprotektivním (overprotection) způsobem výchovy. Tato retrospektivní data pak nabízí modely implikující predikci vzniku následného zneužívání, ponižování, nebo nedostatečnou péči o děti. Vzorec hyperprotektivních nebo nestarajících se rodičů je pak popisován jako „affectionless control“ (bez schopnosti kontroly emocí).

Depresivní matky, jejichž výchova byla charakteristická obtížemi v komunikaci, s nižší afektivní reaktivností a podrážděností, vykazovali větší míru odmítání dítěte. Děti těchto matek později ve škole vykazovali ambivalenci ve vyjadřování pocitů v ranném školním období. V adolescenci se pak objevovali častější poruchy chování, nebo vykazovali hostilitu nebo odmítavý styl (withdrawn style) komunikace. Děti z „depresivních“ rodinných prostředí měli častěji problémy s vrstevníky, častěji vykazovali somatické a psychické poruchy a obtížněji zvládali školní zátěž než děti z rodin „zdravých“. Depresivní rodinné prostředí Billings a Moos charakterizovali jako rodiny méně kohezivní s menší měrou vyjadřování potřeb, častějšími konflikty a menší měrou vnitřní organizovanosti než tomu bylo u rodin „zdravých“. ^{9 10} (Cantwell, 1992)

⁹ Článek se primárně zabývá poruchami nálad (mood disorders) a rodinnými interakcemi. Úzkost může být komorbidní složkou poruch nálad, z tohoto důvodu uvádím článek v této kapitole.

¹⁰ Na základě rozhovoru s několika známými pracujícími jako AuPair ve spojených státech se domnívám, že tamní společnost (střední a vyšší třídy) zažívá krizi rodiny, která se podepisuje hlavně na dětech. Dle jejich slov, tamní děti jsou hyperprotektivně opatrované, bez možnosti zažít si „zdravého“ traumatu. Matky mají děti často v pozdějším věku (i kolem 40 let), výchovný styl je hyperprotektivní, s častou absencí matky (práci kolem dětí zastávají babysitters, nebo aupairs). Je zcela běžné, že děti kolem 5-6 roku chodí spát s plenami. Tento způsob výchovy pak implikuje současný stav, že tamní

Sobotková uvádí, že rodinné interakce mezi členy rodiny jsou výrazným faktorem, který ovlivňuje psychologické „well-being“ v rodině. V současné době existují tři hlavní směry pozorování rodinné interakce.

- Pozorovací systémy vyvinuty v rámci výzkumu etiologie psychopatologie, u tzv. Klinických rodin.
- Pozorovací systémy vyvinuté pro hodnocení efektu terapeutických intervencí v rodinách s emocionálně narušeným dítětem (např. agresivním)
- Pozorovací systémy se zaměřením na vztah mezi rodinnou interakcí a vývojem dítěte, tento proud výzkumu není primárně zaměřen na dysfunkční rodiny, ale zabývá se studiem interakcí v „normálních“ a funkčních rodinách.

Při výzkumu rodin se uplatňují dva základní směry. Klinický a testový. V rámci klinického pozorování a rozhovoru lze doplnit informace za pomocí testových metod. Ty mohou být na úrovni jedince a jeho diád, anebo celého systému. Z testové metodiky při posuzování funkčnosti rodinného systému, popř. kvality vztahů v rodině, lze použít např. Škálu rodinného prostředí, od autorů Moos a Moos (1981), přepracovanou Hargasovou a Kollárikem (1986). Škála rodinného prostředí vychází z interakcionistické představy a je závislé na osobnosti i prostředí.¹¹ (Sobotková, 2000)

Mezi testy, kde může vypovídat o své pozici v rodině i dítě samotné patří např. Anthony – Been, anebo nedávno vydán Test rodinného systému - FAST od autora T.M. Gehringa. FAST je zaměřen na to, jak členové rodiny vnímají kohezi a hierarchii v rodině. Test vychází strukturální teorie rodinných systémů a může být administrován dětem od šesti let, jehož praktickým cílem je zmapovat a popsat důležité dimenze rodinného fungování a následně usnadnit naplánování, provedení a hodnocení poradenské či terapeutické intervence. První vydání testu v ČR vyšlo v roce 2005 a revizi I. Sobotkové- Test vydalo vydavatelství Psychodiagnostika Praha 2005. (Hogrefe-Testcentrum, s.r.o.)¹²

teenegeaři častěji než v Evropě užívají psychofarmaka, navštěvují psychology a celková jejich osobnostní resilience je nižší než u jejich vrstevníků v Evropě.

¹¹ Škálu rodinného prostředí jsem použil v rámci empirické části diplomové práce. Více v kapitole Aplikovaná metodika.

¹² Domnívám se že FAST je možné administrovat i dětem předškolního věku. V rámci realizace empirické části jsem FAST nevyužil, z tohoto důvodu zůstávám pouze u domněnky vycházející z předpokladu, že dítě předškolního věku (od tří let) v rámci věkově-vývojové normy s ohledem na vývojové specifika tohoto období, je schopno projektivně vystihnout rodinnou interakci na ploše a jejich výpověď je tímto stejně hodnotná, jako u jedinců starších.

4. Psychodiagnostika úzkostných poruch v předškolním věku

Děti se vyvíjejí velice rychle a často v průběhu krátkého časového úseku. Tento fakt může působit potíže při zajišťování kvalitních, validních a reliabilních informací při testové situaci.

Nejen u diagnostiky úzkostných poruch je velice důležité prozkoumat případ za pomoci co největšího počtu zdrojů informací. Ty začínají u podrobné anamnézy při zjišťování rodinných predispozic, rodinného a sociálního zázemí, vztahů v rodině a jejich kvality, postoje rodičů, případně prarodičů k dítěti, nálady v rodině. Vždy je nutné prozkoumat celý rodinný systém. Studie totiž prokázaly, že je – li matka sama úzkostná, svou úzkost přenáší na své dítě. Proto je důležité zjistit případnou rodinnou hereditu a patologie u členů rodiny .

V rámci širších sociálních vztahů dítěte je dobré poznat vztahy dítěte k učitelce v mateřské škole, vztahy ke svým vrstevníkům, jeho adaptabilitu na nové situace. V rámci osobní anamnézy pak zaměřit se na jeho temperament, na jeho obavy a strachy dítěte, sny, spánek. Psychologické vyšetření by mělo proběhnout nejen v přítomnosti pečující osoby, ale také s dítětem samotným. Navázání takového vztahu je v mnohých případech u tak malých dětí takřka nemožné (Massi et al, 2001). Tuto zkušenost však nemohu ze své praxe ani z praxe jiných psychologů, s nimiž jsem konzultoval, zcela potvrdit. Spíše se domnívám, že je to záležitost individuální, každé dítě je jiné a každé reaguje jinak.

Mezi anamnesticky zkoumané oblasti úzkostných poruch patří:

- Osobní a rodinná historie
- Míra přítomné psychopatologie a jejich projevů
- Symptomalogie
- Komorbidita
- Temperament dítěte
- Kvalita attachmentu
- Funkčnost rodiny

Při diagnostice úzkostných poruch v předškolním věku se psycholog setkává s několika základními úskalími. Nejčastěji to je komorbidita úzkostné poruchy s jinou, emočně laděnou komponentou. „Úzkostnost u dětí jako povahový rys je z velké míry dán konstitučně. Nepochybně je spojena s kvalitou nervového systému, s jeho odolností a citlivostí. Je to jeden z tzv. tvrdých rysů osobnosti k nimž patří inteligence, extroverze, introverze a podobné kvality. Je tedy také z velké míry podložena geneticky.“ (Matějček, 1991). Dále je pak neméně důležitá verbální dovednost, mentální a kognitivní úroveň dítěte vzhledem k vývojovému období, popř. samotným faktem je, že vyšetření je pro dítě nepřirozená situace. Může mít z něj obavy, nebo jej vůbec nechce podstoupit.

Při psychologické diagnostice u tak malých dětí se opíráme nejen o poznatky, které získáme během vyšetření, ale také o další zdroje informací. Pro kompletaci poznatků ze všech možných zdrojů je potřeba zhodnotit validitu a souvztažnost mezi jednotlivými zdroji informací a posoudit, zda-li vytváří kompletní obraz o dítěti.

Jeden z nejdůležitějších diagnostických znaků je důkladně sejmутá anamnéza s rodiči. Ta nám poslouží k popisu chování dítěte v jeho přirozeném prostředí domova, jeho vývoj a důležité mezníky v jeho životě.

Zpráva z školky nám poskytne informace hlavně sociálního a socializačního charakteru dítěte k ostatním vrstevníkům a autoritám, a v neposlední řadě je to samotné psychologické vyšetření a rozhovor s dítětem. (Ronenová, 2000)

U dětí do šesti let je použití dotazníků problematické. Drtivá většina z nich – např. CMAS, PAQ, Eysenckovy dotazníky, Cattell, atd... jsou diagnosticky validní v průměru od třetí, čtvrté třídy ZŠ. Tedy od 9.-10. let věku dítěte. Výjimkou je Dotazník rodinných vztahů Beneové – Anthonyho, který lze použít i u předškoláků. Dále pak lze použít Dotazník chování předškolních dětí, T – 18. Tento dotazník vyplňují vychovatelé, kteří o dítě pečují v zařízení (učitelky v mateřských školách, stacionářích apod., nikoli rodiče dětí).

Mezi screenngové metody lze dále zařadit dotazník Connersové TQ – určený pro učitele a vychovatele dětí. Tento dotazník obsahuje celkově seznam 39 nejružnějších reakcí a způsobů chování dětí. Ty jsou rozděleny do dvou oblastí. Chování dítěte ve třídě a ve

skupině. Vyplňující osoba na uvedených škálách od 0 do 3 posuzuje častost výskytu jevu. (viz. Příloha).

Podobnou variantou TQ dotazníku je PSQ dotazník. PSQ je určen rodičům dětí. V něm se vyskytuje seznam nejrůznějších obtíží a problémů, s nimiž se rodiče u svých dětí setkávají. Podobně jako u dotazníku TQ, rodič hodnotí jev na stupnici od 0 – 3 u celkového počtu 90 položek.¹³(viz. Příloha)

Přirozeným diagnostickým nástrojem pro dítě je kresba. „Z terapeutického hlediska se sledují kresby 2 a ½ ročních dětí a jejich čmárání se přisuzuje k symbolice primitivních národů, k symbolice prarodů nebo mandaly. Předpokládáme, že tyto dětské produkce je možné dobře použít při navázání kontaktů s dítětem a při sledování vývojových parametrů. Jejich symbolická interpretace je sporná.“ (Pogády a kol., 1993). Pro dítě v předškolním věku je verbální komunikace někdy příliš náročná, proto kresba může výborně zastoupit absenci komunikačních dovedností. Pro diagnostické účely lze kresbu brát v potaz už od čtyř či pětiletých dětí, kde se začíná projevovat imaginace, abstrakce, místy i symbolizace.

Z projektivních metod se u tak malých dětí dá použít test Začarované rodiny (u menších dětí v modifikované verbální verzi), test Tří přání, Techniku zvířat, popř. Michalův projektivní interview. Dle Krejčířové, lze u dětí od 3.-4. let smysluplně použít i Rorschachovu metodu, zhruba do šesti let s modifikovanou instrukcí. „Nicméně již v předškolním věku tu můžeme zachytit úzkosti a strachy dítěte. Různá „strašidla“, „bubáci“, „čerti“, ale i „vosy“, „včely“, a pavouci signalizují anxiózní a fobickou pohotovost dítěte (Říčan, Krejčířová, 1995).¹⁴

Morávek uvádí že pomocí ROR je možno u dětí diagnostikovat:

- Percepční a kognitivní úroveň dítěte

¹³ Předností těchto dotazníků je jejich rychlost pro vyplnění a přehlednost. Nedokonalostí pak může být subjektivita examinátora při hodnocení dítěte. V rámci empirické části diplomové práce jsem porovnával míru shody TQ a PSQ. Ta může být ukazatelem míry náhledu rodiče a vychovatele na posuzované dítě. (Viz. Empirická část)

¹⁴ Podmínkou pro využití ROR tabulí u dětí je však také znalost vývojové psychologie a aktuální životní situace dítěte. Specifika ROR metody u dětí uvádím v empirické části diplomové práce, kde jsem se zaměřil na využití ROR u dětí předškolního věku.

- Afektivní složky
- Způsob přizpůsobení a dynamiku osobnosti
- Deviaci ve vývoji a v osobnostním prožívání.

(Morávek, in Svoboda, 2001)

Samotná testová situace poskytuje mnoho diagnostických vodítek. Je-li dítě schopno (a ochotno) podstoupit testovou situaci i v nepřítomnosti rodiče, pozorujeme, jak se chová během testové situace, jaký je jeho postoj vůči examinátorovi a podobně. Z tohoto důvodu ideálním místem pro vyšetřování a následnou terapii je vybavená herna. Hra samotná je důležitým diagnostickým kritériem. Herna se dá použít jak pro diagnostické (klinické pozorování, rozhovor, tak i pro terapeutické účely. „Dolní mez užití herny je 3.-4. roky, horní hranice 12. a 13. let“ (Rezková, 1999).¹⁵

Z dalších diagnostických možností přirozenou formou, formou hry, jsou Test světa Ch. Bühlerové a Scénotest G. von Stabsové. Pořízení těchto metod a jejich použití je však finančně velice nákladné a ne všechna psychologická zařízení jimi disponují.

Při diagnostice dětí, podobně jako u výzkumu je potřeba:

- Namotivovat dítě
- Navázat dobrý vztah
- Ujistit se, že dítě chápe instrukci a je ochotno ji následovat
- Udržet pozornost a vyhnout se nudě a únavě.¹⁶

(Hoskovcová, 2006)

¹⁵ V rámci užití testových metod, např. ROR, nebo testů kde je potřeba cílené pozornosti dítěte je herna spíše nepraktická, protože odvádí pozornost dítěte od podnětového materiálu.

¹⁶ Osobně se mi uplatnilo, dětem přidávat situační kontext a smysluplnost vzájemné spolupráce. Avšak ne vždy jsou děti přeže všechny okolnosti, ochotny podstoupit testovou situaci. S interpretací odmítnutím podstoupení testové situace, jako projev úzkosti, jsem však velice opatrný. Příčiny mohou být různé, častá instabilita nálad, aktuální okolnosti, předchozí zkušenost s lékaři nebo testovou situací samotnou. Obava ze selhání nebo i osobnost examinátora může vést k mylnému závěru – „Tohle dítě je úzkostné“. Z tohoto důvodu užití jedné testové metody, obzvláště je-li projektivně zaměřená, vnímám dost riskantně a výstup z ní nemusí vždy odpovídat realitě.

5. Vývoj separace

Jedním z klíčových diagnostických momentů při diagnostice separačních poruch je vyloučení přirozené separační poruchy, která probíhá v průběhu ontogenetického vývoje dítěte. Tyto separační fáze popsala Margareth Mahlerová. Za klinicky významnou separační poruchu lze považovat popisované chování u dětí starších čtyř let. M. Mahlerová tyto fáze popsala od narození do třicátého šestého měsíce. Vývoj separace rozdělila do tří základních fází, které pak ještě dělila na další subfáze.

Během prvních dvou měsíců dítě prochází fází *Normálního autismu*. Během tohoto času dítě tráví většinu dne spánkem (18 – 20 hodin denně). V přechodných stavech bdělosti po zbytek dne se však aktivně zajímá o své sociální okolí a jeho podněty. Rozezná hlas matky od jiných, stejně jako svůj pláč, od pláče jiných dětí.

V druhé fázi mezi druhým a čtvrtým měsícem, nazvanou *Normální symbiózou* vytváří dítě s matkou omnipotentní celek. Dítě vnímá sebe a matku jako jeden celek. Zvládá však rozlišovat tento celek od ostatního okolí.

Třetí fáze procesu, *Separace - individuace* (4. – 36. měsíc) je rozdělena na čtyři subfáze. Diferenciace (4. – 10. měsíc), procvičování (10. – 16. měsíc), navazování přátelských vztahů (16. – 25. měsíc) a proces individuace (25. – 36. měsíc).

Během procesu „Diferenciace“ dítě začíná zřetelně odlišovat sebe od matky. Typické pro toto období je explorační okolí, předmětů, matky, vlastního těla, zaměřuje se už nejen na vnější svět, ale také na své niterné pocity. Začínají se objevovat první strachy z cizích osob a situací a ke konci tohoto období se začíná projevovat vývojově podmíněná separační úzkost.

Vzhledem k nárůstu motorických dovedností – dítě se umí samo pohybovat, plazí se, leze po čtyřech, začíná stát, a postupně chodí, ať už s oporou nebo bez, dochází k potřebě se vzdalovat od matky a procvičovat si získané, zkoumat okolí, rozvíjet svou autonomii a nezávislost. V tomto období „procvičování“, kdy je dítě povětšinou pozitivně laděné (má radost z pohybu a explorační) však dochází k výraznému nárůstu separační úzkosti. Během svého průzkumu světa se dítě snaží neustále kontrolovat

přítomnost pečujícího okolí. Zrakově, sluchově. Mohou se vyskytnout krátkodobé deprese, které pomáhají dítěti „přežít“ v případě odloučení bez mámy. Dítě si během nich vytvoří mentální obraz /představu/. V důsledku mají tyto „deprese“ pozitivní, adaptivní účinek.

V případě nezvládnuté separace může dojít ke stagnaci psychického vývoje, popř. může dojít k vývojovému regresu. Dobře zvládnutí překonání této fáze se projeví v budoucnu dobrým základem pro vytvoření asertivity, autonomie, samostatnosti, zvědavosti a zvědavosti pro celý život.¹⁷

Po úspěšném zvládnutí prvních frustračních momentů z předchozích fází, dítě má dostatek kuráže začít navazovat nové vztahy se svým okolím. V této fázi „navazování přátelských vztahů“ aktivně zapojuje do svého interakčního rámce spoustu lidí. Pečující osoby, neznámé. Díky zlepšeným lokomočním schopnostem má sílu zkoumat dále. Zároveň však naráží na svou bezmoc vůči světu. Uvědomuje si svá fyzická omezení. Objevují se ambivalentní pocity k matce. Na jedné straně vytrvale vyžaduje pozornost, zároveň je na ni „ošklivé“, hněvá se, kouše, bije ji. Během této subfáze nastává druhý vrchol separační úzkosti.

Dítě působí dojmem, že neví co chce... Rodičům nastávají perné chvílky. Bohužel však nezvládnutí této fáze může mít za následek regresivní vliv na dítě, popř. rozvoj úzkostného terénu.

Po ukončení poslední subfáze, „Individuace“, dítě je schopno snést krátkou nepřítomnost matky, dokáže rozlišit sebe a své niterní potřeby od matčiných – nevytváří onen onnipotentní celek. Dítě je schopno si samo hrát, je dosaženo Individuace a jsou zvnitřňovány hodnoty. Na konci tohoto období by mělo být dítě pomalu připraveno jít bez větších problémů do mateřské školky.¹⁸

¹⁷ Matka vaří oběd v kuchyni, zatímco její syn prozkoumává celý byt. Když dojde za první roh, kde na mámu už není vidět, pro jistotu se otočí, nakloní a zkontroluje, jestli máma nezmizela nebo neodešla. Posílen pocitem jistoty ze stálosti situace, je schopno pokračovat ve své výzkumné cestě. Dojde však až příliš daleko na to, aby mámu slyšel, nebo viděl. Z obavy a nejistoty začne plakat. Pečující matka přiběhne a dítě se utvrdí, že není osamoceno. Toto se později projeví na jeho schopnosti rozvíjet své explorační tendence do budoucna. Je přece důležité mít se kam vrátit. Zároveň si dítě ověřuje svou schopnost manipulace s okolím. Proto při výchově je důležité udržovat balanc mezi dostatečnou možností rozvíjet své schopnosti a dovednosti, vlastní volbou a iniciací, ale také držení hranic, které rodič staví a drží je. Tyto hranice přispívají k čitelnosti a srozumitelnosti světa, stejně jako jistota, že když bude nejhůře, máma dorazí.

6.1 Matějčkovu pojetí úzkosti sedmého měsíce

S odkazem na vývojovou psychologii (Čížková, 2004), duševní vývoj dítěte, především rozvoj poznávání a vytváření vztahů, závisí na rozvoji jeho motorických dovedností. Mezi důležité funkční mezníky, kdy dochází k vývojovým změnám jsou označovány třetím, šestým devátým a dvanáctým měsícem života. V rámci těchto milníků dochází k rozvoji motorických dovedností a přibývá množství zkušeností s okolním světem dítěte.

Kolem šestého až sedmého měsíce je patrné, že dítě začíná kategorizovat, začíná vytvářet pojmy, vnímá komplexnější objekty a chápe jednoduché události. To se odráží i v jeho sociálním chování: patrně už tříměsíční dítě dovede rozlišit veselý a zarmoucený výraz obličeje a jednoznačně rozeznává předměty a osoby, na které se usmívá. (Rodná, 2007)

Matějček uvádí, že přibližně v sedmém měsíci života se u kojenců objevuje tzv. specifický citový vztah k mateřské osobě.¹⁹ Projevuje se především tím, že dítě dává výrazně této osobě nebo těmto osobám přednost před jinými, "cizími", a protestuje, když mu nevěnují pozornost nebo je opustí. Přibližně o měsíc později, tj. v osmém měsíci, se objevuje specifický strach z cizích lidí. Znamená to, že emocionální vývoj umožňuje dítěti zažívat pocit bezpečí a jistoty v blízkosti lidí známých, zatímco přítomnost lidí neznámých je jistoty zbavuje. Je tedy zřejmé, že v situaci kojeneckého ústavu nebo jiného ústavního zařízení, kde se v péči o dítě střídá větší počet osob, je podstatně snížena možnost, aby si dítě k některé z nich vytvořilo pevný citový vztah. (Matějček, 2000)²⁰

¹⁸ V průběhu sběru dat do empirické části diplomové práce jsem si všiml jevu, že děti sice zvládli separační fázi od matky, ale některé matky je stále vnímaly jako součást nich samotných. Zjednodušeně – vnímání onipotentního vztahu nemusí být dominantou pouze dítě – matka. Tento vztah vnímám jako reciproční, a stejně tak jak se separuje dítě od matky, tak se matka separuje od dítěte. Je pak na místě otázka, kdo separaci zvládá lépe a kdo ji dříve ukončí?

¹⁹ Tak je označena osoba, která se k dítěti chová "mateřsky" - může to být tedy i otec, babička, starší sourozenec či kdokoliv jiný. Asi v 50% případů se tento vztah vytváří nikoliv jen k jedné, ale zároveň k více osobám v sociálním prostředí dítěte.

²⁰ Ve svých pracích o psychické deprivaci v dětství Matějček navazuje a rozpracovává téma raných „opuštění“ a jejich následný vliv na vývoj dětí. (Langmeier J., Matějček.: Psychická deprivace v dětství, SZN Praha 1968)

6. Separační úzkost - Diagnostická kritéria Dle DSM IV a MKN 10

6.1 DSM IV (Dle Carr – DSM IV, American Psychiatric Association 1994)

Vývojově nepřiměřená, nadměrná úzkost zahrnující separaci od domu, nebo osoby blízké. Důvod pro diagnostickou úvahu je splnění minimálně tří následujících podmínek.

- *Nastává před 18. rokem*
- *Narušení trvá minimálně 4 týdny*
- *Porucha způsobuje klinicky signifikantní distres nebo zhoršení v rámci sociálního nebo školního fungování.*
- *Opakující se noční můry týkající se separace.*
- *Opakující se stížnosti se somatickým podtextem. Bolesti hlavy, bolest břicha, nausea a zvracení. Tyto stavy se projevují i jako anticipační úzkost.*
- *Nadměrný, opakující se distres v okamžiku odloučení z domova nebo od vztahově blízké osoby, popř. v okamžiku anticipace odloučení.*
- *Přetrvávající nadměrná obava ze ztráty blízké osoby, nebo jejího vážného zranění.*
- *Přetrvávající nadměrná obava že se osobě blízké stane nečekaná událost, která zapříčiní separaci (např. ztráta, popř. unesení, apod.)*
- *Přetrvávající odmítání nebo obava jít spát, popř. spát mimo domov bez blízkosti osoby blízké.*
- *Přetrvávající odmítání nebo obava jít do školy nebo kamkoliv jinam.*

Diagnostika Separační úzkosti se vylučuje během rozběhlého psychotického onemocnění a není řazena pod panickou poruchu obsahující agorafobii.

Klíčovým diagnostickým rysem je nadměrná úzkost, soustředěná na odloučení od těch osob, kterým je dítě emočně nakloněno (obvykle rodiče nebo jiní členové rodiny). Tato úzkost není pouhou součástí povšechné úzkosti, týkající se rozmanitých situací. Může to být některá z následujících forem:

6.2 MKN 10 (Dle manuálu ICD 10) – F 93.0

Separáční porucha by měla být diagnostikována tehdy, je-li strach z odloučení od primární osoby základním zdrojem úzkosti dítěte. Při diagnostice je podmínka, aby byla diferencována od běžného vývojově podmíněného levelu separáční úzkosti a její stupeň závažnosti je dostatečně statisticky signifikantní (např. délkou a intenzitou trvání) a je výrazně spojena s narušenou sociální funkcí. Diagnóza dále vyžaduje, aby nebyla generalizována (v tomto případě se jedná o úzkostnou poruchu ze spektra F 40 – F 49).

2. *Nereálná obava, že se něco stane emočně nejbližším osobám nebo že odejdou a už se nevrátí.*
3. *Nereálná obava, že nějaká nepříjemná událost odloučí dítě od emočně nejbližší osoby, např. že se dítě ztratí, bude uneseno, přijato do nemocnice, nebo zabito.*
4. *Trvalé váhání nebo odmítání chodit do školy vzhledem ke strachu z odloučení (spíše z jiných důvodů jako je např. strach z dění ve škole)*
5. *Trvalé odmítání jít spát bez přítomnosti emočně blízké osoby*
6. *Trvalý bezdůvodný strach být ve dne doma samo nebo bez přítomnosti emočně blízké osoby.*
7. *Opakující se noční můry se vztahem k odloučení.*
8. *Opakovaný výskyt tělesných příznaků (nausea, bolesti žaludku, bolesti hlavy, zvracení atd.) v situacích, kdy dochází k odloučení dítěte od emočně blízké osoby např. při odchodu z domova do školy.*
9. *Nadměrný, opakující se strach, projevující se úzkostí, pláčem, výbuchy vzteku, utrpením, apatií nebo sociálním odtazením při předpokládaném odloučení od emočně blízké osoby bezprostředně po něm.*

Diferenciální diagnostika by měla vyloučit poruchy nálad (afektivní poruchy), neurotické poruchy, fobickou úzkostnou poruchu v dětství, sociálně úzkostnou poruchu v dětství a jiné emoční poruchy v dětství (rivalita s dětmi stejného věku – ne sourozenci).

7. Komorbidita úzkosti

Úzkostné poruchy v dětství s sebou přináší některá diagnostická úskalí. Pro účinnou léčbu je proto potřeba stanovit přesnou diagnózu. Některé projevy úzkostí mohou být sekundárními projevy jiného, primárního druhu onemocnění.

7.1 Generalizovaná úzkostná porucha

Tato porucha se nediodnostikuje u dětí předškolního věku, protože toto období se považuje spíše za období kdy první úzkosti a fobie vznikají. Generalizovaná úzkostná porucha je spíše problémem prohlubujících se strachů a úzkostí, které dítě inhibuje, např. při školní docházce, v zátěžových situacích apod. Může se však také projevit pohybovým neklidem, agresí, nebo somatizačními obtížemi.

7.2 Posttraumatická stresová porucha a úzkost

Posttraumatická stresová porucha (dále pak PTSD – posttraumatic stress disorder) může vzniknout v jakémkoliv věku. Řadí se do spektra poruch přizpůsobení. Častěji se vyskytuje v mladším věku, kdy je člověk vystaven traumatickým událostem. Je to úzkostná porucha, která se vyvíjí po velké emoční zátěži, která svou měrou přesahuje obvyklou lidskou zkušenost. Na jejím rozvoji se podílí venkovní vlivy (ohrožení, znásilnění, zneužití, vystavení traumatickému obrazu) i intrapsychický terén (genetická predispozice, temperament dítěte). Podmínkou vzniku PTSD je prožití si traumatu, po něm následuje období latentního klidu, a po něm se dostaví úzkostné stavy (Hoschl, 2002). Ty jsou provázené rozličnými příznaky. Poruchami řeči, enurézami, nočními děsy, flashabacky, pocity otupění, necitelnosti, zvýšenou dráždivosti, úzkostným, depresivním laděním, vývojovým regresem a pod. „Porucha po čase spontánně vymizí nebo s pomocí léčby ustupuje, někdy však může být chronifikována a vést k trvalým změnám osobnosti.“ (Říčan, Krejčířová, 2006).

7.3 Vývojově podmíněný level separační úzkosti

Viz. kapitola Vývoj separace dle M. Mahlerové.

7.4 Deprese a úzkost u předškolních dětí

Do nedávné doby se problematika výskytu deprese u dětí podceňovala. Ukázalo se však, že deprese v dětském věku se prevalenčně objevují ve stejné míře jako u dospělých. Je však velice problematické je definovat a diagnostikovat. Deprese a s ní navozená úzkost je obtížně diagnostikovatelná, protože tak malé dítě ještě nemá v sobě dostatečně vyvinutý verbálně – kognitivní základ pro pochopení a uvědomění si „smutných stavů“. Velice často se pak setkáváme u dětí se somatickou reakcí a jejich symptomy, ztrátou zájmu o hru, a radost z ní, stranění se vrstevníkům. „Někdy přibývá denního snění, fantazie dítěte se pak vztahují k tématům bolesti, agrese a smrti a někdy se projeví zvýrazněným destruktivním a agresivním chováním dítěte“ (Říčan, Krejčířová, et al., 2006).

Samotný obraz deprese u dětí je pak velice variabilní a s úzkostnými projevy koliduje. Afektivní porucha se projevuje různě. Dítě může být tenzní, působit depresivně. Zároveň se však může projevovat agresivně vůči vrstevníkům (maskovaná deprese), stejně jako vyhybavě. Nejí, špatně spí. Při diagnostice je potřeba vzít v potaz informace z rozličných zdrojů a zejména při farmakoterapii pak důsledně zvážit podíl anxiety nebo deprese.

7.5 Úzkost a ADHD – specifická vývojová porucha. Specifická porucha chování

Etiologie vzniku ADHD je jako u všech duševních poruch multifaktoriální, dnes jsou jasné důkazy o genetickém přenosu a vzniku poruchy, která přetrvává v 50. až 70. procentech případů do dospělosti (Matýs, 2006).

ADHD a specifické poruchy chování, u nás klasifikována jako Hyperkinetická porucha lze s určitostí diagnostikovat koncem předškolního období, začátkem školní docházky. U dětí předškolního věku lze pozorovat určité specifické projevy v chování, které jsou typické pro rozvoj ADHD. Jeho vývoj je nerovnoměrný, dítě je motoricky neobratné, a pohybový vývoj je ve srovnání s vrstevníky celkově zpomalen. U jemné motoriky se rozvíjející porucha projevuje např. v kresbě a při neobratném držení tužky. Kresba je primitivní, neobratná, pro dítě je kresba více dřina než zábava. V řeči se mohou

vykytovat špatné artikulace, specifické asimilace, balbuties, popř. jiné řečové poruchy. Ty samotné mohou indikovat k rozvoji úzkostné poruchy.

„Úzkostné hyperaktivní děti mohou být někdy, zejména v předškolním věku, chybně diagnostikovány jako děti se syndromem ADHD. Pro jejich odlišení je nutná zejména podrobná anamnéza. Děti úzkostné, na rozdíl od dětí s organicky podmíněným neklidem, nebývají toliko impulzivní a jejich motorický i kognitivní vývoj bývá rovnoměrnější“ (Říčan, Krejčířová, 2006).

U 30 % dětí s ADHD pozorujeme klinicky definovanou úzkostnou poruchu (Munden, Arcelus, 2002) Tyto čísla však zahrnují děti ze školní populace. Bohužel se mi nepodařilo najít žádné podobné údaje zaměřující se na děti předškolního věku. Díky tomuto zjištění lze však předpokládat komorbiditu ADHD s úzkostí i v tak ranném věku.

„Dítě trpí těžkou úzkostí je – li například odloučené od svých rodičů, trpí těžkou úzkostí ve vztahu ke škole nebo k sociálním situacím. Důsledky úzkosti by pak mohly být snadno přisouzeny přetrvávajícímu nedostatku pozornosti. Úzkostné dítě by mohlo být přetížené a rozrušené i jinými obavami, což může vyústit ve skutečné problémy v udržení pozornosti na jiné záležitosti. Obavy a nervozita jsou často příčinou problematického soustředění na úkol, děti se mohou chovat neklidně a budit dojem hyperaktivity.“ (Munden, Arcelus, 2002).

7.6 Úzkost a Pervazivní vývojové poruchy – Autismus

Autismus u dětí je zařazen podle MKN 10 do skupiny pervazivních (všeprostupujících) vývojových poruch a klinický obraz je charakterizován psychopatologií ve třech základních oblastech - Poruchou řeči a komunikace, kvalitativním narušením sociálních vztahů, odporem ke změně, rigiditou a nepružností myšlenkových procesů (Říčan, Krejčířová, 2006). Diagnózu některého ze spektra autistických poruch lze stanovit mezi druhým a třetím rokem života. Některé studie uvádějí možnost stanovení diagnózy od 18. měsíce.

Projevem chování se na první pohled dítě může zdát úzkostné. Straní se jiným dětem, hraje si samo, často se vyskytují poruchy řeči (balbuties, echolálie), neurotické projevy,

stereotypie. V současné době se provádějí studie, které se zabývají vztahem mezi úzkostí a autismem. Předpokládá se, že úzkost provázející autistické poruchy pochází z oblasti nezvládnutých sociálních a komunikačních interakcí dítěte. Tato anxieta pak dále může ovlivnit jednotlivé kognitivně – percepční styly. Tyto děti pak mohou vykazovat určitý klinický stupeň úzkosti a poruchy nálad (Courtney P. Burnette et al, 2005).

Nejlehčí formou z autistického spektra je Aspergerův syndrom, který se většinou diagnostikuje ke konci předškolního věku a často projevy chování dítěte se nesprávně diagnostikují jako syndrom ADHD s úzkostnými poruchami. Život dítěte s Aspergerovým syndromem probíhá neustále za více či méně ztížených podmínek a přináší tak zvýšené zatížení jeho psychiky, protože je dítě nuceno neustále se přizpůsobovat náročným životním situacím. Na změny rovnováhy v organismu a prostředí citlivě reagují emoce. Citové reakce nemají vždy adekvátní intenzitu nebo délku trvání. Z psychologického hlediska nelze opomenout někdy nepřiměřené citové reakce dětí, zejména, jde-li o strach, úzkost nebo přecitlivělost.

7.7 Neuróza

Pojem „neuróza“ poprvé užil William Cullenem v r. 1789. Freud používal termín „úzkostná neuróza“. Jeho široké pojetí pojmu však bylo zpochybněno a v roce 1923 byl vypuštěn z DSM III. Někteří odborníci se však domnívají, že by pojem „neuróza“ měl být nadále používán jako generický termín, hlavně pro výzkumné účely.²¹ (Smolík, 1996). Základním rozdílem mezi úzkostí a neurózou je, že úzkost je pocit nejistého charakteru, kdežto neuróza je úzkost provázena myšlenkami. Je to „špatná“ strategie zvládnání úzkostí²², ve které se uplatňují aktuálně dostupné obranné mechanismy s možným vegetativním doprovodem. Některé neurotické projevy zmizí samy, některé, však mohou chronifikovat do takové míry, že je pak nelze odstranit. Magický věk pěti let je optimální „živnou půdou“ pro zárodek neuróz.

²¹ Termín zahrnuje široké spektrum a nemoci, které jsou v MKN X. řazeny dále do sekcí F3 – poruchy nálad a F4 – Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Při diagnostice a následné léčbě je však nutná specifikace.

²² Fraibergová uvádí, že je to spíše nevhodný kompromis, protože konflikt zůstává zamaskován pod povrchem. Do doby, než se konflikt vyřeší, bude se neuróza sama sebe aktivovat prostřednictvím nevhodných kompromisů. Tyto kompromisy zabraňující průběhu konfliktu spotřebují v dítěti spoustu energie, která by měla být využita k důležitějším zájmům v rámci rozvoji osobnosti. Výsledkem je vyčerpané ego a značné omezení v rozsahu fungování.

7.8 Úzkost v kontextu poruch řeči

„Jestliže se řeč dítěte nevyvíjí nebo je-li nějak zřetelněji narušenam prožívají to ti, kdo jsou na jeho osudu citově angažováni, jako ohrožení jeho lidství“ Řeč je nástrojem specificky lidské komunikace, je znamením normálního duševního vývoje, umožňuje nám porozumět myšlení a cítění dítěte. (Matějček, 1991 str. 157).²³ Vývojové poruchy řeči z etiologického hlediska jsou uváděny asi u 2% dětí. Vezmeme-li v úvahu i lehčí vady výslovnosti, dosahuje prevalence až 19% uvádí Krejčířová. S odkazem na MKN X. se mezi Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka se řadí:

- Vývojová dysfázie
 - Expresivní
 - Receptivní
 - Smíšené

- Poruchy artikulace
 - Vývojová dysarterie
 - Dysartrie
 - Dyslalie (patlavost)

- Specifické poruchy řeči
 - Artikulační neobratnost
 - Specifické asimilace (pouze u dětí s ADHD)

U dětí s poruchami řeči jsou často zachycovány sekundární poruchy chování nebo emoční problémy, komorbidita s jinou psychickou poruchou (primárně i sekundárně). Krejčířová uvádí, že dítě obtížněji prosazuje svou autonomii, chybí mu možnost verbálního vyjednávání s rodiči, druhými dětmi a prodloužená může být fáze negativismu batolecího věku. Nemožnost srozumitelného vyjádření potřeb, vlastních pocitů dítěte do okolí je pro dítě zdrojem frustrací a neurotizací.

Mikulajová zmiňuje, že v rámci jejich zjištění dysfatických dětí, 45,7 % chlapců 40% děvčat přicházelo s neurotickými příznaky. Nejčastěji onychofagií a tiky, ale také pomočováním. Uvádí, že u mnohých dětí zpozorovali zvýšenou úzkostlivost, či nižší

²³ Malé děti se dorozumívají ještě dost na nonverbální fázi, emoční a neurotické obtíže narůstají obvykle při začlenění do větších kolektivů ZŠ, kde je řeč hlavním dorozumívacím kanálem.

odolnost vůči zátěži, projevanou vzdorem, odmítavým chováním a agresivitou. (Mikulajová, Rafajdusová, 1993)

Podobné projevy příznaky se mohou vyskytovat i u nevývojových (organických) poruchách řeči, např. u afázií.

Jiná situace je v případě selektivního mutismu (elektivního mutismu) a koktavosti. V etiologii mutismu se vyskytuje zvýšená stydlivost a úzkostnost, problémy se separací a současně sklon k opozičnímu jednání či negativistické tendence. Výrazným faktorem podmiňující vznik elektivního mutismu jsou rodiče (často hyperprotektivní, mohou být sami úzkostní). V rámci MKN X je řazen mezi poruchu sociálních vztahů (F 94.4). Nejedná se tedy o poruchu řeči samé, ale o poruchu používání řeči.

Koktavost může být jak získaná – porucha neurotická(psychogenní), sekundárně neurotická nástavba (má určitý dispoziční základ) tak může být i organicky podmíněna porucha řeči. Mezi nejčastěji uváděné příčiny koktavosti patří dědičnost (40 – 60%), negativní vlivy prostředí – dlouhodobá neurotizace doma nebo ve škole²⁴. Psychogenní složka je však přítomná u všech vlivů.(Lechta, 1995)

²⁴ Většina dětí předškolního věku ve školkách jsou spokojené a v pohodě. Reálná „traumata“ začnou zažívat až na ZŠ a afektivním poruchám přejí SŠ. Neurotizace se dostavuje často při přehnaných nárocích rodičů nebo pedagogů na dítě, nedostatečné možnosti využití vlastní autonomie a životního prostoru dítěte, v prostředí spíše permissivního. (jak domova, tak i školy).

8. Přirozené mechanismy a strategie zvládání úzkostí u předškoláků

„Již velmi brzy můžeme pozorovat, jak každé dítě jinak reaguje v různých situacích a jak se přizpůsobuje novým zkušenostem *způsobem sobě vlastním*. Pozorováním jsme došli k závěrům, že již novorozeňata v porodnici reagují na různé podněty, jako jsou například silné zvuky, či frustraci způsobenou odstavením od prsu velice individuálně. S rostoucím vlivem prostředí, a současně s větší komplexností probíhajících duševních procesů se modifikuje u způsob jeho reakcí“. (Fraibergová, 2002, str. 76)

Děti reagují na hrozící nebezpečí rozličným způsobem a samy mají v sobě určitý adaptační mechanismus který jej chrání. Tento mechanismus vychází z jeho temperamentu, osobnosti, aktuálního vývojového stádia nebo naučené, osvědčené dovednosti.

8.1 Ranné – primitivní ego obranné mechanismy

Erikson ve svém psychosociálním pojetí vývojových stadií popisoval každé období jako psychologickou krizi, která má dva protipóly. Jako každá krize, i Eriksonovy krize obsahují prvky ohrožení a prvky růstu. Růstovým bodem je pak překonání krize a získání určité kompetence – ctnosti. V rámci nepřekonání krize dochází ke stagnaci a prvky ohrožení sílí před častějším a častějším vyhýbáním se danému konfliktu. Fyziologický a intrapsychický růst pokračuje, avšak dítě si neodnáší do života kompetenci, ale pocit méněcennosti, oslabenou egostrukturu ale také špatný návyk vedoucí k neurotizaci, anebo v podobě využívání ranějších (primitivnějších) ego-obraných mechanismů.²⁵

Tvorba ranných obranných mechanismů je možno dát do souvislosti se 4 etapami vývoje vztahu k objektu. Ty Kernberg postuloval v roce 1972.

1. Etapa – První měsíc po porodu.

²⁵ Čím rannější nevyřešené trauma v sobě jedinec nosí, tím primitivnější ego-obranný mechanismus člověk využívá.

2. Etapa – 2 až 3 měsíc po porodu. Zde se vytváří dobrá (libidózně uspokojující) a paralelně špatná představa (reprezentace) sebe a objektu, čímž vznikají dva afektivní komplexy – dobrý a špatný. Tyto komplexy nejsou integrovány do jednoho celku.
3. Etapa – 4 až 12 měsíc. Diferenciace sebe a objektu v rámci představy o sobě a objektu.
4. Etapa – Rok až druhá polovina druhého roku. Dítě sjednocuje špatné a dobré představy do integrovaného sebepojetí. Současně spojují dobrá a špatná spojení do jednoho integrativního celku u matky. (rozlišuje sebe a matku, jako dva rozdílné objekty)

Projítí si těmito fázemi má klíčový význam pro budování Identity Ega, a pro schopnost navázat trvalé vztahy s jinými osobami. Poruchy v první a druhé etapě vývoje (zastavení a fixace) způsobí psychotickou symptomatologii. Zastavení ve třetí vede k hraniční organizaci osobnosti a porucha ve čtvrté vyvolá příznaky neurotické symptomatologie.²⁶ (Boleloucký a kol., 1993)

8.2 Ego-obranné mechanismy využívané dětmi předškolního věku

V psychoanalýze jsou popsány psychické procesy, které lze chápat jako více či méně vědomé opatření. Psychické obrany jsou užívány k udržení stability psychického systému. Obrany jsou rozlišeny na zralé, méně zralé a primitivní. Mezi nezralé formy patří např. masivní formy štěpení, projektivní identifikace, projekce, popření, identifikace s agresorem, depersonalizace a primitivní idealizace a znehodnocení. Mezi zralejší formy pak patří vytěsnění, přesunutí, intelektualizace, racionalizace, afektualizace, izolace afektu, reaktivní výtvar, sublimace, projekce, popření a štěpení. Analytici pak přejali koncept obranných mechanismů, z té perspektivy, že slouží jako autoregulační a konstruktivní mechanismus. (Müller, Müller, 2006) Koncepti dětských Ego obranných mechanismů rozpracovala Anna Freud, v návaznosti na odkaz svého otce Sigmunda Freuda.

²⁶ Dále pak existují různá pojetí. Kernberg poukazuje na závažnost faktorů konstitučních (nízká schopnost neutralizovat agresi, převaha orální agrese, snížená tolerance k úzkosti. Mahlerová a jiní zdůraznili význam osobnosti matky a patologických interakcí s vyvíjejícím se dítětem (vliv okolí na dítě)

Anna Freud s odkazem na anglickou analytickou školu uvádí, že již v prvních měsících života, dříve před jakýmkoliv vytěsněním, dochází k projekci prvních agresivních hnutí, a že právě ony mají rozhodující význam pro utváření dětského obrazu světa a dětské osobnosti. Pro děti v celé první infantilní periodě je užívání *projekce* jako obranného mechanismu přirozené. Ta slouží k tomu, aby dovedlo oddělit svá přání a činy, když se mu stanou nebezpečné a najít pro ně ve vnějším světě nového průvodce.

V rámci aktuálně se vyvíjejícího se superega, jež je v období předškolního věku zastoupené z vnějšku (významná osoba pro dítě, např. rodič), převládajícího egocentrického myšlení, je *projekce* významným sebezáchovným činitelem dítěte.²⁷

Rozvoj *Popření* jako obranného mechanismu u dítěte je do značné míry podporováno v dítěti právě dospělými představiteli. „ je pozoruhodné, jak rádi zacházejí dospělí s dětmi právě na základě tohoto mechanismu. Velká část z potěšení, které dospělí dětem způsobují spočívá v tom, že jim pomáhají popírat realitu.“ (Freud, 2006 str. 62)²⁸ Děti pak popírání svých potřeb mohou přebrat, internalizovat je a využívat je v pro ně obtížných situacích.

Jiným běžným obranným mechanismem je *identifikace*. Oproti *introjekci*, která je primitivní formou internalizace, dochází k neúplnému začlenění do vlastní psychické struktury, a přetrvává vztah k introjikanému objektu. (Plháková, 1998) Při *identifikaci* dítě nezvnitřňuje objekt jako celek, ale přebírá od něj jen některé části (vlastnosti či projevy), které je schopno začlenit do své psychiky. *Identifikace* vychází v dětství z nápodoby a učení. „Napodobování jsou zvláště lidé, kterým přisuzujeme zvláštní status, zvláštní moc, nebo oblíbenost, které obdivujeme a jejichž status bychom chtěli sdílet.“ (Müller, Müller, 2006 str.134) Dětem jako identifikační zdroj slouží hlavně rodiče. Probíhá-li identifikace jako normální vývojový proces (např. u dítěte), pak se jedinec může stát podobným objektům, ale podrží si individuální charakteristiky. Na

²⁷ Při rozhovoru s jednou maminkou dítěte, maminka uvádí, jak se chlapec na ni někdy zlobí, ve vzteku ji někdy uhodí. Chvilí se zlobí na sebe, pak na ni. V tomto případě se jedná o chlapce, který je v rámci střídavé péče mezi třemi světy. Maminkou, tatínkem (kteří mají stále mezi sebou nevyřešený spor) a sebou samotným. Situaci si vysvětlují, že dítě v rámci egocentrického pojmání světa, samo sebe viní za vzniklou rodinnou situaci, svou úzkost však projikuje do představitele superega (tímto představitelem) je matka, subjektivně zažívá úzkost a tu ventiluje směrem k matce. Pro matku jsou však tyto ambivalence nepochopitelné a subjektivně zažívá pocity „ztráty syna“, vyčítá mu že jí nemá rád (další podpora vnitřní ambivalence dítěte) a chlapec je úzkostnější a ve vztahu k ní agresivnější.

²⁸ Věty typu: „už jsi přece velký“, „to tě nemůže bolet“, „čurat? To přece vydržíš“ Podporují vznik inkongruentních představ o sobě, svých potřebách, čímž se vytváří se falešné self.

základě proběhnutí zmíněných procesů se vytvoří tzv. Ego identita, jakožto třetí formou objektivních vztahů. Což je celková organizace identifikace, introjekce pod vedením syntetické funkce ega. Výsledkem je organizované sebepojetí a hlubší a realističtější pojetí druhých lidí. (Plháková, 1998).²⁹

8.2.1 Projektivní identifikace s pohádkovou postavou

Pohádky jsou významným fenoménem v životě člověka. Obzvláště v životě dítěte předškolního věku, které žije na hranici mezi světem fantazie a reality. V souvislosti s rozvojem psychoanalytických teorií se pohádky začaly podrobněji zkoumat z hlediska jejich hlubšího významu.

Pohádka dítěti pomáhá svět lépe „chápat“. Dává mu do něj jasnější a pro něj pochopitelnější strukturu, ať už v důsledku své „jednoduchosti“, jasně vymezené polarity³⁰ nebo jazykové srozumitelnosti. Z tohoto důvodu má pohádka pro dítě význam nejen výchovný, vzdělávací, poznávací, ale i terapeutický (Černoušek, 1990). Černoušek usuzuje, že se pohádka zabývá tématy v dětském vývoji. „Pohádka i mýtus čerpají ze stejných zdrojů lidské imaginace a z nezdolné touhy vysvětlit zdánlivě prosté otázky: proč jsme vlastně zde na tomto světě, kam směřujeme, co nás očekává.“ (Černoušek, 1998, s. 26) V pohádkových i mýtických příbězích se objevují podobné postavy, které svým symbolickým a principiálním charakterem zažívají nepříliš odlišné události, než které zažívá dítě ve svém denním životě. Pro dítě může mít pohádka jak ventilační, tak i sublimační charakter. Díky nim může přirozenou cestou uvolňovat své niterné napětí, nebo si kompenzovat pocity nedostačivosti z „reálného“ světa za pomoci identifikace se s hrdiny, kterým přisuzovali podobné vlastnosti které mají, nebo by si přáli mít.³¹

²⁹ Koncept této kapitoly vychází z konceptu Ego psychologie, konceptu obraných mechanismů a teorie Objektivních vztahů. O syntézu britské školy objektivních vztahů s americkou psychologií a psychologií objektivních vztahů se ve svých pracích zabýval Otto Kernberg.

³⁰ Novodobé pohádky pro děti se snaží často kombinovat několik principů najednou, čímž se rozmazává jejich polarita a pro děti se stávají hůře pochopitelné.

³¹ Úzkostnému chlapci, pomáhá překonat překážky jeho oblíbený hrdina Spiderman, který se nebojí poprat se všemi nepřáteli. Na druhou stranu, v průběhu sběru dat v rámci empirické části, při exploraci pohádky, uvedl jeden vysoce úzkostný chlapec negativní postavu (záporáka), jednalo se o vysoce úzkostného chlapce s agresivními tendencemi. V tomto případě spíše než o berličku se jednalo spíše o projektivní identifikaci. V rámci eventuelní „terapie“, byl by to asi tento „projektivní záporák“, se kterým bychom se prvně společně potýkali.

9. *Terapie a léčba dětí s úzkostnou a separační poruchou*

9.1 **Psychoterapie**

Psychoterapie dětí oproti psychoterapii adolescentů nebo dospělých je svébytnou psychoterapeutickou disciplínou. Nese svá specifika, která se zobrazují už v průběhu příchodu dítěte do ambulance, přes rozdílné užití metod, interpretaci a následnou péči. Stejně jako u dospělých pacientů, probíhá procesová dynamika terapeutického vztahu terapeut - dítě. Balcar v Dětské klinické psychologii rozlišuje rozdílné stupně psychologické intervence. Klinické psychologické poradenství, psychologické vedení, samotná psychoterapie. Tyto jednotlivé sekvence se liší především hloubkou, intenzitou setkání a počtem setkání.

Základním kamenem úspěchu je nejen navázání kvalitního terapeutického vztahu s dítětem, ale také práce s celým jeho rodinným systémem, minimálně s jeho rodiči. Pro efektivní psychoterapii dítěte je potřeba aby byly splněny některé podmínky. Podmínky vycházející z jeho prostředí. Dítě je mnohem více závislejší na svém okolí, primárně na své rodině. Odmítnuli rodinný systém spolupracovat s terapeutem, nebo jeli ve svých názorech, postojích, stylech jednání rigidní dost na to, aby byly ochotni provést některé změny v rodinném systému, popř. výchovném stylu. Práce terapeuta může být zbytečná. Z tohoto důvodu se paralelně utváří specifický terapeutický vztah i nejbližším okolím dítěte.³²

Mezi primární cíle terapeuta patří nalezení společného jazyka s dítětem a možnosti jeho vyjádření. Vyjádření svých emocí a napětí v něm nashromážděném. Ať už za pomoci hry, kresby, relaxace, práce s tělem, anebo muzikoterapie. Terapeut tím vytváří rámec bezpečných podmínek potřebných k uzdravení. Důležitým momentem je pak princip učení nové zkušenosti, kterou si dítě z terapeutického vztahu přenáší do života. Tato

³² V Dětské psychoterapii (Langmeier, Balcar, Špitz, Portál 2000) jsem našel kapitulu pojednávající o podmínkách které by měli být splněny na straně dítěte, nebo jeho primárního okolí. Bohužel však cítím nedostatek v absenci podmínek, které by měla splňovat osobnost terapeuta. Toto je však obecně diskutovaná problematika, jaké morální kvality by měl splňovat terapeut. Vedle základních která stanovila Britská Psychoterapeutická Asociace (www.bascp.co.uk) Empatie, upřímnost, integrita osobnosti, resilience, respekt, skromnost, kompetence, moudrost, odvaha, férovost a jiné. Tak by dětský terapeut měl mít v sobě ještě něco „navíc“, něco co mu umožní nakouknout do dětského světa. Věřím že by to měla být alespoň schopnost hrát si a nebránit se stát součástí dětského světa. Být otevřen jeho náhledům a postojům. Přijímat dítě bez podmínek, zároveň se však dokázat vrátit do světa dospělých.

zkušenost je afektivního, kognitivního ale také psychomotorického charakteru. Děti disponují často silným rozvojovým a sebezdravovacím potenciálem. Terapeut tento potenciál vyzdvihuje a tím podporuje jeho tendenci k uzdravení.

Zatímco u dospělých pacientů je klíčem k uzdravení práce pouze s klientem samotným, u dětských pacientů je to spíše práce s celým rodinným systémem. V optimálních podmínkách je i rodič je účasten terapie dítěte. Právě on může být dostatečně kompetentní a autonomní osobou, která může zapříčinit změnu situace, postojů, nebo zaběhlých vzorců chování v celé rodině a tak i pomoci k uzdravení dítěte.³³

U starších pacientů cílem terapie úzkostných stavů a poruch je získání jednak náhledu a změna postoje. U dětí je cílem celkové zklidnění organismu, zažití si nové emoční a kognitivní zkušenosti, kterou pak může aplikovat ve svém prostředí. Rodič paralelně s během terapie dostává instrukce, jak s dítětem pracovat i doma a tím lze docílit změny, jak u dítěte v ambulanci tak i v jeho přirozeném prostředí.

9.2 Psychoterapie hrou

Hra je pro dítě předškolního věku nejpřirozenější způsob vyjádření a komunikace se světem. Funguje jako výborný diagnostický nástroj během diagnostiky sociálních interakcí a má své opodstatnění v psychoterapii.

Psychoterapie hrou je v současné době se rozmáhající psychoterapeutickou disciplínou, která využívá svobodného a partnerského přístupu v práci s dítětem. Základní koncepcí nedirektivní psychoterapie hrou vychází z prací C.R. Rogerse. Tento koncept pak převzali, koncepčně na děti přepracovali a aplikovali R. a A. Tauschovy a V.M. Axlimneová (Rezková, 1999).

„Terapeutické využití hry spočívá v poskytnutí možnosti k sebevyjádření, odreagování a zmírnění citového napětí“. (Balcar, Špitz, 2002). Dá se uplatnit jak při individuálních setkáních, tak při kolektivních, popř. v rodinné terapii. Dítěti může být nabídnuta korektivní zkušenost se světem. Může být nástrojem pro nacvičení nových situací, odprožití si rozličných situací, zbavení se tenze, nebo uvolnit agresi a pracovat s ní.

³³ Dítě, které se pohybuje ve světě dospělých potřebuje kompetentního průvodce a spojence. Tím může být zpočátku terapeut. Posléze by to měl být rodič. V případě separačních poruch je účast rodiče na začátcích setkávání nezbytná. Terapeut by bez nějak jako prostředníka jen velice obtížně navazoval kvalitní, funkční bezpečný terapeutický vztah.

Emoce se derou na povrch a dítě se jim učí rozumět. Hra díky přítomnosti terapeuta nabízí bezpečné prostředí pro dítě. Je jím neomezeně ovladatelná.

Dle Tausche (Rezková, 1999):

- Hra je spontánní dětskou činností která sama o sobě přináší dítěti mnoho pozitivních zážitků a podnětů. Ze hry má dítě radost, přichází dobrovolně a rádo, což je předpokladem účinnosti terapie.
- Při hře je dítě relativně volné ve svém jednání, může samo jednat iniciativně. Je vysoce pravděpodobné, že své vnitřní zábrany přenesse i do situace hry, právě tak jako své konstruktivní potence. Dítě může ve volné situaci hry vyzkoušet pokusem a omylem zvládnutí situace.
- Situace hry je přehlednější a umožňuje větší odstup než situace v normálním životě.
- Ve hře se objevují narušené i zdravé způsoby chování a terapeut může na základě jejich pozorování účinně zasáhnout např. tím, že dítěti poskytne emoční podporu, povzbuzení a novou zkušenost.

Indikace terapie hrou se nabízí od 3 – 4 let života dítěte. Tento druh psychoterapie může být indikován i u dětí se slabším IQ, popř. mentálním defektem. Dle Rezkové, tento způsob terapie je obzvláště účinný u dětí které mají problém s adaptací, jsou pasivní, úzkostné a sociálně nezralé. Velice dobře se pracuje s dětmi předškolního věku, pro které hra je ještě stále primárním kontaktem se světem. Cílem by pak měla být změna vnitřního prožívání směrem k větší spokojenosti, štěstí a bohatství a změnu ve struktuře osobnosti. Dítě je pak schopno zvládat náročnější situace, ve kterých je schopno reagovat adekvátněji a přiměřeněji.

9.3 Arteterapie

Jedním z dalších typů psychoterapie je Arteterapie (lat. Ars – umění, řec, terapie – léčba, léčení). Arteterapie v širším slova smyslu zahrnuje léčbu uměním souhrně, tedy s využitím všech druhů umění v léčbě (výtvarného, hudebního, divadelního). V užším slova smyslu je v našem pojetí zaměřena rozvoj tvořivosti dítěte a jeho citový vývoj. Pro děti je kresba, stejně jako hra přirozeným projevem chování, a nástrojem kterým komunikuje se svým okolím. Funguje jako emoční ventil a skrz kresbu má možnost

vyjádřit procesy, děje a myšlenky, které nedovedu verbalizovat. Ať už z důvodu nedostatečné kapacity slovní zásoby, mutismu, neurologického poškození mozku nebo jiného důvodu neschopnosti vyjadřovat své pocity a potřeby. Pro dítě je obraz jazykem.

Užití arteterapie u předškolního věku má různé podoby. Ať už je to v podobě kresby, nebo také plácání si s keramické hlíny, modelováním moduritu, nebo prací s přírodním materiálem.

U dětí předškolního věku se u kresby setkáváme s obtížemi při interpretaci. Vždy je potřeba zohledňovat vývojové stádium a nezůstávat u vnějších viditelných příznaků. Kresba je prostředek, nikoliv však cíl, k poznání a ventilaci.

Kresba jako prostředek, vytváří pro dítě svobodné existenční pole, které má možnost využít.

Může si zacházet s prostorem dle svých představ a potřeb a přitom není důležité, zda kreslí prsty, nebo pastelkami v ruce. Omezení ve formě napomínání správného držení může být spíše kontraproduktivního charakteru. Tento nácvik se hodí spíše do školní výuky než do následné psychoterapie úzkostných poruch. Terapeut pak dále citlivým způsobem postupně nabízí možnosti uchopení existenčního pole. Tento proces pak lze přenést do reálné situace a reálného vztahu, které dítě zná. (situace doma, mezi kamarády). Dítě pak získá novou emoční zkušenost.

V rámci procesu kresby, dochází k uvolnění napětí, a vypuštění jak vědomého, tak nevědomého obsahu. Dítě v něm může sklouznout i na nižší vývojovou úroveň a tím uvolnit niterný tlak. V rámci diagnostického procesu tento regres může být signifikantním ukazatelem zvýšeného aktuálního niterného napětí.³⁴

Užití barev u předškoláků lze považovat za projev spontánnosti, nápaditosti, ale také míry schopnosti reagovat na barvu jako emoční podnět.

³⁴ Při testové situaci jsem zadal šestiletému chlapci nakreslit postavu člověka. Postavu pána zvládl pěkně, adekvátně svému věku. Testování chlapce trvalo delší čas, ke konci už byl protivný a příliš se mu nechtělo. V závěrečné volné kresbě pak nakreslil „nesmyslné“ sponntání čarance, které se dají považovat za projev vyjádření agrese a odporu.

Malé děti někdy nedovedou verbalizovat zážitky z relaxací. Kresba zažitého usnadní rozhovor o prožitku z ní.

Existuje určitý předpoklad interpretace dětské kresby. Je však takřka nemožné při interpretaci odhlédnout od reálného kontextu (věk, vývojové stádium, osobnosti predispozice, situace v okolí.) Použití barev v kresbě dítěte má nespornou psychologickou, jak diagnostickou tak i terapeutickou hodnotu. Dítě barvy používá dvojnásobným způsobem. Buď napodobuje přírodu (nebe je modré, tráva zelená), nebo se nechává vést svým nevědomím, a to vypovídá o jeho myšlení a osobnosti nejvíce. (Davido, 2001)

9.4 Terapie poruch řeči a jazyka, poruchy komunikace

Klinický psycholog a neuropsycholog je schopen diagnostikovat kognitivní, emocionální a behaviorální složky komunikace. Dominující součástí logopedického vyšetření je podrobná diagnostika jazykových poruch a diagnostika oblastí řečových motorických postižení. Terapie komunikačních poruch bývá prováděna klinickým logopedem a je zaměřena na využití řečové a jazykové terapie formou aktivních jazykových cvičení, případně i cvičení motorické složky řečového projevu. Je důležité však rozlišit původ poruch řečového projevu.

Jedná-li se o původ neurologického charakteru, úloha terapeuta – psychologa je spíše v podporování formy komunikace, hledání dalších kanálů, tréninků snižující úzkost a napětí a s tím související nácvik správného dýchání a celkového zklidnění těla.

Při poruchách řečového projevu s psychosociálním původem, terapeutickým úkolem je pak spíše vytvoření pro dítě klidného prostoru s uvolněnou atmosférou. Např. u selektivního mutismu. Poznatky ze setkávání pak přes informovanost a edukaci rodičů přenést do života mimo stěny ordinace.

Mezi tyto úzkostné projevy se například řadí: vokální tiková porucha, Touretův syndrom, kocktavost, mutismus, selektivní mutismus a jiné.

9.5 Farmakoterapie

„ O psychosociální terapii a psychofarmakologii úzkostných stavů u dětí a mládeže se toho ví dosud málo.“ V léčbě úzkostných poruch v dětském a dorostovém věku se používají inhibitory se zpětným vychytáváním serotoninu (SSRI), benzodiazepiny (BZD), reverzibilní blokátory MAO i tricyklická antidepresiva (TCA).³⁵

V některých případech je však úzkost, deprese nebo tiková porucha tak vysoká, že bez nástupu účinnosti léků je takřka nemožné s dítětem pracovat. V takovýchto případech je psychiatrickou praxí nasadit léky a v době účinnosti léků začít s dítětem pracovat i terapeuticky.

³⁵ Samotná psychofarmakologie je nic neřešící a měla by být v doprovodu psychoterapie.

EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. Předmět a cíl výzkumu

Podnět pro empirické zmapování zdrojů podmiňujících úzkost a změněnou emoční reaktivitu u dětí předškolního věku vznikl v návaznosti na mnou realizovaný výzkum v rámci souborné postupové práce. V ni jsem pro výzkum předškoláků použil dotazníkovou metodu *Dotazník předškolních dětí* (DCHP 18), kterou vyplňují učitelky mateřských škol v kombinaci s anamnestickým dotazníkem, mnou vytvořeným. Závěrem této pilotní studie bylo zjištění, že dotazník DCHP koreluje s mým vytvořeným anamnestickým dotazníkem, ten však (anamnestický dotazník) není schopen průkazně diskriminovat projevy úzkosti u dítěte.

Na základě realizovaného výzkumu předškoláků jsem si začal pokládat otázky, týkající se jednotlivých vlivů a faktorů ovlivňujících rozvoj anxiózní poruchy, ale také jakým způsobem lze změněné stavy emoční dráždivosti u dětí předškolního věku vystihnout a diagnostikovat.

Oproti dříve realizovanému výzkumnému šetření, kde primárním zdrojem informací byl rodič a pedagog, jsem do celkového rámce výzkumu realizovaného v diplomové práci zasadil i osobnost a nazírání na svět dítěte samotného. Z důvodů obtížné strukturovatelnosti a zachytitelnosti dětského světa jsem se rozhodl při práci s dítětem použít projektivně psychodiagnostické metody v kombinaci s dotazníkem pro učitele a anamnestickými údaji o dítěti vyplněnými rodičem. Současně mě zajímala i osobnost primárně pečujícího rodiče a vztahové poměry v rodině dítěte.

Předmětem výzkumu je získání dat ze dvou populací dětí předškolního věku. Populace dětí, které jsou již ve sledování nebo péči ambulantního klinicko-psychologického zařízení, nebo v péči pedopsychiatra, s dětmi stejně starými, které nejsou vedeny v péči psychologa ani psychiatra. Podmínkou pro homogenitu vzorku je věk určující nástup do ZŠ. Věk dětí v období 5,0- 6, 11 let.

Na základě porovnání mezi těmito soubory: neklinických a klinických dětí, tak získat povahu informací:

- Klinické charakteristiky výzkumného vzorku dětí v souvislosti s úzkostí a změněnou emoční reaktivitou.
- O rodinách, rozdílnosti v délce mateřské dovolené a průběh adaptace dítěte do mateřské školy.
- Sledování rozdílů v kontextu užitých projektivních metod zaměřených na osobnost dítěte, jeho kognitivní úroveň, emoční reaktivitu, způsob přizpůsobení a dynamiku osobnosti.
- Informace získané jak od dítěte samotného, tak od jeho primárně pečující osoby.

V rámci konsistentní diagnostiky dětí pak ověřit funkčnost užitých testové baterie složené z anamnézy dítěte, Connersové dotazníku PSQ a TQ (CTQ), testu ROR, orientačního screeningového testu, test školní zralosti K-J, kresby Začarované rodiny a projektivního testu LBT užitého u dětí.

Cílem empirické části diplomové práce je pokusit se zmapovat diagnostický a sociální kontext změněné emoční reaktivity, zmapovat její projevy a srovnat je v rámci populace dětí předškolního věku věkovém rozmezí od pěti do šesti let a jedenáct měsíců věku v rozdělenou na dva vzájemně mezi sebou srovnávané soubory. Soubor dětí, které vykazují znaky úzkosti a jsou v ambulantní péči klinického psychologa nebo pedopsychiatra se souborem dětí ne-klinicky vedených.

Stanovení hypotéz:

Z výše uvedeného vyvozují a jednu výzkumnou otázku a na ni navazující dvě hypotézy:

Výzkumná otázka:

Je diagnostická baterie složená z testu ROR, LBT, testu školní zralosti K-J, z anamnestických údajů o dítěti, výpovědi rodičů v rámci dotazníku Connersové PSQ a výpovědi učitelů o dítěti v rámci dotazníku TQ (CTQ) plně funkční a dostačující pro diagnostiku změněné emoční reaktivity dětí u dětí předškolního věku?

Hypotéza 1: Existuje signifikantní rozdíl ve strachových obsazích v užití testu ROR mezi dětmi se změněnou emoční reaktivitou a dětmi bez zvláštností emočního prožívání předškolního věku.

Hypotéza 2: Diagnostiku změněné emoční reaktivity lze postavit pouze na výpovědi rodiče za použití klinického dotazníku Connersové PSQ v kombinaci s informacemi získaných z klinického dotazníku Connersové TQ (CTQ) vyplněnou učitelem v mateřské škole.

II. Metoda sběru dat a aplikovaná metodika

Sběr dat výzkumu probíhal ve dvou typech prostředí. Ve vytipovaných mateřských školách a v ambulanci klinické psychologie.

Děti zahrnuté do klinického souboru byly vyhledány na základě doporučení klinického psychologa po předchozí domluvě s rodičem dítěte. Rodiče dítěte byly před samotným vyšetřením dítěte plně seznámeny s průběhem a účelem vyšetření. Tuto informaci rodiče potvrdili podpisem v rámci informovaného souhlasu.

Děti zahrnuté do neklinického souboru byly vyhledány na základě pozorování v přirozeném prostředí mateřské školy na základě doporučení učitelem/ky ve třídě. Kritériem pro učitele v mateřských školách byla věta: „Hledám „normální“ děti bez zjevných znaků úzkostí.“

Průběh sběru dat

Část výzkumných šetření byla prováděna v přirozeném prostředí MŠ bez přítomnosti pečující osoby a bez přítomnosti dalších dětí, nebo učitelů vždy v dopoledních hodinách. Další část vyšetření byla prováděna v nestátním zdravotnickém zařízení v ambulanci klinické psychologie v Ostravě-Porubě. Vyšetření byla prováděna bez přítomnosti dalších osob.

Celkové výchozí podmínky pro examinaci hodnotím jako dobré a v rámci probíhajícího výzkumu stálé.

V prvním kontaktu jsem oslovil celkem šest mateřských škol v Ostravě-Porubě a v Bohumíně-Záblatí. Tyto školky byly osloveny na základě vzájemné předchozí spolupráci a dobré zkušenosti.

Na základě pozorování dětí v jejich přirozeném prostředí MŠ jsem si v každé třídě vybral několik dětí pro svůj výzkum. Učitelé kontaktovali rodiče, kteří měli zájem a byli ochotni podílet se na mém výzkumu.

Po vyplnění informovaného souhlasu rodiče (viz. Příloha č...) jsem je požádal (rodiče) o vyplnění dotazníku Connersové TQ a anamnézy dítěte, vyplnění dotazníku Škály rodinného prostředí, nakreslení kresby postavy /FDT/ a stromu /Baum-test/.

Spolupracující učitelé/ky vyplnili Connersové PSQ dotazník. Vyšetření ve školkách probíhalo vždy v dopoledních hodinách, ve vyhrazených místnostech s dobrými vnějšími podmínkami. Sběr dat byl dán okolnostmi situace a ochoty dítěte spolupracovat. Všechny děti se bez problému byly ochotny podrobit vyšetření, které absolvovaly v jednom celku.

Pořadí testových metod byl vždy dán okolnostmi situace a nálady dítěte.

1. Kontakt s dítětem

V úvodu jsem se dítěti představil kdo jsem, co dělám a požádal ho o spolupráci. Některé děti mě znaly z předchozí zkušenosti ze školky, pro většinu jsem však byl cizí člověk.

2. Průběh examinace

Po úvodním rozhovoru a navození kooperace s dítětem jsem dítě nechal kreslit volnou kresbu. V průběhu kreslení jsem si povídali a hovor jsem směřoval k poměrům v rodině.³⁶ Navázal jsem „začarováním celé rodiny do zvířat“ (Test začarované rodiny) a poté nechal děti tuto rodinu nakreslit, následoval LBT (Lüscherův Barvový test). Po sejmutí I. řady barev jsem se dítěte zeptal na oblíbenou pohádku a celý její kontext. Během rozhovoru jsem si vedl záznam výpovědi. Následoval II. výběr barev v testu LBT.

Po úvodních kresebných technikách jsem zařadil screeningovou metodu školní zralosti Kern-Jirásek /K-J/.

Na závěr celé examinace jsem zařadil celé vyšetření projektivním ROR testem. Test ROR nebyl u žádného dítěte použit v úvodu examinace.

³⁶ Účelem volné kresby bylo nejen navázání přirozeného kontaktu s dítětem, ale také ověření jeho grafomotorických schopností, pro uvedení následné začarované rodiny. V případě nedostatečné

Pokud se v ROR testu u dítěte vyskytovaly časté šokové reakce, nebo pokud v odpovědích byly zaznamenány časté výpovědi očividného strachu z podmětového materiálu, po ukončení testu jsme si s dítětem chvíli popovídali pro jeho celkové zklidnění.

Závěrem sezení jsme spolu odčarovali event. stále začarovanou rodinu, předal dítěti odměnu a doprovodil jsem jej nazpět do třídy. (Odměna nebyla na začátku zmiňována).

Celkový průběh práce s dítětem trval v průměrně 50 minut.

3. Sdělování závěru rodičům

O celém průběhu vyšetření a naložení s daty byli rodiče seznámeni v informovaném souhlasu, který potvrdili v úvodu. Někteří rodiče požádali o závěry pozorování. Tyto závěry jsem vytvářel na základě použitých testových metod, klinického pozorování a vyplněných dotazníků a byly určeny výhradně v rámci výzkumu diplomové práce. V případě zájmu rodiče, závěry byly sděleny v rámci spolupracujících ambulancí klinické psychologie ve spolupráci s výše uvedenými klinickými psychology.

Průběh sběru dat na výše uvedených pracovištích klinických psychologů byl obdobný jako ve školkách. Vyšetření probíhala jen v přítomnosti examinátora, na základě předchozího informovaného souhlasu rodiče. Závěry z vyšetření byly sděleny prostřednictvím klinického psychologa.

Analýza a statistické vyhodnocení dat

Mezi užívané statisticky srovnávací metody a veličiny patřily: **Rozdíl** dvou průměrných naměřených hodnot, **Pearsonův korelační koeficient**, **Medián** a **průměr** sesbíraných hodnot. „Medián“ jakožto naměřenou hodnotu, která se nachází ve středu řady všech hodnot základního souboru srovnaných dle velikosti. Pearsonův korelační koeficient, slouží k porovnání variability souborů a statistickou korelaci pro metrická data. **Korelace** se používá k určení, zda rozdíly v naměřených hodnotách jsou ve vzájemném vztahu, zda korelují. (Reiterová, 2003)

grafomotorické vyspělosti jsem místo zvířat děti nechal nakreslit rodinu jako postavy. Kresbu postavy děti předškolního věku zvládají podstatně lépe než kresbu zvířat.

Veškerá data byly vyhodnocena za použití programu Microfost Excel 2002 a analyzována metodou popisné statistiky v přehledových tabulkách.

Aplikovaná metodika

Metodika sběru dat byla rozčleněna na základě sledovaných proměnných, které by mohly mít vliv na rozvoj úzkostné poruchy u dítěte předškolního věku. Ve výzkumu jsem se zaměřil na získávání dat o dítěti od matek sledovaných dětí (Anamnéza dítěte, dotazník Connersové – PSQ, dotazník Škála rodinného prostředí, kresebné projektivní techniky FDT, Baum-test), od pedagoga v mateřské škole (Connersové dotazník – TQ), při sběru dat jsem současně použil standartně používané klinické psychologické metody při vyšetření dítěte (Pozorování, projektivní test ROR, kresba Začarovaná rodina, volná kresba, Orientační test školní zralosti Kern-Jirásek).

Orientační test školní zralosti Kern – Jirásek

Tento orientační test školní zralosti patří v praxi k běžně užívaným screeningovým metodám a používají jej psychologové, pediatři, výchovní poradci při zápisu dětí do ZŠ a používají jej i učitelky MŠ. Test K-J obsahuje tři základní oddíly - kresbu lidské postavy, vycházející z představy lidské kresby, se zadáním: „ Tady nakresli nějakého pána, tak jak to umíš“, přepis psaného textu (*Ci yl osn*) s instrukcí přepisu, a na závěr překreslení devíti puntíků. Kresba je pro děti běžným vyjádřením, poslední dvě zkoušky mají charakter opravdové zkoušky.

Pro účely výzkumu jsem každou položku hodnotil jedním bodem za splnění úkolu. Celkový počet maximálně možných dosažených bodů ze subtestů je 3. Svoboda s odkazem na manuál zmiňuje možnost známkování jednotlivých položek se závěrečným zhodnocením výsledku jako nadprůměrného, průměrného a podprůměrného, z čehož u dětí s podprůměrným dosaženým výsledkem je třeba důslednějšího vyšetření.³⁷

³⁷ S testem jsem pracoval jako se screeningovou metodou, samotný autor testu uvádí, že výsledek je poměrně spolehlivý základ pro závěr o školní zralosti. Nestačí však pro spolehlivé posouzení nezralosti. (Svoboda, 2001). Během výzkumu jsem se setkal s tím, že podobně jako na střední škole učitelé připravují studenty k maturitě a učí je to, z čeho je budou zkoušet, učitelé v MŠ mají docela jasný přehled o průběhu posuzování dítěte během zápisu do ZŠ, kde se tento test využívá. Některé děti

Kritéria hodnocení:

Kresba pána.

Pro splnění bodového ohodnocení, s odkazem na vývoj dětské kresby, by měla kresba postavy obsahovat:

- přiměřené proporce hlavy, přiměřenou délku paží a nohou
- připojení paží k trupu na správném místě
- ruce a nohy dvojdimenzionální
- znázornění ramen
- symetrie paží a nohou – ne ve stejné poloze, ale měly by být srovnatelně dlouhé a široké
- dvojdimenzionální nos (jedna čárka, kolečko nebo puntík jsou neadekvátní)
- paže nejsou upaženy – adekvátní poloha rukou
- znázornění chodidla (dvojdimenzionální kresba, delší než širší)
- rozčlenění chodidla

Tyto znaky by měly být do sebe řádně zapojeny a integrovány.

Přepis psaného textu (Ci yl osn):

Pro splnění bodového skóru je potřeba, aby byla zvládnuta a do textu zakomponována klíčka u „y“ a „l“ a aby text byl adekvátně čitelný.

Překreslení puntíků:

Pro splnění bodového skóru je potřeba stejného počtu puntíků a podobného rozložení jako na předloze.³⁸

Během vyšetření jsem dále u dítěte sledoval úchop tužky a délku trvání jeho úkonu.

proto tento test neviděly poprvé, ať už z důvodu nedávného absolvování zápisu do 1.ročníku ZŠ, nebo při posouzení školní zralosti pediatrem, nebo použitím testu v MŠ.

³⁸ Poslední dvě části zjišťují míru zralosti vizuomotorické koordinace (spolupráce oka a ruky) a vizuální percepce.

Rorschachův test – ROR a specifikum diagnostiky projevu úzkostí u předškolních dětí.

V roce 1921 Herman Rorschach uveřejnil publikaci *Der Psychodiagnostic*, kde publikoval svá zjištění ohledně testování za pomoci deseti standardních tabulí. V Česku není samozřejmostí užití ROR v rámci „klasické“³⁹ testové baterie u předškolních dětí. Zájem v posledních několika desetiletích v ČR podpořil vznik vývojových norem pro děti vytvořených Morávkem. Tyto normy jsou jen málo odlišné od norem vytvořených na americké populaci Exnerem. Užití testu u dětí má své zvláštnosti, které je potřeba zohlednit jak při interpretaci, tak i při administraci. Metodu lze smysluplně uplatnit u dětí od tří let a výše. (Říčan, Krejčířová, 2006) Test ROR předpokládá úzký vztah mezi osobností a vizuální percepcí. „Do pěti let je test ukazatelem vývojových procesů probíhajících v percepci, asociativním myšlení, konceptualizaci, emotivitě, a je též ukazatelem celkové schopnosti kooperace dítěte s dospělými.“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, str. 241)⁴⁰

Popis testu a administrace:

„Testový materiál je tvořen deseti standardními tabulemi, z nichž každá obsahuje víceméně symetrickou skvrnu. Tabule jsou nepestré (obsahují pouze achromatické barvy) – č. I, IV, V, VI, VII a tabule pestré (obsahující i barvy chromatické) – č. tab. II a III (červená barva spolu s achromatickými) a VIII, IX, X (více chromatických barev).“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, str. 241)

Administrace testu by měla probíhat v nerušené atmosféře bez přítomnosti dalších osob, zaznamenávají se poloha tabule, lokalizace odpovědi, doslovné znění, nonverbální projevy a další projevy v průběhu testové situace. Oproti administraci testu u dospělých osob, u dětí lze dotazování a upřesňování (Inquiry) zařadit následně po každé tabuli.

³⁹

□ Synonymem pojmu „klasické“ mám na mysli nejčastěji užívané techniky a metody v klinické praxi psychologa. U předškolních dětí zařazují: anamnézu s rodičem, pozorování, kresbu, vývojovou škálu S-B (forma T-M/, eventuálně u šikovnějších dětí v rámci rozšířené normy WISC III.

⁴⁰ Domnívám se, že i po pátém roce věku test nabízí nahlédnutí do schopnosti organizace percepčního pole, schopnosti analýzy a syntézy objektu, eventuálně jejich integračních procesů.

U dětí modifikujeme instrukci na: „ Budeme si hrát s obrázky“ a v průběhu se ptáme „ Co na tom obrázku vidíš? Co by v tom obrázku mohlo být?“ U úzkostnějších dětí, nebo dětí nejistých, v průběhu se můžeme dotazovat „ A vidíš tam ještě něco?“

Specifikum užití ROR u pěti a šestiletých dětí

Sledujeme-li kognitivní a emoční stádia, v rámci využití ROR v empirické části, jedná se o II. stádium a III. stádium vývoje.(dle Krejčířové)

V druhém stádiu (5.-6.rok) se běžně objevuje kolem 15-cti odpovědí na protokol, z toho by měla být alespoň jedna přiměřená na tabuli (kolem šestého roku). Dítě komentuje části.

Ve II. stádiu v rámci vývoje percepce, si dítě výrazněji všímá detailů, analyzuje skvrnu, vyčleňuje detaily ze skvrny. Běžné jsou odpovědi *W, D a Dd*.⁴¹ Toto období se nazývá obdobím *Distinktivní analytické percepce částí*.

Mezi čtvrtým a pátým rokem jsou běžné konfabulace. Po pátém roce se mění jejich charakteristika, ale výsledek může být ještě absurdnější. Mohou tak vzniknout tzv. konfabulační kontaminace. V rámci III. stádia, mezi 5.-7. rokem, je dítě schopno dobře spolupracovat, lze mluvit o „klasickém“ protokolu ROR, stále však převládá fantazijní myšlení.

Ve III. stádiu, období školní zralosti, se objevují komplexní percepce. Uchopené detaily jsou integrovány do smysluplného a logického celku.

V předškolním období děti reagují více impulsivně, reakční čas je krátký.⁴² Klesají perseverace, případně přetrvávají perseverované odpovědi jsou „vylepšeny“. Vyskytuje se specifický fenomén *Pars Pro Toto*.⁴³

⁴¹ Z původního Böhmovského signování, zkratky převádím do Exnerovského systému.

⁴² Krejčířová uvádí +/- 10 minut na protokol, v rámci testování dětí, nejdéle testovaný protokol trval 52 minut. Jednalo se o pět a půlletou úzkostnou holčičku s enormní produkcí odpovědí (R=38).

⁴³ Zatímco Nevole vidí příbuznost těchto odpovědí s konfabulacemi (Říčan, 1981 str. 195), domnívám se, že tento fenomén souvisí s globálním myšlením dětí, resp. s tendencí zevšeobecňovat, typickou pro předškolní věk. Např. na tabuli II dítě řekne liška. Myslí tím však hlavu lišky, která zastupuje celek. Tento fenomén se může vyskytnout i u dospělých. Tam je však brán v potaz více přísněji (projev nedbalosti, event. konfabulace).

Od předškolního období narůstá počet F (tvarových) odpovědí. Zpočátku mají špatnou kvalitu (F^-). Po šestém roce častější F^+ odpovědi. Od šesti let a výše narůstá množství pohybů v odpovědích. Více zvířecích pohybů (FM), méně pohybů neživých objektů (m). Ty jsou spíše znakem patognomického jevu (úzkost, napětí, z hluboko uloženého a nevytěsněného konfliktu).

Značně klesají perseverace a zlepšuje se testování reality, proto barvových odpovědí (C) je v tomto věku podíl kolem 60–70 % na protokol, což odpovídá běžné emoční labilitě pěti a šestiletých dětí. Po šestém roce věku, vyskytují – li se čisté C (čistá chromatická barvová odpověď bez tvarové determinanty) se může jednat o znak neadekvátní impulsivity a slabší ego kontroly. Šerosvitové, achromatické odpovědi (C' , $C'F$, FC'), stejně jako defektní zvířata v protokolu mohou být vyjádřením ohrožující úzkosti.

Seznam běžných obsahů pro věk 5.0 – 6.11 s odkazem na Morávka⁴⁴

- I. Netopýr, pták, motýl, klíště
- II. Motýl
- III. Dva lidé, dvě zvířata, žába, rak, motýl
- IV. Postava (obr), zvíře, tygr, medvěd
- V. Motýl, netopýr, jiný pták
- VI. Kočka, liška, vlk
- VII. Dvě zvířata (berani, zajíci)
- VIII. Zvířata, strom
- IX. –
- X. Pavouk, chobotnice (modř)

„V případném výskytu „dospělých“ banálních odpovědí, může se jednat o větší zralost dítěte a mnohdy současně pro předčasnou ztrátu dětského světa. Totéž lze říci o větším množství F^- determinant v protokolu předškoláka.“(Šebek in Říčan, Krejčířová a kol., 2006)

⁴⁴ Normy vytvořené Morávkem jsou v odkazu z roku 1977, domnívám se, že za posledních 30 let došlo ke změně některých banálních odpovědí, např. odpovědi na tabuli I. klíště, na III. tabuli rak, nebo na IV. tabuli tygr jsem v celkovém množství +/-60-ti protokolů nedostal ani jednou. Na druhou stranu jsem zaznamenal častý výskyt na tabuli IV. drak, hlava draka (DI), (spící, ležící) drak, nebo pes.

Vývoj pojetí determinant (dle Říčan, Krejčířová a kol., 2006)⁴⁵

C	->	CF	->	FC	event.	C'	->	C' F	->	FC'
FM	->	M								
F-	->	Fo	->	F+						
W-	->	Wv	->	Wo	->	W+				
WS	->	W								
W	->	(W -> D)	->	(W -> D -> Dd -> S)						

Klinický obraz sledovaného anxiózního syndromu v testu ROR u dětí

V úvodu testové situace se může u dítěte vyskytovat nervozita, motorický neklid, napětí. Dítě si může hrát s rukama (neví kam s nimi), apod.⁴⁶ Např. na I. tabuli může reagovat delší latencí odpovědi, zaražením, anebo na druhou stranu rychlou (často zbrklou) odpovědí. V rámci protokolu se tento motorický neklid může objevit i na jiných podnětem „konfliktních“ tabulích.⁴⁷ V případě zvýšené trémy nebo úzkostné pohotovosti organismu mohou děti zareagovat zvýšeným *WS*, *DS* odpověďmi, selháním, defekty, nekvalitními odpověďmi, útekem z testové situace⁴⁸ nebo častými C pozicemi a jinými „podivnými“ manipulacemi s tabulí.

Říčan a kol. (1981) ve své monografii uvádí sérii znaků, které mohou být indikátorem přetrvávající nebo aktuální úzkosti.⁴⁹ Tyto znaky nemusí být splněny všechny.

1. Prodloužený reakční čas, průměrná doba a celkový čas
2. Nízký počet celkového počtu odpovědí

Obdobně jsem nezaznamenal ani kosmické lodě na I.tabuli nebo zbraně na X.tabuli, jak uvádí Krejčířová. Možná by stálo za úvahu tyto normy zaktualizovat.

⁴⁵ Převzeno do Exnerovského způsobu signování s odkazem na Ročenku České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody, ročník 1, 2005.

⁴⁶ Z tohoto důvodu zařazuji test ROR až na závěr vyšetření, kdy mám s dítětem navázaný „funkční“ vztah.

⁴⁷ V rámci examinace je potřeba u takového dítěte poskytnout mu ze začátku čas a prostor pro odeznění úzkosti, následně mu potvrdit správnost jeho prožívání (S: I. Netopýr /dlouhá latence/ E: I. Výborně, šikula, a mohlo by to ještě něco být?) a plynule pokračovat dále.

⁴⁸ Buď doslovně odejdou, anebo verbálně uhnou od tématu, například „A kolik tam máš ještě těch obrázků“ (v rámci projektivní potřeby kontrolovat situaci, najít si pevný bod).

⁴⁹ Projevy úzkosti v ROR metodě na základě rozšířeného Zulligerova seznamu. Tento seznam je však určen pro vyhodnocení protokolu dospělého probanda. Některé položky se mohou vyskytovat i u dětí. Ostatní je nutné brát s ohledem na vývojové stádium dítěte. Položky, které dítě předškolního věku s ohledem na jeho vývojové stádium uvádím jako podržené.

3. Snížený počet W
4. Zvýšené Dd , S , případně D -olig
5. Koartace ELT a zvýšení $C\%$
6. $M < (FM + m)$
7. Zvýšený počet typů šerosvitových nebo odstínových odpovědí
8. Výskyt Bhd (??)
9. $EP > EA$ (??)
10. CF mezi barvovými odpověďmi
11. Zvýšené $A\%$ a $V\%$ (banálních) (někdy právě naopak snížené $\%V$)
12. Snížené $H\%$
13. $Hd + (Hd) > H + (H)$, někdy též $Ad + (Ad) > A + (A)$
14. Zvýšené $An\%$, $Sc\%$, též zvýšené $Bt\%$
15. Obsahově vágní odpovědi (sloužící k mechanismu vyhýbání)
16. Úzkostná či úzkostně depresivní témata v obsahu
17. Výskyt defektních odpovědí
18. Snížené orig%; u méně nadaných zvýšené Orig-%
19. Obrácení sukcese uprostřed vyšetření; sukcese buď rigidní nebo uvolněná až roztržštěná (při zmatení)
20. Šok tmavou a ostatní šokové fenomény
21. Selhání a sklon k němu
22. Zvýšené vědomí výkladu (vedoucí k nadměrné sebekontrolé)
23. Kritika subjektu i objektu
24. Nejrůznější zvláštní fenomény svědčící pro tendenci vyhýbat se výkladu: deskripce, zdůraznění symetrie, stížnosti na nedokonalost symetrie, agravace, prázdné žvanění, pokusy obrácení rolí vyšetřující – vyšetřovaný apod.

Varovným signálem vnitřního napětí, citlivosti, nebo prožívaného vnitřního diskonfortu mohou být také exploze a požáry (např. na tabuli X, odrážející napětí z primitivních destruktivních impulsů nebo z neúspěšně vytěsněného konfliktu. Rovněž obsahy obsahující defekt souvisí s příznaky méněcennosti a jsou odrazem vlastního poškození.

Úzkost u dětí může mít různou povahu a intenzitu. Méně intenzivní, psychopatologicky méně závažnější, diferencovanější je strach ze ztráty lásky symbolizovaný tématy

opuštění, osamocení či selhání⁵⁰. Tyto děti se z klinického pohledu mohou zdát pomalejší, váhavější, mají silnou potřebu vyhovět, být akceptovány, přijaty. Na druhou stranu však svým stáhnutím, negativismem provokují ztrátu lásky bližní osoby. Lehčí formou projevu úzkosti je nesmělost, pocházející z potřeby se prosadit. Tuto formu úzkosti je možné zaznamenat v defektních obsazích, ale častěji ve variacích šokových reakcí. Hlavně v tmavém šoku a šoku červené barvy. V obsazích se projevují jako pohádková, nebo umělejší postavy a monstra. Pro integritu ega dítěte ne tolik nebezpečná. Podmínkou dobrého způsobu zvládnutí úzkosti je dosazení si k barvě „dobrý“ a přiléhavý tvar. Tato schopnost svědčí o funkčních konstitučních mechanismech zvládnutí strachu a úzkosti. Postrádá-li dítě (a dospělý obzvláště) tyto mechanismy, jedná se o psychopatologickou (hraniční) osobnostní strukturu bez adekvátních funkčních vnitřních zvládacích mechanismů.⁵¹

AFR%

Afr%, v Böhmevském značení (Rfb) značí tendenci prožívat (event. Vyhledávat) emočních podnětů. Průměrný interval stanovený Exnerem je v rozmezí pro děti od pěti do šesti let 0,57 až 1,05.

Poměr se získá na základě:

$$\text{Afr} = \frac{\text{Suma odpovědí na VIII+IX+X}}{\text{Suma odpovědí na tabulky I – VII}}$$

Je-li hodnota Afr vyšší než průměrná, naznačuje to, že osoba je velmi přitahována emoční stimulací a má velký zájem o emoční výměnu. Tato hodnota nemusí hned znamenat labilitu, ale spíše silnější zájem o emoce.

Je-li hodnota Afr průměrná, naznačuje to, že osoba je připravená a ochotna zpracovávat, resp. Nemá problém být vystavena emočním podnětům.

⁵⁰ Indikátorem může být obsah a forma zpracování IV. a VII. tabule. U 5.-6. letých chlapců, kde se vyskytne devalvace IV. tabule (panáček, divný obr, apod.) se však může jednat o aktuálně probíhající Oidipovské období, kde otec je vnímán jako sok.

⁵¹ Ty jsou pak nahrazeny primitivními ego obrannými mechanismy. Viz. Kapitola Přirozené mechanismy zvládnutí úzkosti a Ego obranné mechanismy.

Je-li hodnota Afr nižší než průměr, na hranici, naznačuje to, že osoba se méně zajímá anebo je méně ochotná zpracovávat emoční podněty. Toto by se ještě hned nemělo považovat za labilitu, protože to pouze odráží preferenci méně se zabývat emočními podněty.

Je-li hodnota Afr mnohem nižší než průměr, naznačuje to výraznou tendenci vyhnout se emočním podnětům. Takoví to lidé se při střetu s dalšími osobami necítí moc pohodlně a v důsledku toho se sociálně stahují nebo dokonce izolují.

(Polák in Exner, 2007)

Schopnost Adaptability a afektivita⁵²

V rámci užití testu ROR s odkazem pracovní materiál PL Velké Zalužie, jsou sledovány dvě vrstvy . I vstava Adaptability, která svědčí o schopnosti využívat existenciálního pole, schopnosti se orientovat v nových situacích a smysl pro realitu.

IV. vrstva – efektivita a sexuality. S ohledem na věk, byla tato vrstva brána s rezervou v kontextu rozvíjení se ranné sexuality.

Adaptabilita (I. vrstva chování)

Celkový skór uváděný v tabulce se určí na základě udělení 1 bodu za každou splněnou tabuli. Podmínka pro splnění je buď Populární odpověď na tabuli, nebo celkově adekvátně uchopená a zpracování tabule.

Míru adaptability určují tabule I. V. X.

Afektivita (afektivita a sexualita)

Obdobně jako u adaptability, afektivní skóre naznačuje schopnost zpracovávání afektivních podnětů. Za každou adekvátně uchopenou tabuli se přiděluje jeden bod. Podmínkou pro udělení je buď uvedení populární odpovědi na tabuli nebo celkově adekvátně kognitivně-percepční zvládnutí tabule.

Míru afektivity určují tabule VI. II. VIII.

(Mathé)

⁵² Pro potřeby DP bylo vytvořené orientační 3 bodové skórování.

Klinicky hodnotící dotazníky Connersové PSQ a TQ (CTQ)

Dotazník Connersové pro rodiče – PSQ

V originálním názvu Parent Symptom Questionnaire, autorky C.K. Conner. Česká verze byla vypracována MUDr.Pacltem a PhDr.Šebkem. Jedná se o devadesáti položkový seznam oškálovaných potíží a problémů, s nimiž se rodiče mohou setkat u svých dětí.

Hodnocená populace jsou děti ve věku pěti až sedmnácti let.

Hodnocené období je aktuální, maximálně měsíc staré projevy chování.

Primárně je dotazník určen pro pedopsychiatry a psychology pro výzkumné a klinické hodnocení psychopatologických změn, event. změn v účinnosti psychofarmakologie.

Dotazník má celkem VIII nezávislých faktorových veličin.

- Poruchy chování
- Anxieta
- Impulsivita
- Problémy v učení
- Psychosomatické problémy
- Perfekcionismus
- Antisociální projevy
- Svalové napětí

Pro účely diplomové práce s ohledem na věk dětí a jejich projevy bylo použito prvních 54 položek. Sledovaným faktorem byl Faktor II. – Anxieta a Faktor VIII. – Svalové napětí.

Faktor II. – Anxieta sledovaly položky číslo 8,9,10,11,42,64,43 (celkem sedm položek).⁵³

Faktor VIII. - Svalové napětí sledovaly položky 12,13,14,36 (celkem čtyři položky).

⁵³ Položka 64 (Bojí se chodit do školy), stejně jako další položky vypuštěny z důvodu nepotřebnosti vzhledem k věku probandů. Tykaly se projevů chování starších dětí a adolescentů.

Dotazník Connersové pro učitele – TQ (CTQ)

V originálním názvu Teacher Questionnaire – Conner, nebo conner Trachet Rating Scale, autorky C.K. Conner. Jedná se o třicetidevítí položkový seznam oškálovaných potíží a problémů, které učitelé pozorují u dětí. Položky v dotazníku vyplňuje pedagog.

Dotazník je primárně určen pro selekci hyperaktivních dětí v populaci, hodnocení farmakoterapie, zvláště stimulancií, včetně změn při farmakoterapii.

Obdobně jako dotazník PSQ, dotazník TQ má čtyři faktorové veličiny:

- Poruchy chování
- Nepozornost
- Tenze, anxieta
- Hyperaktivita

V rámci výzkumu diplomové práce jsem sledoval faktor III.-Anxietu.⁵⁴

Mezi sledované položky Faktorem III patří otázky č. 9,10,30, 33, 34, 39 (celkem 6 položek).

Seznam položek nabízí klinický projev dítěte v prostředí školky.⁵⁵(Filip a kol. s odkazem na Conners, 1997)

Test stromu – Baum test

Základní princip Testu stromu vychází z prací K. Kocha a U. Avé – Lallemand. Je to relativně jednoduchá, časově nenáročná, pomocně diagnostická projektivní technika, která umožňuje náhled na osobnost testovaného v její složitosti a dynamice. Řadí se mezi kresebně projektivní techniky.

⁵⁴ Právě z důvodu výskytu této škály jsem dotazník postihující klinické projevy v prostředí školy zařadil do výzkumu. Domnívám se, že uvedené projevy lze rozšířit i na věkovou populaci o rok dříve, než je uvedeno v manuálu.

⁵⁵ V rámci vyhodnocování jsem se zaměřil i na míru shody mezi dotazníky TQ a PSQ.

Test stromu nabízí nestrukturované pole pro otevření prostoru přirozené tendence nevědomí směřovat k aktuálním vnitřním konfliktům, potlačeným obsahům. Během kresby testovaná osoba strukturuje danou situaci, vypovídá o základních aspektech jejího psychického fungování, odráží tu svět osobních významů, vzorců reagování, zkušenosti, schopnosti adaptace, míry energie a temperamentu.

Interpretace stromu zasahuje do oblasti mýtů, archetypů, ale také psychologie a grafologie. (Altman, 2002)

Problém užití Testu stromu je míra validity.⁵⁶

V rámci empirické části jsem Test stromu zadával matkám zkoumaných dětí.

Administrace:

Na formát A4 papíru, předloženým vertikálně, tužkou nakreslete strom.

Instrukce:

„Nakreslete listnatý strom, ale ne jehličnan.“⁵⁷

Indikátory úzkosti v Testu stromu

Velikost kresby: celková velikost je spíše menší s introverzním směřováním (do levé části papíru)

Tlak na čáru – křečovitě, ostré čáry. Tah linky může být ale také roztřesený, ochablý, bez energie, Altman dále uvádí nelogické vybulování čáry. V koruně může převládat roztřesená, napjatá, nejistá linie.

Do výzkumu sleduji a zaznamenávám zvláštnosti v kresbě, jak po stránce formální tak i obsahové.

⁵⁶

□ Pro potřeby diplomové práce kresby -Test stromu a FDT - sloužily jako screeningové techniky pro zachycení znaků úzkosti. Já sám, spíše než interpretace kreseb v těchto projektivních technikách, hledám spíše otázky, se kterými dále pracuji. Uvědomuji si subjektivnost vyhodnocení techniky, proto v rámci diagnostiky osobnosti je potřeba doplnit vyšetření dalšími metodami.

⁵⁷ Existuje varianta instrukcí, tato je jedna z možných. Další mohou být : „Nakreslete ovocný strom“, „Nakreslete listnatý strom“.

Kresba lidské postavy - Figure Drawing Test

Baltrush v testu Figure Drawing Test navazuje na práce Goodenghové z roku 1926 (Kresba člověka) a Machoverové (Draw a Person test). Předpokládá, že nakreslením mužské a ženské postavy se nabízí klíč ke struktuře osobnosti, k jejímu přizpůsobení a dynamické integraci. (Stančák, 1982)

Kresba lidské postavy (dále FDT) je řazena mezi výrazově projektivní techniky a nabízí možnost pohledu na dynamiku vztahu kreslíře k sobě samotnému a k druhému pohlaví. „Nejde o zobrazení sebe sama, ale spíše o vyjádření vlastní, více či méně zkreslené **představy o vlastní osobě** nebo dokonce o výraz **skrytého přání** a kresba pak zobrazuje typ postavy, která přání reprezentuje.“(Altman, 2006 str.1)

FDT v optimálním případě vypovídá o základních aspektech psychického fungování, odráží svět osobních významů, zkušeností, vzorců reagování, způsobů prožívání, adaptace apod.

Z kreseb mužské a ženské postavy lze usuzovat o:

- vlastním sebepojetí, zejména o identifikaci s vlastní sexuální rolí
- sebevědomí a snaze po uplatnění
- integraci osobnosti, její přizpůsobivosti a vztahu ke světu
- pudové struktuře, jejích poruchách a vnitřních blocích
- zdrojích vnitřních konfliktů a možných podobách jejich manifestace
- postojích a vztazích k opačnému pohlaví ⁵⁸

FDT je více obsahová (konkrétnější), více vědomě kontrolovaná a bývá méně sponntání než kresba stromu.

FDT v rámci užití empirické části diplomové práce slouží jako doplněk ke kresbě stromu. Je administrována matkám „zkoumaných dětí“.

⁵⁸ Podobně jako u kresby stromu i u FDT nastávají obtíže s interpretací. Rizikem může být subjektivní zkreslení při volnosti výkladu, že se jedná o dvouprojektivní metodu (nebezpečí nevědomého vložení si vlastních obsahů a nevědomých konfliktů) nebo problematická interpretace symbolů, řada prvků v kresbě mohou být nakresleny bez důležitosti k celku a v neposlední řadě opět problém validity a reliability (Davido, 2001).

Altman zmiňuje, že u FDT je větší nebezpečí tendence ke schematičnosti než u kresby stromů.

Administrace FDT:

Testovaná osoba obdrží uprostřed přeložený a opět rozložený list A4 bílého kancelářského papíru, obyčejnou tužku a gumu a instrukci „Nakreslete mi lidskou postavu, prosím“.

Po dokončení první kresby, podle jejího pohlaví, doplní administrátor instrukci. „Do druhého pole mi nakreslete postavu opačného pohlaví“. Zaznamenáme pořadí vzniku kreseb, sledujeme chování a způsob kreslení - co činilo největší obtíže, opravy, mazání a jiné nápadné projevy (eventuálně i slovní doprovod). Na závěr lze ještě posuzovanou osobu požádat o slovní doplnění a asociace k nakresleným postavám: Kolik jim je let, nebo jestli testovaná osoba myslela na někoho konkrétního, a jiné.

Mezi prvky úzkosti v FDT se mohou řadit: Malá kresba, strnulé postavení postav, úzkostné rysy, tenzní nebo napjatá čára (eventuálně extrémně nejistá čára, gumování).⁵⁹

Mezi nejzávažnější znaky může patřit začernování. Začernování jako projev kompenzace vnitřní úzkosti (přesun nakumulované energie do papíru), překrytí problematických částí těla nebo detailů může být známkou silného vnitřní konfliktu spojeného s jejich projektivním významem. Lze interpretovat jako rozpaky, nejistotu nebo až úzkost spojené s reálnou, ale častěji spíše se symbolickou funkcí dané části těla. Způsob čarání, intenzita šrafování, míra neuspořádanosti, zvýšený tlak na tužku nebo jiné známky napjatého vedení tužky mohou vypovídat o intenzitě vnitřního napětí nebo úzkosti.

Nejčastěji se setkáme například se začerněním rukou. Stejný význam mají i černé rukavice.

„Za nejnápadnější a většinou i za zvýšeně závažnější lze považovat málo obvyklé začernění obličeje – známka vážného narušení osobnosti (masivní úzkostnost, slabý self-koncept, možné známky autoagresivity), u protipostavy závažné potíže ve vztazích. Vysoce závažné je i nelogické začárání celé postavy.“(Altman, 2006)

Pro potřeby diplomové práce v kresbě postavy posuzují:

⁵⁹ Riziko zaměnění nejistoty ze situace s úzkostnou strukturou osobnosti.

Kresbu jako celek – primárně rozlišuji, zda je kresba úzkostná, případně zda se vyskytují i jiné prvky úzkosti. Eventuálně projektivní obsah a věk primární postavy (I. kresba).

Lüscherův barvový test (LBT)

„Lidé mají vždy nějaký postoj k barvám a z toho poznatku se zrodila myšlenka využití barev v testech.“(Stančák, 1981) Lüscherův barvový test je projektivní metodou založenou na nevědomých preferencích rozličných emotivních podnětů, které v nás vyvolávají různé barvy. Pro užití diplomové práce jsem zadával dětem předškolního věku tzv. „malý“ Lüscherův barvový test (osmibarevný).

Základní hypotézou LBT je, že volba barev je jistým způsobem závislá na některých osobnostních proměnných, na situačních stavech organismu i na objektivně působících činitelích.(Svoboda, 1999)

Barvy jsou pocíťovány jako emocionální signály. Každá barva má svou objektivní, všeobecně platnou kvalitu, svůj objektivní emocionální význam. Kdo vnímá barvu, nemůže se vyhnout jejímu smyslovému pocíťování, tedy jejímu objektivnímu významu. Vnímání se uskutečňuje spontánně a nevědomě.(Lüscher, 1994)

Administrace:

Svoboda zmiňuje, že test je určen pro užití u dospělých i u dětí. Je administrován individuálně. Před probanda se rozloží osm barevných karet do dvou řad (4 základní: modrá, zelená, červená a žlutá a 4 doplňkové: fialová, hnědá, černá a šedá). Proband pak vybírá jednotlivé barvy karet podle toho, která se mu líbí nejvíce. Po 3-5 minutách rozestupu, kdy záměrně odvedeme pozornost od testu (např. rozhovorem), provede proband opakovaně volbu. Pořadí barev si zapisujeme do dvou řad výběru označených I. a II. Tyto dvě řady následně vyhodnocujeme.

Pro užití DP, test postihuje zejména: „ Formální dynamiku osobnosti (zejména aktuální psychické stavy), převažující emocionalitu a její strukturovanost.“⁶⁰(Svoboda, 1999, str. 202) V rámci testové situace jsem srovnával výběr preference barev, sledoval stability řad, první pozice a zařazení barev na ně jako projevy kompenzačních mechanismů.

Kresba Začarované rodiny

Využití kresby rodiny má v psychologii rozsáhlou tradici. Její funkčností se zabýval od 60. let prof.Matějček a mnoho dalších. Je ji možné chápat jako symbolické zpracování konstelace primární sociální skupiny dítěte, jak ji dítě vnímá a prožívá.(Svoboda, 2001). Kresba Začarovaná rodina, pak k těmto zmíněným informacím může dodat přidavnou emoční a vztahovou komponentu.

Pro potřeby diplomové práce jsem tyto dvě metody kombinoval. Pro předškolní děti, obzvláště děti, které jsou kresebně méně zdatnější, je nakreslení zvířat spíše trauma. Z tohoto důvodu jsem v rámci testových situací postupoval podle schématu:

- Verbální popsání začarování rodiny na základě instrukce: „Zkus si představit, že by k vám domů přišel kouzelník a začaroval všechny členy vaší domácnosti do nějakého zvířete. Do jakého zvířete by to bylo?“
- Verbálně projektivní doplnění: „A co dělají taková zvířata (jaké jsou), které jsi popsal?“
- Na základě prvních dvou bodů dítě požádám, aby mi tu svou začarovanou rodinu nakreslilo.
- V případě odmítnutí požádám dítě o nakreslení běžné rodiny.⁶¹

⁶⁰ Přestože Max Lüscher ve své příručce odkazuje, že přibližně od věku 6-ti let umí každý člověk sdělit, která barva je mu nejsympatičtější (Lüscher, 1994, str.11), v rámci DP jsem nehledal ani objektivní ani subjektivní významové roviny, které test nabízí. Test LBT osmi barev mi byl indikátorem rozkolísanosti, nestability a nestrukturovanosti emočních stavů u předškoláků. Z tohoto důvodu nezmiňuji ani další oblasti, které LBT postihuje. (viz. Svoboda, 1999, str. 202) V rámci srovnání s testem ROR vychází, že dítě může být emocionálně založené, s častým střídáním nálad, nemusí to však znamenat jeho anxiózní predisponovanost.

⁶¹ Jak jsem se již zmínil, kresba zvířat je pro děti náročnější. Děti zaměřené na výkon, děti úzkostnější, nebo děti grafomotoricky méně zdatnější se s tímto úkolem potýkají mnohem obtížněji. Projektivní, imaginativní svět tak začíná narážet na mantinely reality. Nakreslit lidskou rodinu je pro ně úkolem splnitelnějším.

- V případě nevole dítěte cokoliv kreslit, požádal jsem dítě o zakreslení teček, které představovaly jednotlivé členy rodiny na čistý formát A4.⁶²

Cílem této metody je pokusit se zorientovat v primárních vztazích v rodině z pohledu dítěte. Jak dítě vnímá sebe v rámci kontextu rodinného systému, jeho názory, postoje a pocity. To vše však s ohledem, že jde o doplňkovou metodu celého vyšetření.

V rámci hodnocení a celkovou interpretaci jsem se zaměřil na celkový způsob zpracování a pojetí, uchopení prostoru, míru realističnosti s ohledem na kognitivní aspekt a grafomotorické dovednosti. Dále pak i na hledisko ztvárnění jednotlivých postav, proporcí detailů, pořadí v jakém dítě postavy nakreslí, event. jejich úplného vynechání.⁶³

Projektivní identifikace s pohádkovou postavou

V případě předškolních dětí, důležitější než samotný archetypální, nebo analytický výklad pohádek, je subjektivní prožívání příběhu a postav v nich představených.

Diagnostický význam pohádek u předškoláků může být v tom, že examinátorovi nabízí jednu z možných „zkratek“ k nahlédnutí do obranných mechanismů dítěte, současně nabízí symbolický vhled do „životní situace“, kterou dítě aktuálně prožívá a řeší.

Identifikační hrdina může nabízet schéma, jak se dítě vyrovnává se zátěží, se svými strachy, nebo s úzkostmi. Na druhou stranu, může to být i samotný „hrdina“, který je nositelem „zla“ a dítě se s ním nevědomky identifikuje.

⁶² Cílem využití této techniky je pokusit se zorientovat v primárních vztazích dítěte. Z tohoto důvodu jsem se pustil do experimentu. Formát A4 jsem považoval ze zmenšené existencionální pole, a jednotlivé vzdálenosti jsem považoval za projektivní ukazatel emoční „blízkosti“ a „vzdálenosti“ jednotlivých členů v rodině. Pro tuto „experimentální“ techniku se mi nepodařilo dohledat teoretický podklad a v rámci mé diplomové práce se jednalo o doplňkový, situační experiment.

⁶³ Pro přesnější diagnostiku rodinného systému, míru jeho koheze, hierarchii, rozdíly v percepci rodiny, a pro mnohé další lze využít *Test rodinného systému – FAST* od T. M. Gehringa v úpravě I. Sobotkové. Vydavatel Testcentrum Praha. Tento test je možné administrovat dětem od šesti let věku.

Anamnéza

Anamnestická metoda je zaměřena na vnitřní činitele vývoje dítěte, na vnější vlivy a okolnosti jeho života, na výraz a regulaci průběhu, na způsoby chování a na adaptační regulace dítěte. Pro účely svého výzkumu jsem anamnézu zpracoval do formy dotazníku pro rodiče /viz Příloha/. Zajímali mě údaje délky mateřské dovolené matky, jak dlouho bylo dítě kojeno, kontaktní osoby, se kterými je dítě z rodiny ve styku, počet sourozenců, vstup do MŠ, adaptace na prostředí MŠ, na přítomnost somatických příznaků, na případné symptomy úzkosti.

Škála rodinného prostředí (ŠRP)

Sebeposuzující metodu Škálu rodinného prostředí zpracovali podle Family Environment Scale Rudolfa Moose (1974) Hargašová s Kollárikem (1986). Manuál k testu vydala v roce 1986 Psychodiagnostika v Bratislavě. Dotazník tvoří 90 položek, které se týkají života v rodině. Všichni členové rodiny odpovídají zatržením odpovědi „Je to pravda“, „Není to pravda“ do záznamového archu. Položky sytí 10 subškál, které jsou shrnuty do tří dimenzí:

1. Vztahová – subškály: soudržnost, expresivnost, konfliktovost
2. Osobnostního růstu – subškály: nezávislost, orientace na úspěch, intelektuálně-kulturní orientace, aktivní rekreační orientace, morálně-světónázorová orientace
3. Udržování systému – subškály: organizace, kontrola (Svoboda, 2001)

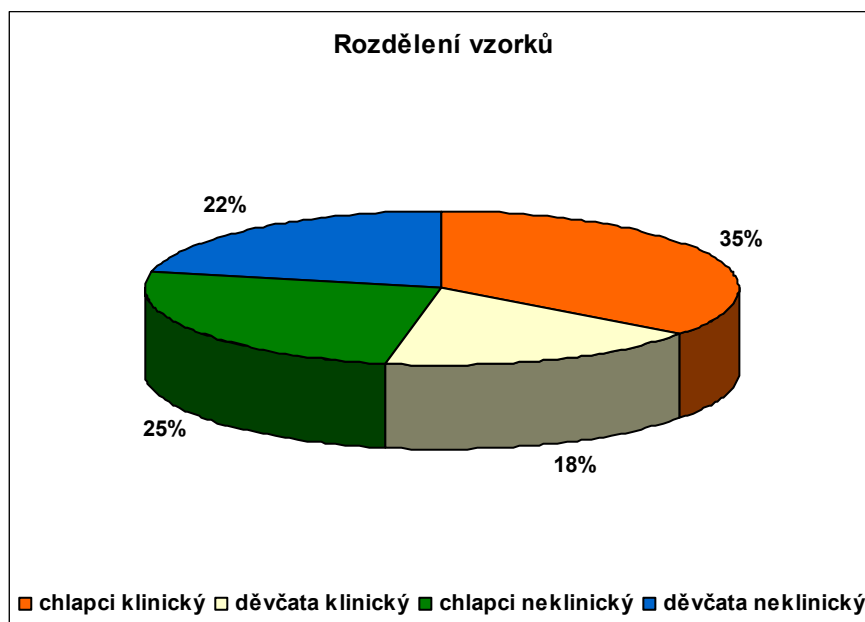
Každá subškála má devět položek. Standardizované skóry se zakreslují jako profil rodiny. Na základě profilů je možné přejít od jednodimenzionálních deskripcí ke komplexnějším, vícedimenzionálním seskupením, jehož výsledkem je pak typologie rodin. Vyhodnocením škály získáme skóry jednotlivých subškál a z nich sestavený profil a skór rodinné inkongruence, který vyjadřuje shodu, případně neshodu ve vnímání rodinného prostředí. (Sobotková, 2001)

Obsahová analýza volné kresby dětí

V rámci obsahové analýzy volné kresby dětí jsou sledovány obsahové faktory rozdělené do několika kategorií. Dům, příroda, lidé, technika (auta, vlaky) a obsahy s agresivními prvky (děla, scény obsahující agresi, krev). Z formálního hlediska je u kresby dítěte dále sledován faktor množství užitých barev (pestrost), event. bohatost obrázku, nebo umístění objektu. Předpokladem je, že kresby úzkostnějších dětí budou po obsahové stránce obsahovat agresivní a technické prvky, s menším užitím testových barev a s menší užitou kresebnou plochou.

III. Charakteristika výzkumných souborů

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 52 dětí, z toho 28 (9 děvčat a 18 chlapců) dětí bylo zařazeno do tzv. souboru klinického a 24 (11 děvčat a 13 chlapců) dětí do souboru neklinického.



obr 2. Rozdělení vzorku

Průměrný věk dětí klinického souboru je 6 let a dva měsíce. Nejmladšímu dítěti klinického souboru bylo v den examinace pět let a osm měsíců, a nejstaršímu šest let a jedenáct měsíců.

Průměrný věk dětí z neklinického souboru je 5 let a deset měsíců. Nejmladšímu dítěti bylo v den examinace 5 let a dva měsíce, a nejstaršímu šest let a jedenáct měsíců.

Klinická charakteristika výzkumného vzorku dětí

Všech 28 dětí z klinického vzorku je začleněno do ambulantní péče klinického psychologa nebo pedopsychiatra. Mezi další odborné lékaře, které rodiče zkoumaných dětí uvádějí, řadí dětského neurologa a klinického logopeda.

Mezi nejčastěji uvedené diagnózy dětí patří:

Syndrom ADHD s anxiózní komponentou: 9 dětí /3 dívky a 6 chlapců/.

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka: 10 dětí /2 dívky a 8 chlapců/.

Jiné poruchy emotivity a nálad - selektivní mutismus, separační poruchy, úzkostné poruchy a tikové poruchy v dětství, enurézy, a další uvedeny u celkem 9 dětí /7 chlapců a 2 dívky/. V rámci klinického vzorku je 1 dítě bez stanovené diagnózy.

Na základě dostupných anamnestických údajů od rodičů, žádné z dětí zařazené do neklinického vzorku (24 dětí) není ve sledování odborného lékaře a ani není ve sledování žádného odborného psychologického, nebo psychiatrického pracoviště.

V rámci anamnézy, z klinického vzorku celkem 43% dětí /12 z 28/ vykazuje nadměrnou úzkost spojenou s odloučením nejbližších vztahových osob. Ze souboru 24 neklinických dětí podobné zjištění uvádí 21 % rodičů u svých dětí /5 z 24/.

Z anamnestických údajů sledují délku kojení, děti, které byly zařazeny do klinicky sledovaného souboru, byly v průměru /velikosti souboru/ kojeny 9 měsíců. Děti, které nejsou nikde klinicky vedeny, byly v průměru /velikosti souboru/ kojeny 6 měsíců. Medián u dětí klinického souboru je 6 měsíců a medián u dětí neklinických je šest měsíců.

V rámci porovnání dětí se sníženou emoční dráždivostí a dětí bez signifikantních projevů, vychází průměr délky kojení v rámci uvedeného souboru 8, 22 měsíců a medián 7,5, zatímco u dětí s emoční reaktivitou v rámci normy je to 7,7 měsíců a medián je 5 měsíců.⁶⁴

Somatické projevy⁶⁵ - bolestí břicha, hlavy, zvracení aj. - u klinicky sledovaných dětí přítomny ve 32% /9 z 28/ a u dětí neklinicky sledovaných přítomny v 8% /2 z 24/.

V rámci sledování rodinné heredity úzkostných poruch a nálad, uvedlo v anamnéze celkem 39% rodičů /11 z 28/ u klinicky sledovaných dětí tento výskyt. V rodinách dětí neklinického vzorku byl tento údaj uveden u 4% rodičů /1 z 24/.⁶⁶

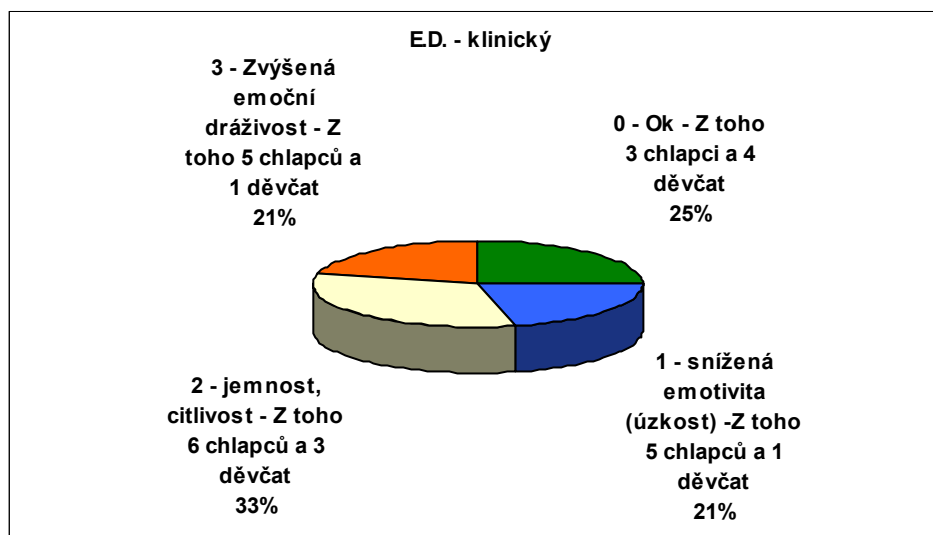
⁶⁴ Viz. Přílohy – Tabulky a grafy č.4 č.5 Emocni drazdivost

⁶⁵ Viz. Přílohy – Tabulky a grafy č. 2 a č.3 Klinický a neklinický soubor (T.P.)

⁶⁶ Viz. Příloha – Tabulky a grafy č. 2 a č.3 Klinický a neklinický soubor (Heredota)

Na základě porovnání mnou užitých testových metod, vyšla pozitivní korelace mezi výsledky suspektní míry emoční dráždivosti a uvedených diagnóz dětí.

U dětí zařazených mezi klinicky sledované 25% dětí /3 chlapci a 2 dívky/ se neprojevovaly zvláštnosti v míře emoční dráždivosti. 21% dětí /5 chlapců a 1 dívka/ vykazovaly sníženou míru emotivity /úzkost/. U 33% dětí /6 chlapců a 3 dívky/, jsem zaznamenal citlivost, až přecitlivělost a u 21 % dětí /5 chlapců a 1 dívka/ se jednalo suspektně o zvýšenou emoční reaktivitu.

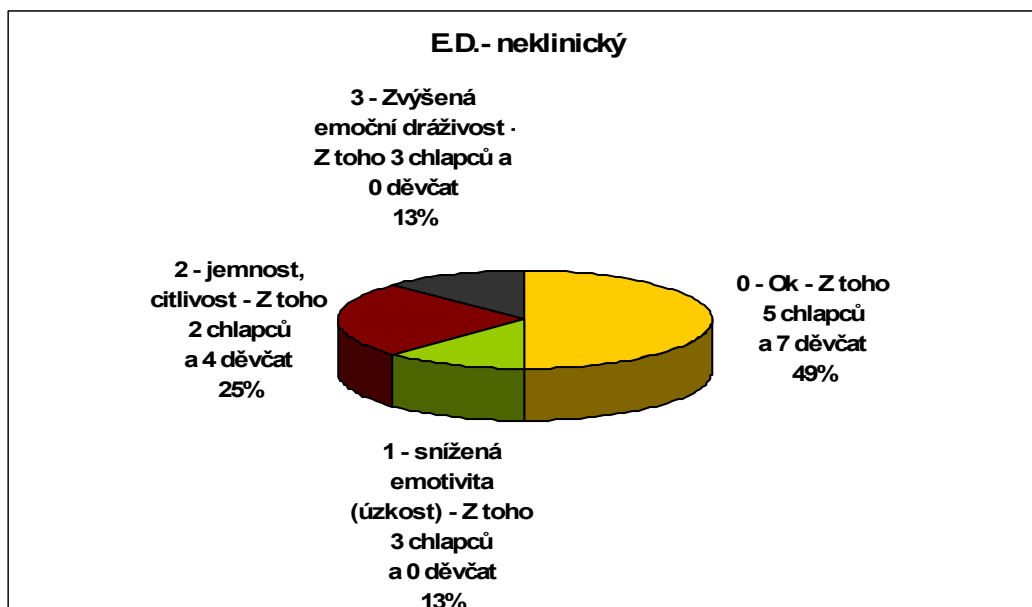


Obr. 3 E.D. Klinický

Vyjma dvou dětí se elektivním mutizmem, které jsou v rámci své diagnózy ve svých projevech více přecitlivělé, stydlivé a plaché, a tudíž bylo i obtížnější navázat s nimi spoluprací, přesto mohu konstatovat, že v celkovém rámci celého průběhu examinace jsem v zásadě neshledal signifikantnější rozdíly v projevech dětí při navazování spolupráce, mezi oběma sledovanými skupinami.⁶⁷

U dětí zařazených do vzorku neklinicky vedených - 49% dětí /5 chlapců a 7 dívek/ nevykazovalo zvláštnosti v míře emoční dráždivosti, 13% dětí /3 chlapci a 0 dívka/, vykazovaly znaky snížené emotivity, 25% dětí /2 chlapci a 4 dívky/ vykazovaly znaky citlivosti a plachosti a 13% dětí /3 chlapci a 0 dívka/ vykazovaly znaky zvýšené emoční reaktivity.

⁶⁷ Viz. Přílohy – Tabulky a grafy č. 4: Klinický soubor (Susp.)



Obr. 4 E.D. neklinický soubor

Charakteristika rodin, délky mateřské dovolené a průběh adaptace na mateřskou školu

V oblasti aktuálních rodinných poměrů bylo zjištěno, že z celkového počtu 28 dětí klinického souboru, 57% (16 dětí) žije v úplných rodinách, 32% (9) dětí jen s jedním z rodičů a 10% (3) dětí je aktuálně součástí rozvodového řízení rodičů nebo jsou ve střídavé péči rodičů.⁶⁸

Z celkového počtu 24 dětí neklinického souboru, 96% (23) dětí žije v rámci úplné rodiny a u 4% (1 chlapce) aktuálně probíhá rozvodové řízení rodičů.

V rámci sledovaných údajů o délce mateřské dovolené bylo zjištěno, že střední délka mateřské dovolené u dětí z klinického souboru dětí byla 48 měsíců, zatímco u neklinického souboru dětí byla 36 měsíců.⁶⁹

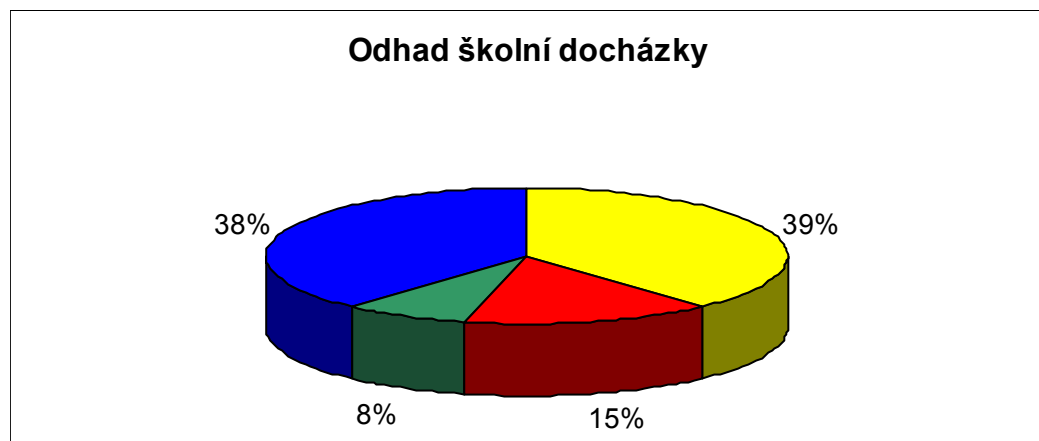
Průměrný věk nástupu do mateřské školy u obou dvou sledovaných souborů jsou 3 roky s minimálním rozdílem několika měsíců věku dítěte.

⁶⁸ Termín „úplná rodina“ v pojetí diplomové práce znamená dva rodiče heterosexuální orientace. 8 dětí z klinického souboru žijící v péči jednoho rodiče, jsou všechny v péči matky. Jeden chlapec žije v péči otce, jeho matka byla zbavena rodičovských práv.

Z výpovědi rodiče, adaptace po nástupu do mateřské školky u dětí z klinického souboru probíhala u 11% (3) dětí „dobře“, u 50% (14) dětí „normálně“ a u 39% (11) dětí „obtížně“. U dětí z neklinického souboru tato adaptace probíhala: u 29% (6) dětí „dobře“, u 54% (13) dětí probíhala normálně a u 17% (5) dětí „obtížně“, náročně.⁷⁰

V otázce odkladu školní docházky o 1 rok, z klinického souboru - doporučení k odkladu dostalo celkem 72% (20) dětí a 28% (8) dětí nastoupí do školy v rámci věkové normy. Z neklinického souboru, doporučení odkladu školní docházky o 1 rok dostalo 17% (4) dětí a 83% (20) nastoupí po prázdninách do školy v rámci své věkové normy.

Ve srovnání odkladu školní docházky a změnou emoční dráždivostí, u neklinického souboru bylo zjištěno, že mezi čtyřmi dětmi jsou dvě děti se zvýšenou emoční reaktivitou a jedno dítě s citlivější nervovou soustavou. U dětí zařazených mezi klinické, kromě jednoho dítěte se sníženou emoční reaktivitou, jednoho dítěte se zvýšenou emoční reaktivitou a tři dětí citlivějších, odklad školní docházky o 1 rok byl doporučen u všech dětí, které vykazovaly míru afektivity mimo „normu“.



⁶⁹ V anamnestickém dotazníku nebyl specifikován dotaz na pečující osobu v rámci mateřské dovolené. Jestli se jednalo o matku na mateřské dovolené, nebo zda o otce na rodičovské dovolené.

⁷⁰ Viz. Příloha – Tabulky a grafy č. 6. Adaptace

IV. Výsledky a interpretace

Zhodnocení a interpretace klinické oblasti výzkumu⁷¹

Na základě získaného rozdílu mediánů délky kojení u dětí se sníženou emoční dráždivostí, s dětmi bez signifikantních projevů emoční nestability, byl zjištěn **rozdíl 3**. U dětí se zvýšenou emoční dráždivostí byl zjištěn rozdíl s dětmi bez signifikantních projevů emoční nestability rozdílem **2 měsíců**.

Lze tedy konstatovat, že délka kojení **může být jeden z faktorů** podílejících se na změně emoční reaktivity dítěte.

Na základě procentuálního rozdílu výsledků, u dětí zařazených do klinického souboru, je výskyt somatických obtíží o **24% vyšší** než u dětí z neklinické populace zkoumaného souboru.

Na základě tohoto zjištění lze konstatovat, že projevy úzkostí **mohou mít zjevnou doprovodnou somatickou komponentu**.

Děti zařazené do klinického souboru vykazují o 13% častější výskyt nadměrné úzkosti spojené s odloučením od vztahových osob, než děti ze souboru neklinického.

Výsledky míry emoční dráždivosti zjištěné na základě užitých testových metod korelují se zjištěnými diagnostickými údaji klinických psychologů a psychiatrů. V rámci srovnávání dalších výsledků s mírou emoční dráždivosti v rámci výzkumu **se lze relevantně** opřít o tuto zjištěnou položku.

V rámci sledování rodinné heredity úzkosti a afektivních poruch se ukazuje **rozdíl 35%** ve prospěch klinicky sledovaného souboru dětí. Rodinná heredita tedy **může být** jeden z vlivných činitelů podmiňující změněnou emoční reaktivitu u dítěte (úzkost).

Na základě pozorování během testové situace jsem v úvodu a navazování spolupráce neshledal výraznější změny v projevech chování a navazování kontaktu mezi dětmi zařazených do výzkumu. Lze tedy konstatovat, že klinické pozorování úvodu testové situace **nemusí být relevantní faktor** poukazující na úzkost dítěte v předškolním věku.

Zhodnocení a interpretace oblasti výzkumu zabývající se rodinami, mateřskými školami a zaškolením dítěte

V oblasti aktuálních rodinných poměrů bylo zjištěno, že **o 39% více** dětí z neklinického souboru žije v úplných rodinách než děti ze souboru klinického. Ve srovnání sledovaných souborů, **o 28% více** dětí z klinicky vedené populace **žije jen s jedním z rodičů**. Zbývající děti z klinické populace žijí aktuálně v poměrech probíhajícího rozvodového řízení.

Závěrem lze tedy konstatovat, že děti **z úplných rodin** vykazují znaky úzkostí a změněné emoční dráždivosti **méně častěji** než děti **z rodin neúplných** nebo **rodin rozvádějících se**.

Rozdíl mezi středními délkami mateřských dovolených ukázal **rozdíl jednoho roku** ve prospěch klinického souboru dětí. Na základě tohoto zjištění se ukazuje, že **mateřská dovolená delší než 3 roky může být** jedním z faktorů **podporující** anxiózní pohotovost organismu dítěte.

Většina dětí v rámci sledované populace nastoupila do mateřské školky s minimálními rozdíly v rámci srovnávání obou sledovaných souborů dětí. Lze tedy předpokládat, že faktor **pozdního nebo ranného začlenění do mateřské školy** v rámci výzkumu diplomové práce **není relevantní**.

Byly však **zjištěny rozdíly** mezi sledovanými soubory dětí v průběhu adaptace na prostředí mateřských škol. V rámci srovnání, rozdíl mezi dětmi, u nichž adaptace probíhala „dobře“ je 18% ve prospěch neklinického souboru dětí. U položky „normálně“ nebyl shledán signifikantní rozdíl – rozdíl 4% mezi sledovanými soubory. U položky „náročně“ byl zjištěn rozdíl 22% v neprospěch klinického souboru dětí. Lze tedy předpokládat, že **průběh adaptace na mateřskou školu může být** jedním z ukazatelů změněné emoční dráždivosti dětí.

V rámci srovnávání procentuálního zobrazení množství dětí, u kterých byl proveden odklad školní docházky mezi soubory, výzkum ukazuje rozdíl 59% (72% klinického

⁷¹ Viz. Příloha – Tabulky a grafy č. 1: Zhodnocení rozdílů

souboru : 17% dětí souboru neklinického). Tento rozdíl poukazuje na relevantní fakt, že **míra školní připravenosti souvisí s mírou emoční dráždivosti.**

Dotazníky Connersové TQ a PSQ

Korelační analýzou byla zjišťována míra korelace mezi výsledky TQ a PSQ dotazníků.⁷²

Na základě Pearsonova Korelačního koeficientu byla zjišťována míra korelace mezi výsledky TQ a PSQ dotazníků.⁷³

Ze všech dosažených skóre byla zjištěna korelace mezi dotazníkem PSQ a TQ: **0,55954249**

V rámci celé sledované populace, dotazníky PSQ a TQ vzájemně silně korelují.

Ze všech dosažených skóre, sledovaný **faktor úzkosti (Faktor Anxiety)** byla zjištěna míra **korelace** mezi dotazníky: **0,21956649** –

Na základě této hodnoty lze konstatovat, že Faktor Anxiety v rámci celé sledované populace **koreluje** (je shodný).

U klinického souboru dětí byla zjištěna míra celkové korelace mezi dotazníky TQ a PSQ:

0,55874903 - Míra vzájemné **korelace** je hodnocena jako **silná**.

U **faktoru úzkosti** (Faktor Anxiety) pak byla zjištěna míra korelace v rámci klinického souboru dětí:

0,16165175 - Míra vzájemné **korelace** mezi těmito faktory je **vágní**.

U neklinického souboru dětí byla zjištěna celková míra korelace mezi dotazníky:

0,35950043 - Míra vzájemné **korelace** je hodnocena jako **souhlasná**.

Ze sledovaného faktoru úzkosti (Faktor Anxiety) u neklinického souboru dětí, pak byla zjištěna míra korelace:

0,09781345 - Míra vzájemné **korelace** mezi těmito faktory je **vágní**.

⁷² Viz. Příloha – Tabulky a grafy č. 8.PSQ a TQ

Na základě zjištěných korelací je možné konstatovat, že učitelé v mateřských školách u dětí z klinického souboru lépe komunikují a sdílejí vzájemně postoje ohledně percepce chování dítěte a celkového náhledu na něj s rodiči, než u dětí neklinicky sledovaných. V míře sledování úzkostných projevů, se jak u klinického tak i neklinického vzorku, silná shoda neukazuje. V rámci interpretace lze konstatovat, že učitel, nebo rodič nejsou schopni se vzájemně sladit (nebo si sdělit) nezjevné projevy dítěte.

Orientační test školní zralosti K - J

Rozptyl rozložení získaných bodů u souboru klinických dětí.⁷⁴

	Klinické	Neklinické	Rozdíl K:N
O bodů	21% /6 dětí/	0%	21%
I bod	21% /6 dětí/	17% /4 dět	4%
II body	27% /10 dětí/	25% /6 dětí	2%
III body	21% /6 dětí/	58% /10 dětí/	-37%

Zobrazení rozptylu poukazuje na zjevné rozdíly v dosažených skórech.

V rámci dosažitelného množství bodů 0-3.

Rozdíl získaného 0- 1 bod mezi sledovanými populacemi je rozdíl 25%.

Rozdíl mezi sledovanými soubory u skóru 2 body, je vágní – celkem 2%.

Rozdíl mezi sledovanými soubory u skóru 3 body je celkem 37% v neprospěch dětí klinicky sledovaných.

S odkazem na uváděnou literaturu, existuje korelace mezi školní úspěšností a orientačním testem školní zralosti K-J, dá se tedy předpokládat, že v rámci této úspěšnosti, **děti z klinicky sledovaného souboru budou méně úspěšnější** v první třídě ZŠ než jejich vrstevníci z neklinicky sledovaného souboru.

⁷³ Korelační interval <-1, +1> je popisován ve skriptech Evy Reiterové, Základy statistiky pro studenty psychologie.

⁷⁴ Viz. Příloha – Tabulky a grafy č. 9.:K-J

Na základě K-J lze na obecné úrovni vzorku konstatovat, že děti z klinického výzkumného souboru jsou děti s horší vizuomotorickou koordinací a slabší kognitivně percepční vyzářlostí než děti ze souboru neklinického.

ROR

Celkové hodnocení testu ROR viz. Přílohy – Tabulky a grafy č 8: Test ROR

V rámci celého vzorku, medián celkového počtu odpovědí R je roven u obou souborů.

R=13

Speciální skóry

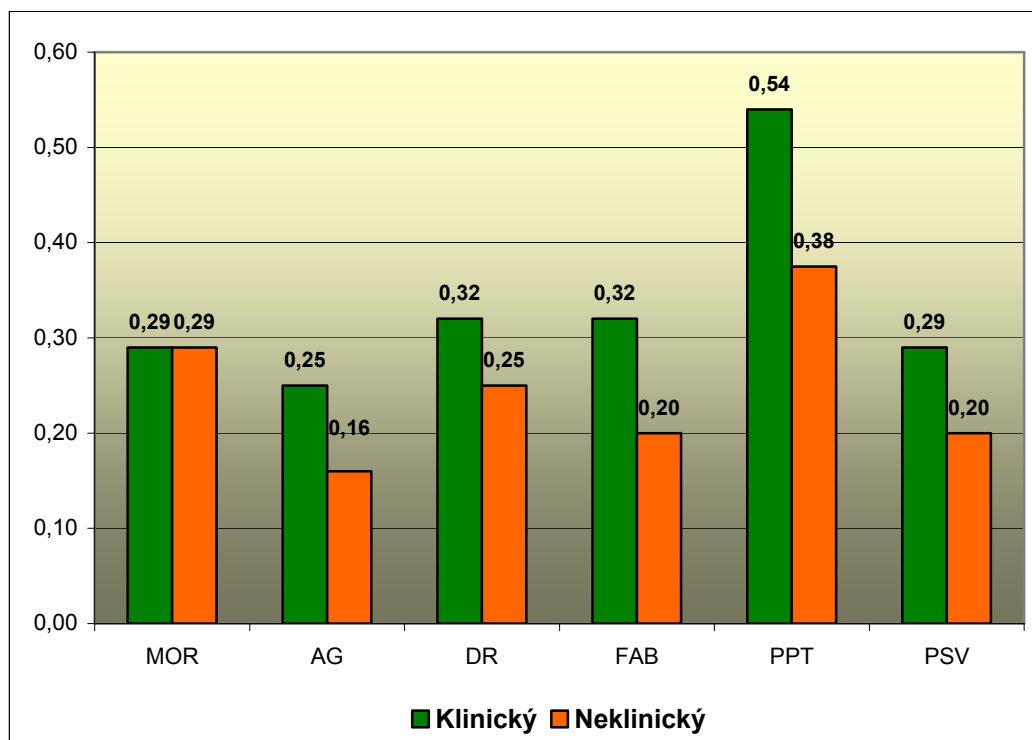
Sledované speciální skóry, které mohou mít potenciál souvislosti s projevy úzkosti zobrazuje tabulka níže.

	Klinický%	Neklinický%	Rozdíl K:N%
MOR	29%	29%	0%
AG	25%	16%	9%
Strachové obsahy	57%	71%	14%
An	18%	29%	-11%
Šok	21%	42%	-21%

Obr. 5 Tabulka procentuelní četnosti spec. skóru a obsahů

U dětí z klinického souboru byl méně častější výskyt *Šokových fenoménů* – s rozdílem 12% mezi sledovanými soubory. Děti z neklinického souboru častěji úplně selhávaly na podmětových tabulích – ve smyslu nepodání žádné odpovědi

U dětí z klinického souboru se vyskytovaly ve větším procentuálním množství obsahy s agresivní tematikou, s agresivními pohyby a fabulacemi. Výraznějšího rozdílu však bylo zaznamenáno u fenoménu *PPT – Pars pro toto*. Procentuální rozdíl v četnosti tohoto fenoménu byl až 12% mezi sledovanými soubory .



Obr. 6 Zobrazení procentuální četnosti spec. skórá a obsahů

V porovnání *zpracování formy obsahu*, u dětí z klinického souboru převažoval minusový nebo vágní kognitivní úchop, zatímco u dětí z neklinického souboru převažovala obvyklá forma uchopení. U dětí klinického souboru byl zaznamenán častější výskyt CF (Barva-Tvar) uchopení než u dětí z neklinického souboru.

Po *obsahové stránce* se strachové fenomény objevovaly celkově o 14% častěji u dětí z neklinického souboru než u dětí klinického souboru. Obdobně vyšel i procentuální výskyt anatomických obsahů. Děti z neklinického souboru uváděly výskyt v rámci souboru rozdíl o 11% anatomických odpovědí více, než děti z klinického souboru.

Afr%

	K-průměr	Nkl.-průměr	K - Median	Nkl - Medián
Afr%	0,45	0,47	0,37	0,5

Obr. 7 Tabulka Afr%

Skóre Afektivita - četnost

Afektivita	Neklinický soubor	Klinický soubor
0	25%	11%
1	29%	39%
2	42%	36%
3	4%	14%

Obr. 8 Tabulka % rozložení (četnosti) skóre Afektivity

Adaptace - četnost

Adaptace	Neklinický	Klinický
0	4%	0
1	20%	21%
2	52%	50%
3	24%	39%

Obr. 9 Tabulka % rozložení (četnosti) skóre Adaptace

V rámci porovnání průměrné hodnoty $Afr\%$ ⁷⁵ dětí neklinického souboru dosáhly průměrného skóre 0,45 a děti z neklinického souboru průměrného skóre 0,47. Exner uvádí normu pro věkové období 5-6 let 0,57 – 1,05.

Střední hodnota $Afr\%$ je však u dětí z klinického souboru 0,37 a u dětí ze souboru neklinického 0,5. S odkazem na manuál Exner comprehension systém - vychází, že celá sledovaná populace dětí má hodnotu $Afr\%$ nižší, než je průměr, zřejmě proto, že většina dětí se méně zajímá anebo je méně ochotna zpracovávat emoční podněty. Děti s hodnotou nižší než 0,44 naznačuje výraznou tendenci dětí vyhnout se emočním podnětům.

Míra korelace $Afr\%$ s ROR adaptačním skórem pro celou sledovanou populaci vyšla **0,263031**. Tzn., že tyto dvě položky mezi sebou **korelují**. Pro sledovaný vzorek neklinických dětí korelační skór vyšel **0,547321**, tzn. **Silnou korelační (souhlasnou) hodnotu**. U klinické populace vyšla míra korelace **0,079798**, tzn. **vágní souhlasnost**. Obdobná rozdílnost vyšla i v rámci korelace $Afr\%$ skóru a skóru ROR efektivity.

Pro sledovaný vzorek neklinických dětí korelační skór $Afr\%$ a Afektivity vyšel

⁷⁵ Odkaz na Exner's comprehensive system

0,460809, tzn. silnou korelační (souhlasnou) hodnotu. U klinické populace vyšla míra korelace **0,145984**, což značí vágní souvztažnost.

V rámci interpretace lze konstatovat, že **snížené Afr%** skóre jakož snížená tendence vyhledávání emočních podnětů **snižuje celkovou adaptabilitu organismu na prostředí a tendenci vyhýbat se afektivním podnětům.**

Četnost odpovědí v indexu Morg. uvádí tabulky rozptylu.

V rámci celého sledované výzkumné populace, na první plusové volby byla nejčastěji uváděna II.tabule, v druhé plusové volbě X.tabule. Na první místo v rámci indexu Morg. byla uváděna I.tabule a ve druhé volbě tabule IX. a X.

CELEK	Morg +I.	Morg.+II	Morg. -I.	Morg. -II
I.	6	2	17	1
II.	11	0	5	5
III.	8	6	4	2
IV.	1	3	6	6
V.	10	11	3	6
VI.	0	3	4	4
VII.	4	2	7	4
VIII.	2	2	4	2
IX.	8	4	1	7
X.	2	12	1	7

Obr. 10 Tabulka rozložení četnost rozložení tabulí v rámci Morg. indexu, oba sledované soubory

V rámci klinického souboru, Morg. index zobrazuje rozptylová tabulka. Na první plusové volbě byla nejčastěji uváděna V.tabule, v rámci vyhodnocení rozptylové tabulky, byla V.tabule řazena ve druhé plusové volbě. V první minusové volbě pak byla nejčastěji uváděna I.tabule. Ve druhé minusové volbě byla nejčastěji uváděna X.tabule.

Rozptyl	Morg +I.	Morg.+II	Morg. -I.	Morg. -II
I.	4	2	5	1
II.	5	0	3	3
III.	4	3	4	1
IV.	1	1	4	2
V.	7	6	1	4
VI.	0	3	2	2
VII.	1	0	4	1
VIII.	2	1	3	1
IX.	4	2	1	3
X.	0	5	1	7

Obr.11 Tabulka rozložení četnost rozložení tabulí v rámci Morg. indexu, klinický soubor

V rámci neklinického souboru, Morg. index zobrazuje rozptylová tabulka. Na první plusové volbě byla nejčastěji uváděn II. tabule, v druhé plusové volbě to byla X.. V první minusové volbě pak byla nejčastěji uváděna I. tabule.

Rozptyl	Morg +I.	Morg.+II	Morg. -I.	Morg. -II
I.	2	0	12	0
II.	6	0	2	2
III.	4	3	0	1
IV.	0	2	2	4
V.	3	5	2	2
VI.	0	0	2	2
VII.	3	2	3	3
VIII.	0	1	1	1
IX.	4	2	0	4
X.	2	7	0	0

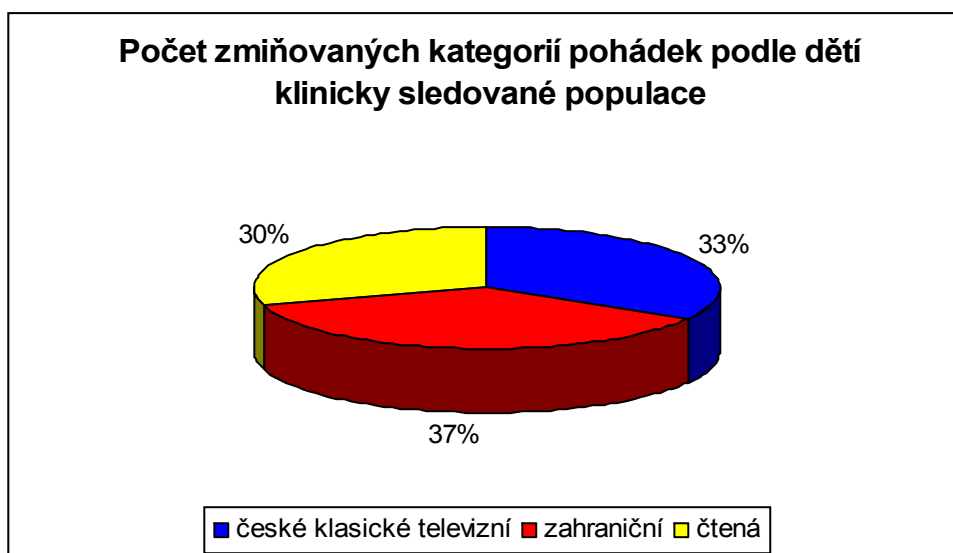
Obr. 12 Tabulka rozložení četnost rozložení tabulí v rámci Morg. indexu, neklinický soubor

V. tabule na prvním místě v indexu rozložení Morgentala se dá interpretovat jako spokojenost s realitou kolem sebe a stálého, známého prostředí. U dětí neklinických II. tabule jako zájem o emoční podněty, vztahovost.

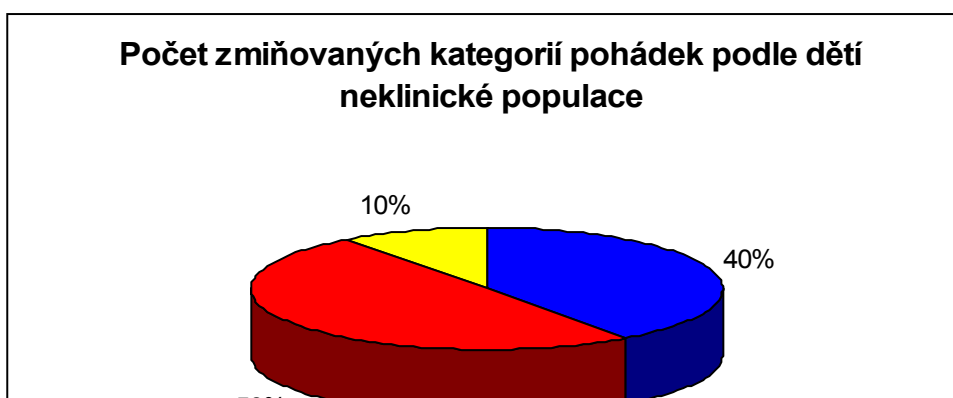
U minusového indexu pak volba X. tabule jako první minusové tabule ukazuje odklon od situací emočně náročných, nebo situací, kde je potřeba zvýšené emoční a kognitivní reaktivity. Děti z neklinického souboru pak uváděly jako první minusovou volbu I. tabuli, což se dá interpretovat jako obava z nových situací.

Oblíbená (identifikační) pohádka

Na základě obsahové analýzy typů pohádkových postav bylo zjištěno, že děti z klinicky sledované populace si častěji vybavovali čtené pohádky, mezi nimi nejčastěji pohádku o Červené karkulce, než děti ze souboru neklinického. Ty si mnohem častěji vybavovali pohádky televizní zahraniční a české „klasické“ televizní a večerníčkové.



Obr. 13 Četnost rozložení kategorií pohádek, Klinický soubor



Obr. 14 Četnost rozložení kategorií pohádek, Neklinický soubor

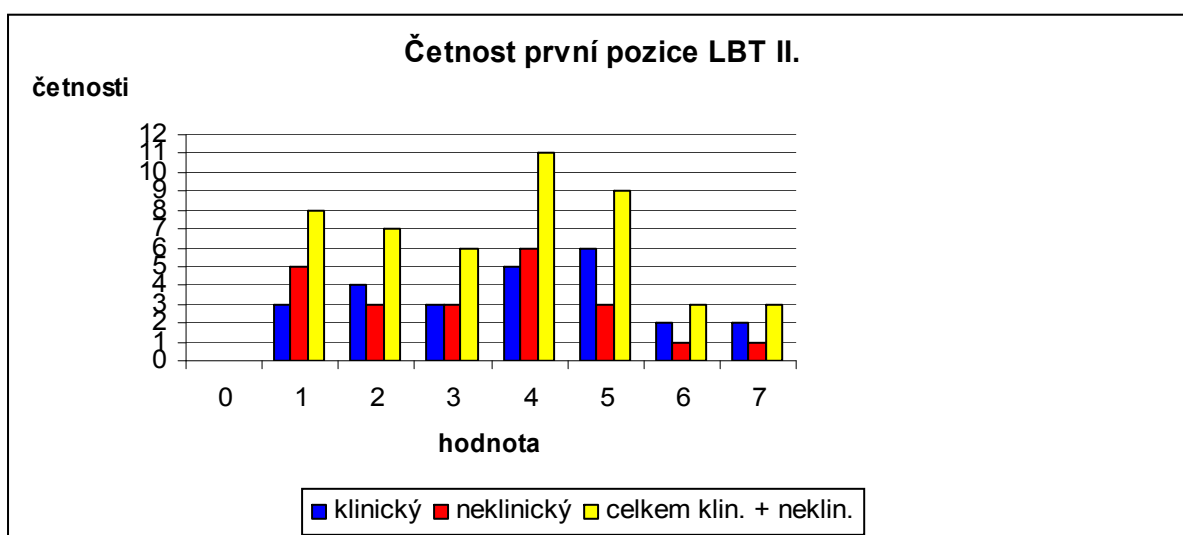
Toto zjištění může být v zásadě indikátorem, že vyjdeme-li z teorie, že čtená pohádka je podbarvena emočním vztahem posluchače a čitatele, je může to být právě emoční vazba, která se podílí na znovu-vybavení si pohádky z paměti.

Televizní pohádky, obzvláště pohádky zahraniční produkce mohou být pro děti se změněnou emoční dráždivostí spíše neatraktivní pro své množství emocionálních podnětů, akčnost, nebo složitost příběhu a složitosti představených postav.

Zhodnocení užitého LBT u dětí

Na základě sledování prvních pozic II. výkonové řady se mezi sledovanými populacemi neprokázaly zjevné rozdíly mezi srovnávanými soubory dětmi.

U obou sledovaných souborů, klinického i neklinického nebyla prokázána žádná a stabilita v pořadí zařazovaných barev. Nestálost mezi I. – adaptační řadou a II. výkonovou v rámci celé populace je možné interpretovat jako průkaz nestability emoční reaktivity, které je běžné u dětí předškolního věku. (viz. Tabulka)



Obr. 15 Četnost rozložení prvních pozic LBT, celý výzkumný soubor

Projektivní techniky administrované matkám

V rámci klinického souboru z celkového počtu čtrnácti hodnotitelných⁷⁶ kreseb Baum testu se vyskytuje u jedenácti kreseb špatně zpracované srdce stromu a jedna kresba nese celkově „patologické“ rysy.

⁷⁶ Některé kresby pro svou vágnost nemá smysl hodnotit a interpretovat. Mezi ně patří hlavně kresby schématické, vágní, narychlo nakreslené.

V rámci projektivního FDT se v I. kresbě – identifikační v celkovém počtu 9 ze 14 vyskytoval neadekvátně nízký projektivní test probanda.

U neklinického vzorku dětí, získaný počet kreseb je 7, z toho jeden strom má neadekvátně zpracované srdce stromu a jeden pro svou vágnost nelze interpretovat. U FDT, věk na prvních – identifikačních kresbách byl u čtyř kreseb ze sedmi neadekvátně nízký.⁷⁷

Obsahová analýza spontánních produktů

Na základě zhodnocení četnosti obsahů (viz tab.č. Příloha) nebyl shledán větší rozdíl v obsazích kreslených dětí se změněnou emoční dráždivostí, a dětmi neklinického vzorku. Mezi nejčastější obsahy kreseb patří dům, postavy technické předměty (auta a dopravní prostředky u chlapců). U dětí z neklinického souboru to byl dům a scénické výjevy z krajiny (louka).

V rámci interpretace lze konstatovat, že děti spíše než projektivní představu obsahu kresby, nakreslili obsah, který (obzvláště u dětí z klinického vzorku) jsou schopny zvládnout. Děti se sníženou grafomotorickou schopností a dovedností spíše kreslily postavy (ty mají dobře nacvičené ze školek) a domy.

Rozdíl v obsahu kreseb mezi sledovanými soubory, byl tedy spíše ve zjištění **rozdílu grafomotorické dovednosti a chuti využívat barvy**. Děti z neklinického vzorku častěji **využili** spektrum nabízených barevných tužek než děti ze souboru klinického. Interpretačně lze tedy konstatovat, že pokud barva funguje jako emoční podnět pro dítě, děti z neklinického souboru častěji tyto podněty vyhledávali a využívaly je než děti ze souboru klinického.⁷⁸

⁷⁷ Viz. Příloha – Tabulky a grafy č. 10:FDT a Baum test

⁷⁸ Viz. Příloha – Tabulky a grafy č. 11.:Spontánní produkty

Diskuze

Během kvalitativního sledování jednotlivých projevů úzkostí bylo sledováno zvláště vysoké množství proměnných v rámci široké baterie diagnostických testů a metod. Základní výzkumnou otázkou bylo, zda-li tato užitá testová baterie je v důsledku výzkumu funkční a optimálně zařazená. V závěru bylo zjištěno potvrzení předpokladu výzkumné otázky. Avšak ve snaze o co největší komplexnost zachycení možných projevů a spektrum vlivů a podnětů, které se mohou podílet na změně emoční dráždivosti, jsem zařadil některé metody, jejichž funkčnost se v daném zadání a kontextu neosvědčila.

Užití barvového testu LBT, které vychází z poznatků, že dítě reaguje na barvu jako na emoční podnět⁷⁹, řadí předložené barvy podle míry intenzity působení do dvou řad. První řada představuje řadu adaptační na situaci, a druhá na řadu výkonovou. Sledují se stability řad, první pozice a zařazení barev na ně jako projevy kompenzačních mechanismů. U dětí předškolního věku se projevila průřezově celou sledovanou populací nesourodost mezi první a druhou řadou a celkově nepravidelná četnost rozmístění barev na první pozice.⁸⁰ Na základě těchto zjištění lze odvozovat, že děti v důsledku nestabilního emočního prožívání, které je v rámci věkové normy běžné, na barvy reagují, ale při jejich řazení fungují jiné mechanismy zpracování, např. stereotypie, nebo náhoda (jak jim barvy přijdou pod ruce). V rámci sledování barev jako emočních podnětů, pak spíše bylo zajímavější zjištění rozdílu v četnosti užití barevných tužek a pestrosti volných kreseb dětí. Tyto se lišily jak po stránce obsahové, tak i po stránce zpracování. Obsahy kreseb dětí z klinického vzorku byly obsahově chudší, s horším zpracováním a menší pestrostí barev. Toto zjištění by odpovídalo předpokladu, že děti s úzkostnými tendencemi v rámci klinického souboru mají slabší grafomotorické schopnosti a sníženou tendenci vyhledávat emoční podněty. Nabízí se tedy kauzální výzkumná otázka, zda úzkost vzniká v důsledku kognitivních deficitů, a uvědomělou „nedostačivostí“ s vrstevníky, nebo je úzkost primární omezení kognitivně – percepčních funkcí a následných dovedností.

⁷⁹ Psychologická teorie barev hledá a vysvětluje souvislosti mezi volbou barvy a osobnostními charakteristikami. Vychází z předpokladu, že intenzita přijetí resp. odmítnutí barvy ukazuje na to, které psychologické potřeby subjekt preferuje, resp. odmítá či potlačuje, jaké formy chování užívá při jejich saturaci, event. kompenzaci nedostatečného uspokojování potřeb. (Lüscher, 1994)

⁸⁰ Viz. Tabulka č.15

Dotazník Škála rodinného prostředí byl zařazen v původním plánu výzkumu, ale z důvodu nedostatečného množství sebraných a vyhodnocených protokolů nebyl zařazen do celkového hodnocení v empirické části diplomové práce. Původně zamýšlený koncept užití tohoto dotazníku, byla snaha porovnat vztahové poměry v rodině sledovaných dětí vycházející z předpokladu, že rodiny dětí klinického souboru budou vykazovat menší míru soudržnosti s častějšími konflikty.

Důvod, proč se mi nepodařilo sehnat dostatečný počet vyplněných dotazníků ŠRP, si vysvětluji tím, že v mateřských školách, kde jsem část svého výzkumu realizoval, se rodiče dětí jednak nechtěli dlouho zdržovat vyplňováním, protože už vyplňovali další dotazníky (PSQ a anamnézu dítěte). Přesto se domnívám, že skutečným důvodem, proč dotazník ŠRP odmítali vyplňovat, je určitá tendence ochrany rodinné integrity, rodinného systému, kterou tato škála odhaluje a nabourává. Protože jsem rodiče na začátku výzkumu požádal o spolupráci, která je postavena na vzájemné důvěře a dobrovolnosti, plně jsem respektoval a akceptoval jejich odmítnutí. Vyložil jsem si to i jako jejich přirozené právo na ochranu svého soukromí.

Pro alespoň dílčí informaci o rodinách sledovaných dětí v návaznosti na anamnestický dotazník jsem u vyplňujících rodičů zjistil rodinné poměry ve smyslu, zda-li se jedná o rodinu úplnou, neúplnou nebo aktuálně se rozvádějící, bez ohledu na míru fungování jednotlivých vztahů. Toto zjišťování v sobě nemělo pro rodiče nádech „ohrožení“ z úplného odhalení rodinné integrity, a vyplňující rodiče u všech dětí tuto informaci poskytl. Věřím, že v budoucím výzkumu, poznatek o fungování rodinných systémů u dětí se změnou emoční reaktivitou ve srovnání s dětmi „zdravými“ bude hodnotným a relevantním zjištěním. Pro užití mého zjišťování jsem si musel vystačit s „pouhou“ vnější podobou rodinných systémů.⁸¹ S podobně odmítavým postojem jako u vyplňování ŠRP jsem se setkal u zadávání kreseb FDT a Baum testu. Pro děti je grafický způsob vyjádření běžným způsobem komunikace se světem. Dospělí, v obecné míře řečeno, kreslí neradi, obzvláště postavy, které vyžadují jejich větší míru pozornosti

⁸¹ Výzkum sledující souvislost mezi rodinnými poměry a poruchami afektu u mladistvých realizoval McCauley a E., Myers, K. (1992) v USA z jejich závěrů vyplývá, že v důsledku rodinné heredity a špatně nastavených komunikačních a interakčních vzorců, děti z takových to rodin častěji trpí změnou emoční dráždivostí a afektivními poruchami.,

snahy. Některé kresby pro svou obsahovou a projektivní vágnost (event. odbytost) nebylo možné hodnotit a interpretovat. Oproti situaci zadávání kreseb v rámci mateřských škol, rodiče v ambulancích klinických psychologů, kde byl výzkum rovněž realizován, byly přístupnější a ochotnější. I přes dostatečné množství času (rodiče byli upozorněni na hrubý časový odhad dopředu), kresby získané od rodičů v ambulancích byly pečlivěji propracované, což lze volně interpretovat jako větší ochotu vyhovět, nebo menší pocit ohrožení z narušení intimity. Tendenci vyhnout se nepříjemné situaci v rámci vágního propracování kreseb, lze dát do souvislosti také s pocitem ohrožení rodičů z narušení intimity, což je obdobné, jako při vyplňování dotazníku ŠRP. Zároveň se domnívám, že zde zafungovaly jejich obranné mechanismy. Někteří rodiče se při zpracování kreseb neustále v průběhu kreslení doptávali a ujišťovali (např. „K čemu vám to vlastně bude“, „Já kreslit neumím“, „No, vy si o mně budete, ale myslet že..“ apod.) a snažili se situaci různě vyhnout bez přímého sdělení - „Tohle dělat nebudu anebo nechci.“

Podobné mechanismy reagování na nepříjemnou situaci jsem zaznamenal i u dětí těchto matek (ve výzkumu tento jev nebyl více rozpracován a hodnocen, protože tato souvislost byla shledána náhodou až v průběhu sběru a hodnocení dat). Děti těchto matek, v situacích pro ně nepříjemných, se snažily vyhovět, ale odpovědi (např. v protokolu ROR) nebyly dostatečně propracovány, eventuálně tvořily jiné zavádějící slovní deriváty. Zatímco u dětí předškolního věku toto lze považovat za možnou reakci v rámci věkového období (dítě pokud nechce, tak to dává řádné najevo), v rámci dospělého věku to lze považovat buď za neschopnost vyjádření vlastní potřeby, anebo „neurotický“ návyk v podobě nesprávně naučeného chování. Toto chování dítě nevědomky přejímá po rodiči.

V rámci užití výzkumu diplomové práce, kresby rodičů (FDT a Baum test) měly jen orientačně informativní charakter a závěry z nich vyplývající vnímám jako orientační a podnět poskytující pro další výzkum v této oblasti.

Zvláštní úkol pro mě představovalo kvantitativní zhodnocení některých užitých testů, zvláště testů projektivních a kresebných. Zatímco u kresby FDT jsem si vystačil s projektivním věkem na I. identifikační postavě, Baum test jsem hodnotil z hlediska

obsahových zvláštností.⁸² Musel jsem kvantifikovat i screeningovou metodu orientačního testu školní zralosti K-J. Udělení bodů u jednotlivých subtestů K-J bylo postavené na mém subjektivním úsudku a na potvrzení klinického psychologa, opírajících se o poznatky a znalosti vývojové psychologie a vývoje dětské kresby. Ve sporných případech hodnocení jsem se obrátil na spolupracujícího klinického psychologa. Obdobně jsem postupoval při signování a následného vyhodnocení projektivních FDT, Baum test/u/ a testu ROR u dětí.

Přestože s testem ROR pracuji delší čas, dříve než jsem výzkum začal realizovat, musel jsem si osvojit základní dovednosti s tímto testem v rámci mimoškolního vzdělávání. Signování protokolů je otázkou zkušenosti a praxe. Ve sporných případech jsem se během signování rovněž obrátil s protokoly na klinického psychologa. Uvědomuji si možnou dílčí rozdílnost v případech signování a interpretování některých tabulí jinou osobou, jako důležitý však vnímám fakt, že v hodnocení celého protokolu jsem se s konzultujícím psychologem shodl.

Z výsledku hodnocení protokolů testu ROR jsem získal rozsáhlý soubor informací. Pro užití diplomové práce jsem se zaměřil hlavně na možné úzkostné projevy v rámci protokolu. Východiskem pro zpracování a určení populárních obsahů mi byla nápomocná tabulka vytvořená Morávkem (viz. Kapitola Aplikovaná metodika a užití testu ROR u dětí)⁸³. Obsahy, obsahově Ne-populární jsem vyhodnocoval na základě dalších dostupných materiálů. (Morávek in Říčan, Krejčířová, 2006) Syntézou a studiem uvedeného materiálu jsem si vytvořil určitý teoretický rámec pro signování dětských protokolů. Z uvedených přístupů jsem pro signování užil nejen Comprehensive system navržený Exnerem (Polák, 2007), ale také jsem sledoval speciální a zvláštní fenomény navržené Böhmem (Říčan, 1981), s doplněním relevantních informací v rámci Morgentalova indexu a podle interpretace vybraných vrstev chování (II. a IV. Vrstva)⁸⁴. Vyhodnocení dětských protokolů se tímto pro mě stalo výzvou a vnímám ji jako formu psychologického undergroundu s potřebou flexibilního kombinování různých přístupů při hodnocení a interpretaci.

⁸² K dohledání vybraných obsahových zvláštností jsem použil materiál ke kursu FDT a příručka Baum test Zdeňka Altman (Altman, 2002). Dr. Altman bohuže nezpracovává ve svých pracích problematiku klinického obrazu narušené osobnostní charakteristiky nebo vztahovosti. Hodnocení jsem tak dále utvářel na základě předchozí zkušenosti a ve spolupráci s klinickým psychologem.

V rámci užití skóru Afr% (Böhmem označované Frb%) v intervalu „Exnerovských“⁸⁵ norem jsem shledal rozdílnosti s mým sledovaným souborem jak u klinického souboru, tak i u neklinického souboru. Většina dětí v mém souboru průměrově nezapadají do intervalu navrženém Exnerem. Tento jev si vysvětluji rozdílnostmi mezi dětskou populací v USA a dětskou populací v ČR. Nevylučuji však možnou odchylku v nedostačivě velkém, mnou zkoumaném souboru. Dále jsem shledal některé rozdílnosti pro mě dostupným a užitým teoretickým materiálem a mnou zpracovanými protokoly dětí. Mezi tyto rozdílnosti řadím především některé změny v populárních obsazích ve srovnání s normou vytvořenou Morávkem. Nepotvrdil se mi předpoklad, že tzv. strachové obsahy (bubáci, čerti, včely, vosy, zuby, ostří, atd.) souvisí s anxiózní pohotovostí dítěte. (Říčan, Krejčířová, 2006) Na základě zjištění v rámci zkoumaného souboru docházím k předpokladu, že tyto obsahy jsou běžným projevem a součástí „magického“ světa předškolních dětí bez signifikantnější spojitosti s úzkostí nebo se změněnou emoční dráždivostí. Toto zjištění je však potřeba ověřit další praxí a výzkumem.

Zajímavým úkolem pro mě bylo zhodnocení pohádkových příběhů a postav. Z důvodů složitosti, nevhodnosti způsobu a nedostačivé erudice v oblasti psychoanalytických a jungiánských výkladu pohádkových postav a příběhů jsem se nakonec rozhodl pro pohádky, které mají děti uvedeného souboru nejraději. Nahlédnout na formu, kterou jsou příběhy sdělovány a na základní obsah příběhu. Interpretace těchto pohádek je postavena na čistém subjektivním náhledu s premisou, že děti se identifikují s tou pohádkou a pohádkovou postavou, která jim nabízí identifikační vzor, nebo kompenzaci jejich vlastní „nedostačivosti“. (Franz, 1998)

Byly definovány tři základní kategorie formy (viz. Obr. 13 a obr. 14), ve kterých se ukázalo že spíše než projektivně identifikační prvek, vybavení pohádky bylo pro dítě „testovou situací“, kde si děti z klinického vzorku vzpomněly na pohádky „klasické“ nebo pohádky podbarvené emoční komponentou čteného příběhu. Toto zjištění může být v zásadě indikátorem, že vyjdeme-li z teorie, že čtená pohádka je podbarvena emočním vztahem posluchače a čitatele, může to být právě emoční vazba, která se

⁸⁴ Meriho vyzívací charakter ROR tabulí. (Mathé)

⁸⁵ Exnerové uvádí interval pro pěti a šestileté děti 0,57 až 1,05 (Polák, 2007)

podílí na znovu-vybavení si pohádky z paměti z důvodu že je silnější než představený „citově“ chladnější podnět v televizi.⁸⁶

Pro děti se změnou emoční dráždivosti a se změnou emoční reaktivitou se obtížněji vybavují televizní pohádky, je možné že obzvláště pohádky zahraniční produkce, jsou pro ně spíše neatraktivní pro své množství emocionálních podnětů, akčnost, nebo složitost příběhu a složitosti představených postav. Dítě si proto k nim obtížněji nachází pozitivní vazbu, z hlediska toho že ji prostě z důvodu akčnosti a rychlosti předkládaných podnětů nestihne vytvořit.⁸⁷

Na druhou stranu, srovnáme-li množství vybavených „Červených Karkulek“ s množstvím neúplných rodin u dětí z klinického souboru, interpretace identifikace s „opuštěnou“ Červenou Karkulkou (preferovanou postavou pohádky) nemusí být tak úplně nemístná.⁸⁸

V závěru zhodnocení užitých metod jsem pak stál před komplikovaným úkolem, statisticky porovnat a vytvořit závěr podpořený nejen kvalitativním zhodnocením, ale také statistickým výpočtem. Postupoval jsem tedy na základě logické souvislosti jednotlivých testů a hledal cesty, které by poskytly porovnání.

Hlavním cílem práce bylo porovnání výsledků dosažených v jednotlivých testech. Z tohoto důvodu jsem si vystačil s prostým znázorněním výsledku, eventuálním rozdílem mediánů nebo průměrných hodnot.

Kresebné metody jsem v tomto směru hodnotil na základě obsahové a formální analýzy v omezení na scénický obsah s myšlenkou, že tento obsah může projektivně souviset

⁸⁶ Rozsáhlý výzkum na zvířatech ukazuje, že klíčovou složkou v procesu ukládání (a znovuvybavování) z paměti by mohly být funkčně stresové hormony a anatomický komplex amygdaly. (Cahill, McGaugh, 1998)

„Podle hypotézy autorů, kterou ověřovali trvalost retence emočně vzrušivých a citově neutrálních filmů, se běžné prožitky ukládají na různých místech v mozku s malým nebo i žádným podílem aktivovaných stresových hormonů nebo aktivace amygdaly.“ (Kulišťák, 2003, str. 195)

⁸⁷ Během zjišťování tohoto poznatku a výzkumu k tématu mé napadla otázka, do jaké míry jsou projevy úzkosti spojeny s omezenou funkcí levé hemisféry, která lateralizuje kladné emoce, zatímco záporné emoce směřující k vyhnutí, jsou umístovány do hemisféry pravé (Kulišťák, 2003). Otázka „proč si úzkostné děti spíše vybaví postavu Červené karkulky než Spidermana, když jsou oba červení?“ však nebyla součástí ani předmětem diplomové práce. Spíše se nabízí jako podnět pro zpracování úzkosti, změněné emoční dráždivosti u dětí z neuropsychologického hlediska.

s prožíváním dítěte, dále pak úroveň a vyspělost propracování formy obrázků a užití pestrosti barev. Tyto veličiny jsem nijak nepropočítával, ale srovnával. Proto jsem se ve všech užitých technikách zaměřil hlavně na projevy úzkosti a na změněnou emoční dráždivost v užitých testech. Sledoval jsem celkový obraz výsledku testů i jednotlivé faktory popisující a vystihující znaky úzkosti. Hodnocení tedy celé užití testové baterie je na základě dílčích částí, logické souvislosti opřené jak o manuály a statistické hodnocení testů a dotazníků, tak i o poznatky z vývojové psychologie a o poznatky z vývoje dětské kresby.⁸⁹

Zvláště složitým a náročným místem realizovaného výzkumu vnímám statické zhodnocení celé užití baterie testů a metod. Dotazníky, které vykazují standardizované skóre bylo možné bez větších komplikací porovnávat mezi sebou (korelace PSQ a TQ). V orientačním testu školní zralosti K–J jsem si dosadil za každý splněný úkol jeden bod. Vycházel jsem tak z původního Kernova tří bodového hodnocení, které vnímám jako jednoduché a přehledné. (Svoboda, 2000) Na základě tohoto hodnocení bylo možné tento orientační test zhodnotit a získat bodový rozptyl v rámci souborů. Dále tyto skóry nebyl problém srovnat např. s dílčí informací Afr% (tendence vyhledávat emoční podněty) z testu ROR, nebo míru afektivity a adaptace (tyto hodnoty bylo možné mezi sebou také porovnat a byla zjištěna vzájemná souvislost). Problém srovnání nastal zvláště v celkovém hodnocení testů ROR, K–J, dotazníky PSQ, TQ a spontánních produktů, proto jsem se rozhodl srovnávat relevantnost a korelace jednotlivých subtestů, a položek (včetně položek z anamnestického dotazníku), které byly skórovatelné a zjevně souvisely se změněnou emoční dráždivostí dětí. Výsledek pak zahrnuje začlenění do suspektivního rozčlenění na děti : OK – bez zvláštní emoční dráždivosti, ZED – zvýšenou emoční dráždivostí, SED – sníženou emoční dráždivostí a CITLIVOST – děti citlivější, ale bez zjevných úzkostí. Tato zjištění pak byla porovnána se zjištěními klinických psychologů a pedopsychiatrů, v jejichž péči jsou děti z klinického souboru vedené.

Závěrem diskuze do praxe, v rámci konsistentní a funkční diagnostiky dětí je potřeba co nejširšího spektra informací, jak ze strany rodiče, učitele v mateřské škole tak ze strany

⁸⁸ Psychologický výklad pohádek z hlediska smyslu vyprávění dle jungovské archetypové psychologie rozpracovává Marie – Luise von Franze v publikaci Psychologický výklad pohádek (Franz, 1998)

⁸⁹ Inspiraci a studijní materiál jsem čerpal z prací Z. Matějčka (Matějček, 1991), učebnice vývojové psychologie (Vágnerová, 2000) a Pogádyho (Pogády, 1993) kde byla dětské a kresba a diagnostika více rozpracována jak z hlediska obsahového tak i hlediska formálního zpracování.

dítěte. Užitou testovou baterii v rámci výzkumu v empirické části vnímám jako funkční, s přihlédnutím na zbytečnost užití LBT testu. Dalo by se namítnout, že nebyla hodnocena intelektově – vývojová stránka dětí za pomoci „pevnější metody“ (například S-B v revizi Therman Merill). Sám tohle vnímám jako částečný nedostatek. Náhradou byl užit K-J orientační test školní zralosti, který se prokázal jako plně funkční u dětí bez kognitivně- percepčních a psychomotorických deficitů (zde by užití vývojové škály bylo rozhodně na místě).

Je možné konstatovat, že rozsáhlé užití aplikované metodiky se v rámci praktické potřeby dá různě modifikovat. Například místo klinického dotazníku Connersové PSQ vyplněné rodičem je plně nahraditelný efektivnějším klinickým pohovorem s rodičem. Z toho by měl vyvstanou subjektivní náhled jak na chování dítěte v rámci rodiny, tak i částečný náhled do fungování rodinného systému a fungování matky samotné. Za stěžejní považuji zjištění, že diagnostikovat u dítěte úzkostnou poruchu, nebo projevy z pouhého pozorování v jeho přirozeném prostředí (prostředí školky) je obtížné a může vést k mylným závěrům.⁹⁰ Diagnostika úzkostí postavena na klinickém pozorování v testové situaci může být zavádějící, stejně jako pozorování v přirozeném prostředí dítěte, které je pro něj známé a umí se v něm pohybovat. Pozorování vystihne schopnost adaptace, ale už ne její efektivitu a nemusí vystihnout klíčové mechanismy které dítě využívá. V takovémto případě by examinátor musel trávit v přirozeném prostředí spoustu času a dítě pozorně sledovat. Tolik času však má málokdo. Užití testů v rámci testové situace může (ale také nemusí) nabídnout examinátorovi model. Model ve kterém je v malém měřítku náhled jak na vnější fungování dítěte do okolí (schopnost adaptace na novou situaci, výdrž, schopnost spolupracovat a další) tak i na jeho funkční osobnostně strukturální mechanismy zvládnání.

V rámci diagnostiky vnímám důležité zjištění míru emoční dráždivosti a tendenci vyhledávat a využívat emoční podněty a obsahy. Jako indikátor se mi osvědčila jak spontánní kresba pastelkami, tak i užití testu ROR. Do budoucího zjišťování, obzvláště u širší věkové vyšetřované populace vnímám jako klíčové doplnit testovou baterii o některou z intelektově - vývojových škál. V rámci DP jsem si vystačil s úzkou věkovou normou podpořenou užitím orientačního „výkonového“ testu Kern – Jirásek.

⁹⁰ Také měrou validity a reliability pozorování se zabývá ve své práci *The art of Assesment in psychology: Ethic, expertise and Validity* James A. Mates. (Mates, 1999)

Na základě těchto zjištění pak vytvořit výstup do praxe, ať už z hlediska rodinného fungování, nebo fungování ve mateřské škole. Pozměnit vnější podmínky tak, aby i dítě mohlo začít měnit svůj nastavený vnitřní rámec a podpořit efektivitu adaptačních mechanismů.

Jako relevantní proměnou v průběhu spolupráce s dítětem, vnímám i fakt samotné osobnosti a přístupu examinátora, zahrnující jeho míru otevřenosti, hravosti, flexibility a upřímnosti. Během sběru dat jsem se setkal pouze v jednom případě s vyloženou nespoluprací dítěte. (Vyšetření bylo odloženo na jindy a rozděleno nadvakrát). Během testové situace jsem se vždy snažil klást důraz na přirozenost situace, kompetentnost dítěte i míru jeho porozumění testové situaci, začlenění diagnostických technik a metod s ohledem na aktuální schopnost a dovednost dítěte. (např. v případě, není-li dítě schopno pomalu nenakreslit lidskou postavu, nebudu ho trápit kresbou začarované rodiny). Tato zjištění si nesu jako cenný poznatek do budoucí praxe.

Žádné z dětí nebylo dopředu motivováno odměnou, pominu-li případ kdy si to ve školce řekli mezi sebou. Sebekriticky přiznávám, že pro spolupráci jsem si vybral školky kde jsem měl ideální podmínky pro examinační a někdy byly děti uváděny do testové situace slovy paní učitelky: „ tak a teď si budeš chvíli povídat a kreslit tady s tím pánem.“ V tomto poznatku vnímám další zajímavou výzkumnou otázku v míře rozdílné reaktivity a spolupráce dítěte s examinátorem – mužem nebo examinátorem (examinátorkou) – ženou. Tuto problematiku však přenechám kolegům zabývajících se genderovou problematikou.

Poznatek diskuze do terapeutické praxe

S ohledem na omezený, a možný vágní výsledek užitých FDT a Baum testu, ze kterého bylo naznačeno, že maminky úzkostných dětí mají často problém samy se sebou a svou identitou, popř. mají jiné problémy se svou osobností a vztahy, lze konstatovat, že projevy úzkostí u dětí jsou signifikantně spojeny s rodinným prostředím a osobností matky (s odkazem na další výzkumné práce). Matka s inkonguentním self, tento nesoulad přenáší na dítě a tím zvyšuje svou neporozumitelnost pro dítě (a nejen pro něj), čímž dítěti nevědomky nabízí nesrozumitelný vzorec k porozumění světa a jeho fungování v něm je pak spojeno se stenickou úzkostí vyplývající z nečitelnosti a nejistoty.

Je možno konstatovat, že pro terapeutický efekt předškolních dětí je role pečující osoby klíčová.

S ohledem na stálost a bezpečnost terapeutického prostředí pak vystává potřeba pracovat s dítětem samotným (ve fázi získání důvěry a následné podpory autonomie), matkou (v rámci kontextu individuální psychoterapie) a paralelně se vztahovou interakcí matka - dítě. V rámci této diády by měla být posilována autonomie matky a její kompetentnost v péči o dítě během terapeutického procesu, kde se matka učí naslouchat jak sama sobě, tak i svému dítěti. Za pomoci terapeutické facilitace pak oba mohou získat pozitivní vztahovou kompetenci jak k sobě navzájem tak i k sobě samotným, kterou si mohou přenést do dalšího prostředí a situaci mimo psychologickou laboratoř nebo hernu.⁹¹

Zatímco neshledávám relevantnější souvislost v závislosti průběhu a efektivity diagnostického procesu v prostředí školky nebo v ambulanci (tento faktor mnou realizovaný výzkum nesledoval), vnímám prostředí za relevantní faktor v otázce úspěšnosti terapie, nebo edukace rodiče.

Zatímco rodinní psychologové vstupují přímo do rodin, školní psychologové do tříd, tak psycholog ve školce může vyhledávat a pracovat s dítětem přímo v jeho prostředí. Srovnáním faktorů postihující úzkost TQ a PSQ dotazníků vyplývá že ani rodiče, ani učitelé nemusí být vždy dostatečně citliví na nezjevně prožívanou úzkost u dítěte.

Terapeutický a diagnostický proces v prostředí školky vnímám jako méně násilný pro všechny zúčastněné a změna nebo možná doporučení je možné realizovat někdy takřka ihned na místě. Změnu je možné realizovat jak za pomoci učitelek v mateřské školce, tak i rodiče samotného. Příkladem takové externí profese docházející do prostředí školky je klinický logoped.

Tento podnět k zamyšlení jsem dostal jednak od samotných učitelek v mateřských školách, tak mě k němu přivedla reálná situace z prostředí školky. Samotné učitelky, obzvláště ve speciálních třídách volají po otevřenosti psychologů docházet do přirozeného prostředí dítěte, ať už z důvodů diagnostických (nejen školní zralosti), tak i

Možnosti terapeutického užití a intervence nedirektivním přístupem u dětí rozpracovala V. Rezková a J. Vymětal v Rogersovském přístupu k dospělým a dětem (Rezková, Vymětal 2001) a v Nedirektivní psychoterapii hrou (Rezková, 1999).

terapeutických. Tato potřeba vychází z reálné potřeby zvláště psychologů klinických pracujících v nemocnicích, pod které některé speciální školky spadají.

Závěr

V rámci porovnávání dvou souborů dětí, klinického, složeného z celkového počtu 28 dětí a neklinického souboru v počtu 24 dětí byly zjišťovány rozdíly:

1. Klinické charakteristiky výzkumného vzorku dětí v souvislosti s úzkostí a změněnou emoční reaktivitou.
2. Rozdílnosti v délce mateřské dovolené a průběh adaptace dítěte do mateřské školy.
3. Sledování rozdílů v kontextu užitých projektivních metod zaměřené na osobnost dítěte, jeho kognitivní úroveň, emoční reaktivitu, způsob přizpůsobení a dynamiku osobnosti.
4. Informace získané jak od dítěte samotného, tak od jeho primárně pečující osoby a učitele/lky MŠ.

V rámci sledování rozdílů klinické charakteristiky výzkumných souborů byly shledány rozdíly ve vykazování nadměrné úzkosti spojenou s odloučením nejbližších vztahových osob, rozdíly v délce kojení, míře četnosti somatických (tělesných projevů) a častějšího výskytu rodinné heredity úzkostných poruch a nálad u dětí z klinického souboru oproti dětem ze souboru neklinického.

Dále byly zjištěny rozdíly mezi soubory ve změnách emoční dráždivosti s častějším výskytem u dětí klinického souboru.

V rámci sledované výzkumné populace, děti klinického souboru pochází častěji z rodin kde je pouze jeden rodič, nebo rodin aktuálně se rozvádějících.

Ve srovnání průběhu adaptace na mateřskou školu děti z klinického souboru vykazovaly horší průběh adaptace v začleňování do prostředí mateřské školy. Nebyly však shledány zásadní rozdíly v dřívějším věkovém, nebo pozdějším věkovém začleněním mezi oběma sledovanými soubory.

Děti z klinického souboru měly, nebo získaly odklad školní docházky o 1 rok v procentuálně signifikantnějším rozdílu než děti ze souboru neklinického.

V rámci sledování souhlasnosti klinické charakteristiky chování dítěte vyplňované rodičem (Connersové dotazník PSQ) a klinické charakteristiky chování dítěte vyplňované učitelem/kou v mateřské škole (Connersové dotazník TQ) bylo zjištěno, že tyto dotazníky vzájemně silně korelují, avšak v rámci sledovaných faktorů je korelační koeficient vágní. Na základě tohoto zjištění nelze relevantně posuzovat míru úzkostných projevů u dítěte v rámci sledovaných souborů.

Během klinického pozorování v rámci testové situace nebyly shledány zvláštní rozdíly v projevech chování a schopností spolupráce mezi testovanými dětmi zařazených do souboru klinického i neklinického.

Využitím orientačního testu školní zralosti K-J byly zjištěny rozptylové rozdíly dosažených skóre ve prospěch dětí z neklinické populace oproti populaci klinické. Lze tedy predikovat (s odkazem na odbornou literaturu, Svoboda 2000, str.) horší úspěšnost v rámci prvního ročníku ZŠ u dětí neklinického souboru a celkově slabší grafomotorickou koordinaci. Srovnáním testu K- J s mírou emoční dráždivosti byla zjištěna souhlasná korelace mezi tímto testem a změnou emoční dráždivostí.

V rámci užití testu ROR byla zjištěna oslabená tendence vyhledávat emoční podněty dětí zařazených do klinického souboru. Byla sledována korelační souvislost mezi tendencí vyhledávat emoční podněty a adaptací. Korelace mezi adaptací a tendencí vyhledávat emoční podněty byla signifikantně silnější u dětí z neklinického souboru. Lze tedy předpokládat, že v rámci adaptačního procesu dětí se změnou emoční dráždivostí vstupují do hry jiné, blíže nespecifikované faktory, které dětem z neklinického souboru pomáhají vyrovnat se s novými situacemi.

V rámci sledování percepčně kognitivního zpracování podmětových tabulí, byl zjištěn častější výskyt fenoménu *Pars pro toto* (z detailu se odvodí celek), častější výskyt slabých forem zpracování a častější výskyt CF (barva-tvar) zpracování podmětových skvrn u dětí z klinického souboru oproti dětem ze souboru neklinického.

Po obsahové stránce nebyly shledány signifikantní rozdíly v celkovém množství opovědí a množstvím strachových a anatomických obsahů mezi oběma sledovanými soubory.

V návaznosti na předchozí, index Morg. nabízí vysvětlení, že z tohoto důvodu tyto děti mnohem častěji dávají na první místo v plusové volbě V. tabuli, která pro ně představuje emočně minimálně zabarvený a svou formou známý podnět. Naproti tomu nejčastěji uváděnou tabulí na prvních místech u dětí z klinického souboru byly tabule II. a X., které nabízí prostor pro emoční zpracovávání, což lze vágně interpretovat jako otevřenost a radost z emočních podnětů. U obou srovnávaných souborů byla nejčastěji odmítanou tabulí v indexu Morg. I. tabule, tabule adaptační.

Tato zjištění vedou k závěru, že děti z klinického souboru vykazovaly častější percepčně kognitivní deficity se změněnou emoční reaktivitou, která se projevuje horší efektivitou fungování adaptačních mechanismů na nové prostředí a situace. To však nemusí nutně znamenat, že se dítě této situaci nepřizpůsobí, situaci se přizpůsobí, ale výsledek nemusí být vždy efektivní z důvodu nevyužití svých další dílčích schopností a dovedností, např. intelektu.

Ve srovnání a hodnocení řad a výběru barev v testu LBT se neprokázala relevantní použitelnost tohoto testu v rámci empirického užití u dětí předškolního věku.

Z důvodu nedostačivého množství získaných protokolů a neadekvátního zařazení do užitých testových baterií, jsem Škálu rodinného prostředí nehodnotil ani neinterpretovat.

Na základě zjištěného tedy vyplývá:

Výzkumná otázka 1

Je diagnostická baterie složená z testu ROR, LBT, testu školní zralosti K-J, z anamnestických údajů o dítěti, výpovědi rodičů v rámci dotazníku Connersové PSQ a výpovědi učitelů o dítěti v rámci dotazníku TQ (CTQ) plně funkční a dostačující pro diagnostiku změněné emoční reaktivity dětí u dětí předškolního věku?

Na základě kvalitativního zhodnocení uvedené testové sady lze konstatovat, že ji lze plnohodnotně využít v rámci psychodiagnostického procesu. Zvláště test ROR v kombinaci s anamnestickými údaji o dítěti, K-J, a dotazníkem Connersové TQ, vyplněné učitelem a dotazníkem Connersové PSQ vyplněnou rodičem dítěte.

Stanovená Hypotéza 1

Existuje signifikantní rozdíl ve strachových obsazích v užití testu ROR mezi dětmi se změněnou emoční reaktivitou a dětmi bez zvláštností emočního prožívání předškolního věku.

Hypotéza 1 se nepotvrdila.

Na základě užití testu ROR lze konstatovat, že v rámci populace 52 dětí, z toho 28 dětí se změněnou emoční reaktivitou a 24 dětí neklinického soboru, se nepotvrdil signifikantní rozdíl v míře výskytu strachových obsahů mezi úzkostnými a neúzkostnými dětmi.

Stanovená Hypotéza 2

Diagnostiku změněné emoční reaktivity lze postavit pouze na výpovědi rodiče za použití klinického dotazníku Connersové PSQ v kombinaci s informacemi získaných z klinického dotazníku Connersové TQ (CTQ) vyplněnou učitelem v mateřské škole.

Hypotéza 2 se nepotvrdila.

Na základě korelace mezi dotazníky TQ a PSQ se sice potvrdila silná korelace mezi těmito dotazníky. Korelace Anxiózních faktorů těchto dotazníků u dětí se změněnou emoční reaktivitou vyšla jako korelace – vágní. Nelze proto na základě výpovědi rodiče a učitele MŠ /výpovědi PSQ a TQ dotazníků/ s určitostí diagnostikovat změněnou emoční reaktivitu u dětí, obzvláště ne u dětí úzkostných.

Domnívám se, že problematika diagnostiky a následné péče úzkostných poruch u dětí předškolního věku by měla být předmětem dalšího zkoumání a následné aplikace do praxe. Plasticita organismu a míra adjustace dítěte předškolního věku je dostatečně vysoká, aby se minimalizovalo nebezpečí chronifikace úzkosti, která v pozdějším věku může přerůst v neurózy, poruchy afektivity, nebo jiné psychické onemocnění, které výrazně mohou omezit kvalitu lidského života a fungování v něm (s odkazem na teorie zmíněné v teoretické části diplomové práce). Přeci jen, vše co potřebuji znát jsem se naučil v mateřské školce.

SOUHRN

Diplomová práce s názvem *Úzkosti v předškolním věku: Diagnostika a léčba* se zabývá mapováním jednotlivých oblastí, které mohou podmiňovat vznik úzkostí u dětí předškolního věku.

V diplomové práci vycházím z celostního, holistického přístupu, při kterém usiluji o syntézu některých dosavadních teoretických přístupů, poznatků, výzkumných zjištění a svých empirických zkušeností. Vlastní obsah jsem rozdělil do dvou částí, z nichž první je teoretická a vytváří výchozí pozici pro část druhou-praktickou.

V teoretické části diplomové práce je rozpracována charakteristika věkového období předškolního věku mezi třetím až šestým rokem věku, vybrané přístupy k problematice vzniků a projevů úzkostí, její diagnostiky, komorbidity a léčby. Ve vybraných kapitolách se opírám o některá teoretická východiska a modely ego-psychologické školy, sociálně dynamického přístupu a humanistického přístupu k problematice úzkosti, s ohledem na vývojová specifika dětí předškolního věku a komorbiditu úzkostí s dalšími onemocněními.

První kapitola teoretické části diplomové práce se zabývá vývojovými specifiky v rámci normy dětí předškolního věku. Předškolní věk pro potřeby diplomové práce je myšlen jako věk od tří do šesti let věku dítěte. V rámci kapitoly Vymezení předškolního stádia je na problematiku nahlíženo z hlediska popsání normy psychomotorického, sociálního a kognitivního vývoje. Kapitola dále rozpracovává některá specifika vývoje kresby a vývoje identifikačních procesů u dětí ve věku tří až šesti let.

Specifika úzkostných poruch a jejich projevů u dětí předškolního věku jsou zařazeny do druhé kapitoly diplomové práce. Ta popisuje terminologické vymezení „strachu“ a úzkostí u dětí, jejich klinický obraz a projevy, např. enurézy, tiky, a jiné somatické příznaky, řečové poruchy. V této kapitole je dále rozpracována klasifikace úzkostných poruch v dětském a dorostovém věku podle MKN X. (ICD10) a prevalence úzkostných poruch. Rozsáhlou část kapitoly tvoří rozpracování sociálního vývoje v kontextu úzkostných projevů s odkazem na teorie psychosociálního vývoje Erika Eriksona.

Problematika tohoto vývoje je rozpracována na úrovni od narození do šesti let života dítěte a zahrnuje projevy chování s ohledem na sociální kontext a rozvoj poznávacích a identifikačních procesů.

S ohledem na rozmanitost přístupů, uplatňovaných k vysvětlení vzniku úzkostných poruch, byl koncept třetí kapitoly postaven na popisu a vysvětlení jednotlivých psychologických škol a jejich přístupů. Kapitola zahrnuje koncept psychoanalytické – analytické školy a neopsychoanalytické školy s odkazem na práci K. Horneyové a H.S. Sullivana. Behaviorální náhled postavený na teorii, že úzkost je naučená forma chování, sleduje koncept vzniku úzkosti jako proces učení. Protipólem behaviorálním a dynamickým teoriím je pak zařazení humanistického náhledu na vznik úzkostí s odkazem na filozofický, kulturní koncept a koncept sebepojetí od Carla Rogerse. Biologické koreláty a projevy úzkosti v organismu a CNS jsou zahrnuty do práce z toho důvodu, že na ně navazují v kapitole, kde se zmiňují o možnosti terapie pomocí psychofarmak (kapitola Psychofarmakologie). Závěr kapitoly tvoří přístup mapující oblast rodinného prostředí jako jeden z možných vlivů podmiňující změnou emoční reaktivitu u dětí předškolního věku.

Pro komplexní a přesnou diagnostiku úzkostí je potřeba rozlišit strachové úzkostné projevy u dítěte, jejichž výskyt je v rámci věkové normy považován za běžný. Jedním z takových běžných procesů je projev separace. Zmiňují se o vývoji separace u dítěte, jak popisují práce Margaret Mahlerové (vývoj separace) a práce Zdeňka Matějčka. Ten rozpracoval teorii specifického citového vztahu k pečující osobě v raném vývoji dítěte.

V kapitole Psychodiagnostika úzkostných poruch je začleněný odkaz na anamnesticky sledované oblasti, problematika užití dotazníkových metod, užití kresby u dětí a vybrané projektivní testové metody, začleňované do testových baterií a užívaných k diagnostice úzkostných projevů a poruch.

Krátkou, samostatnou kapitolu tvoří diagnostická kritéria Separační úzkosti. Diagnostická kritéria zmíněna v této kapitole vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí X. a DSM IV. V návaznosti na diagnostická kritéria separační úzkost je do práce zahrnuta následná samostatná kapitola, která shrnuje možnou komorbiditu úzkostí s jiným, primárním onemocněním, např. S Generalizovanou úzkostnou poruchou,

Posttraumatickou stresovou poruchou, s depresí, úzkost v kontextu syndromu ADHD, nebo úzkost v kontextu Specifických vývojových poruch řeči nebo Pervazivních vývojových poruch (autismu).

V projevech úzkostných poruch hrají důležitou roli přirozené obranné mechanismy. Koncept kapitoly je postavený na základě sledování vývoje dítěte a ego obrany jsou seřazeny od raných-primitivních až po vyšší-složitější mechanismy, které využívají děti předškolního věku.

Závěr teoretické části diplomové práce tvoří konceptuální shrnutí obecného využití psychoterapie u předškoláků. Těžiště celé kapitoly je v popsání a zajištění podmínek pro efektivní psychoterapeutickou intervenci, zahrnující koncept prostředí, procesu (terapie hrou, nebo arterapie), přístup terapeuta k dítěti a problematiku farmakoterapie dětí s úzkostnými projevy a se změnou emoční dráždivosti.

Empirická část diplomové práce navazuje na předchozí teoretickou část. V rámci ní (empirické části) byla sledována a zpracována problematika vlivů, které mohou podmiňovat vznik úzkosti u dětí a jejich projevy v rámci vyšetření proběhlých v prostředí mateřských škol a ambulancích klinické psychologie. Za pomoci srovnávací statistiky byly srovnávány dva soubory dětí předškolního věku, celkem 52 dětí. Do klinického souboru bylo zařazeno celkem 28 dětí, které již jsou v péči dětského klinického psychologa a pedopsychiatra a vykazují znaky a rysy úzkosti. Do neklinického souboru bylo zařazeno celkem 24 dětí, které nejsou nikde vedeny v péči psychologa ani pedopsychiatra, bez zjevných rysů úzkosti. Závěry výzkumu byly vytvářeny na základě hodnocení vztahově blízké osoby, pedagoga, anamnézy dítěte, analýze spontánních produktů dítěte, klinického pozorování v průběhu testové situace a výsledků vyplývajících z aplikace diagnostických metod.

Mezi užití testové metody byly zařazeny: klinické pozorování, částečná obsahová analýza volné kresby dítěte, užití testové baterie u dítěte: Test ROR, LBT, Orientační test školní zralosti a Projektivní identifikace s pohádkovou postavou. Učitelé v mateřských školách vyplňovali klinický dotazník Connersové TQ zachytávající úzkostné projevy dítěte v mateřské škole. Vztahově primární osoba dítěte (matka, příp. otec) vyplňovala klinický dotazník Connersové PSQ, anamnestický dotazník

zahrnující vývoj a další informace o dítěti a jeho socializačních projevech. Závěrem matky kreslily strom (Baum test) a postavu (FDT) a doplňovaly informace o rodině v rámci Škály rodinného prostředí.

Průběh sběru dat probíhal v šesti mateřských školách v Ostravě - Porubě a v Bohumíně-Záblatí a ve dvou nestátních zdravotnických zařízeních ambulancí dětské klinické psychologie. Výzkumnou populaci tvořilo celkem 52 dětí ve věku 5,0-6,11 let. Klinický a neklinický soubor dětí byly následně porovnávány za pomoci srovnávací a popisné statistiky.

Výsledky zkoumání empirické části diplomové práce naznačily, že diagnostika úzkostných poruch a změněná emoční dráždivost u dětí předškolního věku nelze s přesnou určitostí postavit pouze na základě empirického pozorování dítěte, na hodnocení učitele v mateřské škole a na výpovědi rodiče. Stejně tak nelze postavit diagnostický závěr na množství a výskytu strachových obsahů v protokolu testu ROR. Mezi významné vlivy, které mohou podmiňovat vznik a rozvoj změněné emoční dráždivosti u dětí předškolního věku patří dále i prevalence rodinné heredity úzkostných a emočních poruch a neuspořádané rodinné poměry. Byla zjištěna rozdílnost v délce kojení mezi klinickým a neklinickým souborem dětí, což považuji za jedním z možných vlivů podmiňující vznik úzkostí. Byl zjištěn významný rozdíl v četnosti odkladu školní docházky mezi sledovanými soubory.

Potvrdila se rozdílnost mezi soubory v projevech somatické komponenty, rozdíly s omezenou tendencí vyhledávat vnější emoční podněty. Úzkostné děti předškolního věku vykazují větší potřebu stálosti a srozumitelnosti světa, bez nových, obzvláště emoce vyvolávajících obsahů. Z oblasti percepčně – kognitivních dovedností děti z klinického souboru vykazovaly slabší (ranější) percepčně kognitivní výkon s převažující afektivní složkou. U dětí klinického souboru bylo zjištěno, že v rámci adaptačních mechanismů využívají rozdílné adaptační mechanismy než děti ze souboru neklinického. Popsání těchto mechanismů výzkum nezahrnuje.

Výzkum naznačil, že existují specifika v rámci užitých testových metod, obzvláště užití testu ROR. Celkově se nepotvrdila vhodnost užití LBT u předškoláků, na druhou stranu se v diagnostickém kontextu ukázala četnost užití pestrosti a množství barev ve volné kresbě jako možný predikátor úzkostných rysů nebo změněné emoční dráždivosti.

Z důvodu nedostatečného počtu získaných dotazníků ŠRP byl tento zdroj informací ze závěrečného hodnocení výzkumu úplně vypuštěn. Místo něj byla doplněna informace o úplnosti a neúplnosti rodin sledovaných dětí. Tato informace však neobsahovala potenciál zjištění míry funkčnosti nebo disfunkčnosti rodin.

Sledování obsahů a zpracování projektivních testů FDT a Baum test/u/ matek naznačilo, že zřejmě existuje určitá souvislost s narušenou osobností, vztahovou nebo jinou strukturou primárně pečující osoby (v rámci výzkumu matka) s výskytem úzkostí a změněné emoční dráždivosti u dětí. Tento poznatek je však spíše orientační, protože díky malému množství hodnotitelných kreseb rodičů dětí z neklinického souboru je výše zmíněný závěr postaven na sledování kreseb pouze rodičů dětí ze souboru klinického.

Byla zodpovězena výzkumná otázka, na základě které je možné kladně konstatovat, že užitá testová baterie je funkční a dostačující v rámci diagnostiky změněné emoční dráždivosti u dětí předškolního věku. Nepotvrdila se však hypotéza, že četnost výskytu strachových obsahů v užití testu ROR bude častější u dětí z klinického souboru, stejně jako se nepotvrdila hypotéza č.2 ,že projevy změněné emoční dráždivosti lze určit z klinické výpovědi rodiče v rámci dotazníku PSQ s doplněním o informace z dotazníků TQ.

Závěrem, v rámci empirické části diplomové práce byly zmapovány exogenní vlivy působící na dítě předškolního věku, byly shrnuty a částečně potvrzeny obecně platné principy fungování dětí se změněnou emoční dráždivostí jak v přirozeném prostředí mateřské školy, tak i v rámci specifické testové situace. V té (testové situaci) byly sledována míra emoční dráždivosti (emotivity), kognitivního a percepčního zpracování podnětů, identifikačních mechanismů a orientačně i míra školní zralosti dítěte. Závěry diplomové práce navazují a vyúsťují do klinické, diagnostické a terapeutické praxe.

Celá problematika výzkumu úzkostných dětí v předškolním věku má mnoho specifik, která stojí za to, aby jim byla dále v budoucnu a v následujících výzkumech věnována pozornost.

KASUISTIKA

Dvojčata chlapec J.A. (dvojče A) a děvče K.A. (dvojče B) . Děti zařazeny do sledovaného klinického souboru.

Rodinné poměry

Neúplná rodina, svobodná matka s dvojčaty /chlapec a dívka/ žijí v RD. Matka Ing., nar. 1964, vzd. VŠ, OSVČ, zdráva. Sourozenci z babiččiny strany /matka matky/ hluchoněmí, mladší bratr matky – porucha metabolismu – mentální retardace, zemřel. Otec dítěte neuváděn, chlapec jej nikdy nepoznal. S výchovou dětí a vedení domácností matce často vypomáhá její matka – babička dětí. Rodinné poměry matka uvádí jako dobré. RD na vesnici blízko města, kam každý den matka pracovně dojíždí.

ŠRP:

Vytvořen jeden profil rodiny, jedná se o jednodimenzionální deskripci. Percepce rodinného prostředí získána z pozice matky dvojčat. Matka do rodiny zahrnuje i svou matku, babičku dětí, která bydlí mimo tuto rodinu ve svém bytě, přesto je vnímána jako součást rodiny. Z výsledků pak vyplývá, že v rodině jsou velmi srdečné vztahy mezi členy navzájem, důraz se klade na upřímnost, samostatnost a zodpovědnost, poměrně dobře vyvážená je orientace intelektově-kulturní společně s aktivní rekreační orientací i s morálně-světónázorou orientací. Rodina je soudržná, komunikativní a otevřena ostatním kontaktům zvenčí.

Výsledky FDT a Baum test matky:

Baum test: úzkostná pečlivost, až pedantie, detailní zpracování, adekvátně obsáhnut životní prostor, pevnost stabilita, vyvážený poměr emotivního prožívání a racionality. Osobnost hypersenzitivní. Kresba stromu bez patologických a organických znaků.

Z FDT: V interpersonálních vztazích nejistá, zvláště k mužům (indiferentní postoj v partnerských situacích). Projektivní věk adekvátní (-14let oproti reálnému věku, ale v rámci normy u matek těsně po mateřské dovolené)

Chlapec H (dvojče A), nar. 2001

Kontrolní vyšetření k posouzení školní zralosti po odkladu školní docházky.

OA: Z III.fyziol. grav. /2x abort/, chtěné, dvojče A, porod ve 34. týdnu, SC, novor. nezralý, pneumopathia, PH 2300g/44cm, sací reflex+, kříšený, novor. icterus+. Kojen nebyl. V 1. roce bez zažívacích poruch, bez poruch spánku. Kojenec středně živý. Nemoci– běžné dětské, časté otitidy, průdušky. Úrazy – běžné dětské.

PMV: Sedat začal sám v 9.měs., chodit začal bez opory ve 12. měs. Vývoj řeči – na první slova si matka už nevzpomíná, první věty začal tvořit ve 14. měsíci. Hygiena upevněna přes den do 3. let.

ORL: 2x AT, snížení sluchu /trvá dosud – úprava na ORL /12.12.-14.12./- vypadnutí trubičky t.č. bez alternace, vyš. alergik. – přechodně Singulair, Flixonasa / testy negat./.

Neurologie Veden v ambulanci od 3. let věku - neutop, neg. oboustr. Hypacusis s riziky v ranném dětství. Kreslí pravou rukou.

ŠA, SPP: Jesle -0, matka s dětmi byla 6 měsíců na mateřské dovolené, do doby nástupu do MŠ o děti pečovala doma babička /matka matky/ do 2,6 let. Od 2,6-dosud navštěvuje MŠ. Adaptace na vstup do MŠ proběhla dobře. Má odkladloženou školní docházku o 1 rok, z důvodu celkové emoční nezralosti před nástupem do školy. Spánek nyní – klidný, někdy hlasitý smích ze spánku.

Zájmy: Malování-výtvarný kroužek, stavebnice, hry na PC, angličtina pro předškoláky.

Závěr psychologického vyšetření (výpis ze spisové dokumentace klinického psychologa) : CHV= 6,8 MV= 8,5 IQ=128 /dle S-B, forma T-M/.

Použité psychodiagnostické testy:

Studium spisové dokumentace, anamnestický dotazník, pozorování, screening školní zralosti K-J, volná kresba, ROR, LBT, kresba Začarovaná rodina, pohádka-identifikace s pohádkovou postavou, ŠRP, matka-pohovor o dítěti a rodině, kresba Baum test + FDT, dotazník PSQ, učitelka MŠ – dotazník TQ.

Průběh vyšetření, z psychodiagnostických metod:

Pozorování: Kontakt navazuje chlapec dobře, ochotně a velmi snaživě spolupracuje, zaměřen na podání dobrého výkonu. Rád přijímá ocenění. V kontaktu se se sestrou dvojčetem, přejímá úlohu vedení / tato role je i v rodině často posilována ze strany

matky i babičky/. A i když je občas v nové situaci nejistý a je na něm zřetelně vidět, že by se jí nejraději vyhnul, do situace vejde a splní očekávání. Na druhé straně se dovede i tvrdohlavěji prosazovat a občas je impulzivní a jedná podle okamžitého nápadu. Není však agresivní, je dobrosrdečný a dovede se podělit o své věci. Pěkně se vyjadřuje, má bohatou slovní zásobu a vítá úkoly, ve kterých se může kresebně projevit.

ROR: Celkový počet R 12, vývojová kvalita dobrá, častý výskyt Wo, Fo a F+> F-
Úplné selhání na VI. A VII. Tabuli. . Z percepčně kognitivní strategie častý způsob PPT uchopení, přetrvávající stereotypie v myšlení a časté perseverace zvířecích obsahů. Na VI. tabuli Wv – obsahující strachově - agresivní prvek. Morg. + V. a +III., -VI.

LBT I.řada: 75431026 II.řada: 14053672 (v popředí potřeba klidu, posunutí osobnosti na krajní pozice, výkonová řada rozhozená)

Kresba Harry Potter, značně vyspělá po stránce obsahové i formální, barevnost. Pasivní obsáhnutí prostoru papíru (vlevo doleva)

PSQ: Celkový skór 9, a 3Anx. Matka chlapce mj. uvádí, že syn jí málo, vybírá si v jídle, bojí se být sám, je impulzivní, jedná podle okamžitého nápadu, lehce bojovný vůči sestře-dvojčeti.

K-J. Kvalitativně + (3body)

TQ: Celkový skór 21, TQa 5 Paní učitelka v MŠ chlapce hodnotí jako trošku neposedného, citlivého vůči kritice, lehce náladový, škádlí ostatní děti, značně vzdorovitý a tvrdohlavý, trošku plachý. S p. učitelkou a s dětmi však spolupracuje, nemá problémy s docházkou do MŠ, vychází dobře s ostatními vrstevníky ve třídě, neizoluje se od nich. Anxiózní skór 5.

Pohádka: Harry Potter (Ron a Harry)

Kresba Začarovaná rodina: Rodina vnímána homogenně, oproti sestře babička je „vyloučena“ na druhou stranu papíru. V primární rodině však silná až úzkostná koheze. Kresba zvířat však nezvládnuta. Identifikace matky s babičkou (myši), vlastní identifikace s bratrem (žabky), celkové zasazení kresby do levého horního rohu. Stenická uzavřenost, soudržnost, zranitelnost.

Závěr psychologického vyšetření /ze spisové dokumentace klinického psychologa/:

Od posledního psychologického vyšetření akcelerace psychického vývoje, aktuálně naměřené intelektové schopnosti globálně v pásmu nadprůměru /T-M, forma S-B: IQ=128/, nadprůměrná slovní zásoba. Vývoj symbolických funkcí v normě. V číselné řadě se spolehlivě orientuje v oboru do 10. Barvy diferencuje, spolehlivě pojmenuje.

Základní geometrické tvary zvládá. Snížený objem akusticko verbální paměti. Souhlasná lateralita, funkční dominance PHK, dominuje pravé oko. V úkolových situacích neposedný, snížená koncentrace pozornosti, úkoly pečlivě dokončuje. Porucha aktivity a pozornosti, syndrom ADHD. Výchova v rodině dobře stimulující, jednotná a důsledná. Doporučuji vstup do 1.ročníku ZŠ k 1.9.2008.

Děvče K. nar. 2001 (Dvojče B),

Kontrolní vyšetření po odkladu školní docházky o 1 rok.

OA: Z III.fyziol.grav /2x abort/, chtěné, p.SC- praematuritas- porod ve 34. týdnu, infuse, SC, novor. nezralý, dvojče B, PH 1250g/40cm, sací reflex+, kříšená, 32 hod. v inkubátoru. Kojena nebyla. V 1.roce zažívacích poruchy – zahušťování stravy pro časté blinkání – v péči FNŠP. V 1. roce bez poruch spánku. Kojenec středně živý. Prodělala běžné dětské nemoci.

Neurologie: Od 12/2001-9/2005 Convulex pro neurologické křečové projevy, hyperexcitační syndrom, od 7/2001 stav stabilizován, děvče vyřazeno z péče amb. dětské neurologie FNŠP.

Kardiologie: FOA, vývoj příznivý. Úrazy – běžné dětské. Kreslí pravou rukou.

PMV: Sedat začala v 10.měs., chodit bez opory ve 12.měs. Vývoj řeči – na první slova si už maminka nevzpomíná, první věty začala tvořit ve 14.měs. Hygiena upevněna přes den do 14. měs., v noci do 18.měs..

ŠA, SPP: Jesle -0, doma s matkou a bratrem-dvojčetem na MD do 6.měsíce věku. Po nástupu matky do práce, pečovala o děti babička. Od 2,6 let – dosud navštěvuje MŠ. Adaptace v MŠ pomalejší, Má po odkladu školní docházky o 1 rok z důvodu celkové emoční nezralosti. Spánek nyní klidný, občas děsivé sny. Chuť k jídlu dobrá. Matka uvádí, že je dcera často plačtivá, ale i veselá, radost s vrstevníky ve školce sdílí, projevuje se spíše hlasitěji a v konfliktních situacích se jich straní. Doma je otevřená a komunikativní, občas vyžaduje značnou pozornost, ale umí pracovat a hrát si nezávisle na ni. Při usínání málokdy vyžaduje pozornost matky. Adaptace na prostředí mateřské školy proběhla dobře. Do hry s dětmi ve školce se zapojuje ráda a sama, hry s nimi ji baví.

Zájmy: Kreslení, stavebnice, hry na PC.

Závěr psychologického vyšetření (výpis ze spisové dokumentace klinického psychologa): CHV=6,8 MV=8,2 IQ=124 /S-B, forma T-M/

Použité psychodiagnostické metody:

PSQ: Dcera jí málo, bojí se nových situací, bojí se být sama, pláče je plachá, bázlivá, ale i neklidná, do všeho se hrne, impulzivní. Anxiózní skór 3. Total 9.

TQ: Paní učitelka z mateřské školy uvádí, že děvče je lehce neobratné, citlivá ke kritice, občas zasněná a rozmrzelá. Snadno ovládaná druhými dětmi. Má málo vůdcovských schopností, je plachá, ale i tvrdohlavá. Anxiózní skór 2. Total 9.

Klinické pozorování:

Na začátku přichází do ambulance se svým bratrem. Prostředí je jim známé, ale i tak uvádí bratra jako prvního k vyšetření. Během examinace spolupracuje bez problémů, snaživá, pečlivá, ochotná, bázlivá. Stenický posez. Na dotazy odpovídá ve snaze podat co nejlepší výkon, někdy překotně.

Volná kresba: Spiderman – oblíbená postava, grafomotoricky značně vospělá, postava situována k levému kraji, spíše do levého dolního rohu. Místo pravé ruky vztyčený bodec.

K-J: Kvalitativně + . Postava pána zpracována +, kresba stáhnutá do levého části kreslicí plochy.

Pohádka: O perníkové chaloupce, kterou jí vypravuje maminka i babička před spaním.. (Jeníček a Mařenka)

Kresba Začarovaná rodina: Rodina vnímána homogenně. Identifikace matky s babičkou (myši), vlastní identifikace s bratrem (žabky), celkové zasazení kresby do levého horního rohu. Stenická uzavřenost, soudržnost, zranitelnost.

ROR: Celkový počet R 12, vývojová kvalita dobrá, častý výskyt Wo, Fo a F+> F- Úplné Selhání na VI. Tabuli, - VII. Z percepčně kognitivní strategie častý způsob PPT uchopení, přetrvávající stereotypie v ,myšlení a časté perseverace zvířecích obsahů. Na VI. Tabuli Wv – obsahující strachově - agresivní prvek. Morg. + V. a +III., -VI.

LBT I.výběr: 57340162 II.výběr: 52410567 (1=7)

Závěr psychologického vyšetření /ze spisové dokumentace klinického psychologa/:

Z vyšetření klinického psychologa: Intelektové schopnosti globálně v pásmu nadprůměru /T-M, forma S-B: IQ=121/. Od posledního vyšetření, značné zlepšení verbálního projevu, dobrý rozsah slovní zásoby, vývoj symbolických funkcí v normě, logicko-verbální myšlení nadprůměrné. Dobrá orientace v číselné řadě v oboru do 10, geometrické tvary zvládá, v porovnání s předchozím vyšetření zlepšení v sociálním kontaktu, v nových situacích přetrvává úzkostná pohotovost, úzkostná reaktivita

v zátěži, vyhýbavá tendenci, osobnost citlivá, plachá. Kontakt s vrstevníky vyhledává. Bez somatických doprovodů. Doporučuji zařadit do 1. třídy ZŠ.

RESUMÉ:

Děti z dobře situované, neúplné rodiny, matka hypersenzitivní, laskavá, pečující. Obě děti (chlapec i děvče) po odkladu školní docházky, IQ vysoce nadprůměrné. Obě děti vykazují znaky úzkosti, avšak každý se s nimi vyrovnává různě. Chlapec je v zátěžových situacích zaměřený na výkon, děvče spíše stenické. Kompenzační mechanismy oběma dětem znesnadňují plné využití intelektových dovedností.

Možná interpretace na základě zjištěného: Děvče přejímá identifikační vzor matky. Chlapci schází mužský vzor, čemuž nasvědčuje i špatně zvládnutá V. ROR tabule. Chlapec naplňuje očekávání rodiny (mužský vzor), který mu však identifikačně schází. Naznačený sociální vývoj aktuálně bez zvláštností, nebo výrazné patologie u obou dětí. Naznačený osobnostní vývoj spíše směřován do introverze, citlivosti a samotářství u děvčete. Na základě předchozího vyšetření, bylo navrženo, aby děti byly rozděleny do jiných tříd ve školce. Uvolnily se některé vazby mezi dětmi. (Děvče je více nezávislejší na bratrovi). Chlapec ji přestal méně vnímat jako „slabou“, kterou musí chránit a starat se o ni. Díky tomu získal větší prostor pro nalezení vlastních kamarádů a větší samostatnosti a nezávislosti. Následné doporučení je, aby děti byly dále zařazeny každý do jiné třídy v rámci ZŠ z důvodu nalezení vlastní identity a přátel se stejnou možností prosadit se v prostředí a vztazích. Děti zařazeny do individuální psychoterapie za účelem redukce úzkosti a podpory vlastní identity.

LITERATURA

- Altman, Z.: Test kresby postavy – FDT, nevydané materiály k odbornému semináři. Únor 2006.
- Altman, Z.: Test stromu – příručka. Pražská PPP s.r.o., Praha 2002.
- Atkinsonová, R, L., Atkinson, R.,C.: Psychologie. Victoria publishing, Praha 1995.
- Böhm, E.: Psychodiagnostické vademecum. Pomocná tabulka pro praktické uživatele Rorchachovy metody. Revize 2. vydání. Hans Huber, Bern, Stuttgart 1967.
- Boleloucký, Z.: Hraniční stavy v psychiatrii. Grada Avicenum. Praha 1993.
- Cahill, L., McGaugh, J.L. Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory *Trends in Neurosciences, Volume 21, Issue 7, 1 July 1998, Pages 294-299*
- Carr, A.: The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual Approach. Routledge,an imprint of Taylor & Francis Books Ltd. 1999.
- Mates., J.A.: The art of assessment in psychology: Ethic, expertise, and Validity. John Wiley & Sons. Inc. Clinical Psychology 55: 631-641, 1999.
- Conners, C.K.: A Trachet Rating Scale for Use in Drug Study with Children. Am. J. Psychiatry, 126, 1969: 884 – 888.
- Conners, C.K.: Parent Rating Scale Symptom Paterns in Hyperkinetic, Neurotic, and Normal Children. Children Development, 41, 1972: 667 – 682.
- Courtney P. Burnette et al.(2005, February). Weak Central Coherence and Its Relations to Tudory of Mind and Anxiety in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, vol. 35.*
- Černoušek, M.: Děti a svět pohádek. Albatros, Praha 1990.
- Čížková, J.: Vývojová psychologie – pracovní verze 1.0 (skripta). Katedra pedagogiky primárního a alternativního vzdělávání. Ostravská univerzita, Ostrava 2004.
- Davido, R.: Kresba jako nástroj poznání dítěte. Portál, Praha 2001.
- Drapela, J, V.: Přehled teorií osobnosti. Portál, Praha 1997.
- Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka (MKN 10). Psychiatrické centrum, Praha 1996.
- Filip, V., a kol.: Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic. Psychiatrické centrum Praha. Praha 1997.
- Fraibergová, S., H.: Magické roky. Triton. Praha 2002

- Franz, M-L.: Psychologický výklad pohádek. Portál, Praha 1998.
- Freud, A.: Já a obranné mechanismy. Portál, Praha 2006.
- Hort, V. Hrdlička, M. Kocourková, J. Malá, E.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál, Praha 2000.
- Höschl, C. Libiger, J. Švestka, J.: Psychiatrie. Tigris, Praha 2002.
- Hoskovcová, S.: Psychická odolnost předškolního dítěte. Grada. Praha 2006.
- Kulišťák, P.: Neuropsychologie. Portál. Praha 2003.
- Langmeier J., Matějček, Z.: Psychická deprivace v dětství, SZN Praha 1968.
- Langmeier, J. Balcar, K. Špitz, J.: Dětská psychoterapie. Portál, Praha 2000.
- Langmeier, J. Krejčířová, D.: Vývojová psychologie. Grada, Praha 1998.
- Lechta, V. a kol.: Diagnostika narušeném komunikačnej schopnosti. Osveta, Martin 1995.
- Lüscher, M.: Lüscherova klinická diagnostika. Psychodiagnostika Brno 1994.
- Mathé, R.: Médeino vyzývaci charakter ROR tabuliek. PL Velké Zalužie.
- Masi, G. Mucci, M. Millepiedi, S. (2001) Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents Epidemiology. *Diagnosis and Management. CNS Drugs*; 15 (2): 93 -104.
- Matějček, Z.: Rodiče a děti. Avicenum. Praha 1986.
- Matějček, Z.: Praxe dětského psychologického poradenství. SPN, Praha 1991.
- Matějček, Z.: Praxe psychologického poradenství. SPN, Praha 1991.
- Matys, J.(2006, leden): Hyperaktivní dítě–Syndrom ADHD. *Vox peditrie. č. 1, Ročník 6.*
- McCauley, E., Myers, K. (1992, July) Family interactions in mood – disordered youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Volume 1. Number 1.*
- McGire, J. Richman, N.: Dotazník chování předškolních dětí – T18. Psychodiagnostika Brno 1997.
- Mikšík, O.: Psychologické teori e osobnosti. UK Karolinum, Praha 1999.
- Mikulajová, M., Rafajdusová, I.: Vývinová dysfázia – Špecificky narušený vývin řeči. Bratislava 1993.
- Müller, L., Müller, A.: Slovník analytické psychologie. Portál, Praha 2006.
- Munden, A. Arcelus, J.: Poruchy pozornosti a hyperaktivity. Portál, Praha 2002
- Nevole, S.: Úvod do Rorschachovy psychodiagnostiky – I. Úvodní část. – Všeobecná semiotika. Kroměříž 1977.

- Novotná, M. Kremličková, M.: Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele. Praha, SPN 1997.
- Paclt, I. Florian, J.: Psychofarmakoterapie dětského dorostového věku. Grada, Praha 1998
- Plháková, A.(1998). Pojem objekt v psychoanalýze. *Varia psychologica VIII. Psychologica 32.*
- Plháková, A.: Dějiny psychologie. Skripta UP, Olomouc 2000.
- Plháková, A.: Obecná psychologie, Academia, Praha 2004.
- Pogády, J. et al.: Dětská kresba v diagnostice a v léčbě. SAP, Bratislava 1993.
- Polák, A.: Exner, The Rorschach. A comprehensive systém (materiál ke kurzu testu ROR).
- Praško, J.: Úzkostné poruchy. Portál, Praha 2005.
- Reiterová, E.: Základy statistiky pro studenty psychologie. UP Olomouc 2000.
- Rezková, V.: Nedirektivní psychoterapie hrou, Pražská PPP, s.r.o., 1999.
- Vymětal, J., Rezková, V.: Rogersovský přístup k dospělým a dětem, Portál, Praha, 2001.
- Rodná, K. (2007, listopad) Vyměnit a zapomenout, těžko. *Psychologie Dnes.*
- Ronénová, T.: Psychologická pomoc dětem v nesnázích. Portál, Praha 2000.
- Říčan, P. Krejčířová, a kol.: Dětská klinická psychologie. Grada, Praha 1995.
- Říčan, P. Krejčířová, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Grada, Praha 2006.
- Říčan, P., a kol. Úvod do Rorschachovy metody. Psychodiagnostické a didaktické testy, N.P. Bratislava 1981.
- Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy, průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Maxdorf, Praha 1996.
- Sobotková, I.: Psychologie rodiny. Portál, Praha 2000.
- Stančák, A.: Klinická psychodiagnostika. Psychodiagnostické a didaktické testy N.P., Bratislava. Bratislava 1982.
- Svoboda, M.: Psychologická diagnostika dospělých. Portál, Praha 1999.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M.: Psychologická diagnostika dětí a dospívajících. Portál Praha 2001.
- Hargašová, M. Kollárik T.: Škála rodinného prostredia – příručka (T-199). Psychodiagnostické a didaktické testy, š.p. Bratislava 1986.
- Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 2004.
- Vágnerová, M.: Vývojová psychologie. Portál, Praha 2000.

Vymětal, J.: Úzkost a strach u dětí. Portál, Praha 2004.

West, K, G.: Dobrodružství psychického vývoje. Portál, Praha 2002.

Ženatý, J., Čermák, I.(2005). Stručné uvedení do Exnerova systému a administrace a skórování. *Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. 1. ročník.*

Ženatý, J., Čermák, I., Telerovský, R.(2006). *Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. 2. ročník.*

Internetové zdroje

Hogrefe-Testcentrum, s.r.o.Zdroj:

<http://www.testcentrum.cz/?akcedir=testy&akce=fast> (20.3.2008, 16.00)

Matějček, Z.: Socializační proces – 1. odborný seminář SZÚ 5-7.9.2000 (odborné sdělení). CEVAP. Zdroj:

<http://www.freeteens.cz/default.php?&ID=25&publ=1&cl=12>(15.3.2008, 23.30)

PŘÍLOHY

- 1. CELÝ SOUBOR - ROZDÍLY**
 - A.**
 - B.**
 - C.**
- 2. KLINICKÝ SOUBOR**
- 3. NEKLINICKÝ SOUBOR**
- 4. EMOČNÍ DRÁŽDIVOST – KLINICKÝ SOUBOR**
- 5. EMOČNÍ DRÁŽDIVOST – NEKLINICKÝ SOUBOR**
- 6. KOJENÍ**
- 7. ČETNOST DIAGNÓZ**
- 8. ADAPTACE NA MATEŘSKOU ŠKOLU**
- 9. Test ROR**
 - a. KLINICKÝ**
 - b. NEKLINICKÝ**
- 10. PSQ a TQ KORELACE**
- 11. ODKLAD**
- 12. FDT a BAUM TABULKA**
- 13. KRESBY**
- 14. ADRESÁŘ SPOLUPRACUJÍCÍCH ŠKOLA A ZAŘÍZENÍ**
- 15. ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK**
- 16. PSQ - FORMULÁŘ**
- 17. TQ - FORMULÁŘ**
- 18. INFORMOVANÝ SOUHLAS**
- 19. SPONTÁNNÍ KRESBA CHLAPEC H.**
- 20. K-J CHLAPEC H.**
- 21. SPONTÁNNÍ KRESBA – DĚVČE K.**
- 22. KRESBA ZAČAROVANÉ RODINY K.**
- 23. K-J DĚVČE K.**