

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kristýna Hrdá

**Screening symptomů sociálních a emočních obtíží prostřednictvím  
české verze Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment  
(BITSEA): pilotní ověření na české populaci**

**Screening of social and emotional difficulties using the Czech version  
of Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA): pilot  
study carried out on the Czech population**

Praha 2022

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Šporclová, Ph.D.

## Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří byli určitým způsobem součástí projektu mé diplomové práce. V první řadě bych chtěla za konzultace a cenné rady velmi poděkovat své vedoucí práce Mgr. Veronice Šporclové, Ph.D. Dále pak své konzultantce PhDr. Adéle Holmanové, která mi poskytla pomoc při sběru dat a též poskytla svůj pohled na znění dotazníku. V neposlední řadě bych chtěla vyjádřit svůj dík za pomoc s překladem Bc. Michaele Stašové. Děkuji též svému manželovi za jeho přísun pozitivního naladění, neutuchající oporu a péči při mé cestě celým studiem. Závěrem patří velký dík i mé rodině za veškerou podporu, které se mi v průběhu studia a při psaní diplomové práce dostávalo.

## Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Cerhenicích dne 23.7.2022*

.....

*Jméno autorky*

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce je zaměřena na pilotní zkoumání dotazníku Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA), který je určen ke screeningu sociálních a emočních obtíží spolu s problémy v chování u dětí ve věku od jednoho roku do tří let. Cílem teoretické části je seznámit čtenáře se socio-emočním vývojem dítěte a s některými poruchami, které se k dané oblasti pojí. Součástí literárně-přehledové části je i popis screeningových a diagnostických metod zaměřených na socio-emoční oblast a popis dotazníku BITSEA. Výzkumná část se věnuje překladu dotazníku a jeho pilotnímu ověření na české populaci. Hlavním cílem práce je pak kromě překladu zjistit, jaká je vnitřní konzistence jednotlivých škál a zda dokáže český překlad dotazníku odlišit děti s podezřením na obtíže od dětí s předpokladem normálního vývoje.

## **Klíčová slova**

Socio-emoční vývoj, neurovývojové poruchy, dotazník, screening.

## **Abstract**

This thesis focuses on a pilot testing of the Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA), a questionnaire designed for screening of social-emotional and behavioural difficulties in children from one to three years of age. The aim of the theoretical part is to introduce the reader to the socio-emotional development of the child, as well as to some of the disorders related to this area. The literary section includes a description of screening and diagnostic methods focused on the socio-emotional area and the description of the BITSEA questionnaire. The research part focuses on the translation of the questionnaire and its pilot validation on the Czech population. The main goal of the work is to ascertain what is the internal consistency of the scales and whether the Czech translation of the questionnaire can distinguish between children with suspected difficulties and children with presumed normal development.

## **Keywords**

Socio-emotional development, neurodevelopmental disorders, questionnaire, screening.

## Obsah

Úvod .....	8
Literárně-přehledová část .....	10
1. Emoce a sociální chování z pohledu vývojové psychologie .....	10
1.1 Sociální a emoční vývojové teorie a přístupy .....	10
<i>Etologický přístup</i> .....	11
<i>Teorie diskrétních emocí</i> .....	11
<i>Kognitivní přístupy</i> .....	11
<i>Psychobiologický kontext</i> .....	12
<i>Kontext časné emoční komunikace</i> .....	12
<i>Funkcionalistický přístup</i> .....	13
<i>Psychosociální teorie</i> .....	13
1.2 Vývojová stádia .....	13
1.2.1 Novorozenecké období .....	13
<i>Regulace emočních projevů v novorozeneckém období</i> .....	14
1.2.2 Kojenecké období .....	15
<i>Regulace emočních projevů v kojeneckém období</i> .....	18
1.2.3 Batolecí období .....	18
<i>Regulace emočních projevů v batolecím období</i> .....	20
2. Mentální, behaviorální a neurovývojové poruchy .....	22
2.1 Neurovývojové poruchy .....	22
2.1.1 Vývojové poruchy řeči nebo jazyka .....	23
2.1.2 Poruchy autistického spektra .....	24
2.1.3 Porucha pozornosti s hyperaktivitou .....	25
2.2 Úzkost a poruchy spojené se strachem .....	25
2.3 Poruchy nálad .....	26
2.3 Poruchy chování a disociální poruchy .....	26

2.4 Poruchy příjmu potravy .....	28
2.5 Poruchy spánku .....	28
3. Diagnostické a screeningové nástroje.....	30
3.1 Screening a diagnostika emoční, sociální oblasti a chování.....	32
3.1.1 Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) .....	32
3.1.2 Child Behavior Checklist 1,5– 5 (CBCL/ 1,5–5) .....	33
3.1.3 Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional, Second Edition (ASQ: SE – 2).....	33
3.1.4 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	34
3.1.5 Adaptive Behavior Assessment System – Second edition (ABAS – II) .....	34
3.1.6 Vineland Adaptive Behavior Scales – II (VABS – II) .....	35
3.1.7 Vineland Social Emotional Early Childhood Scale (SEEC) .....	35
3.1.8 Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI).....	35
3.1.9 Toddler Behavior Screening Inventory (TBSI).....	36
3.1.10 Behavior Assessment System for Children – Second Edition (BASC – 2) .....	36
3.1.11 Brief Instrument Psychological and Pedagogical Problem Inventory (KIPPI) .....	36
3.1.12 Devereux Early Childhood Assessment for Toddlers (DECA – T) .....	37
3.1.13 Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA).....	37
3.1.14 Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA).....	37
3.2 Vývojové škály Bayleyové (BSID – III) .....	37
3.2.1 Greenspan Social Emotional Growth Chart (GSEGC) .....	38
3.3 Screening a diagnostika PAS.....	39
3.3.1 Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised (M-CHAT – R) .....	39
3.3.2 Childhood Autism Rating Scale (CARS2).....	39
3.3.3 Dětské autistické chování (DACH) .....	40
3.3.4 Early Screening of Autistic traits questionnaire (ESAT) .....	40
3.3.5 Social Communication Questionnaire (SCQ) .....	40

3.3.6 Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI – R) .....	41
3.3.7 Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) .....	41
4. Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) .....	43
4.1 Škály BITSEA .....	43
4.1.1 Položky mapující obtíže ( <i>problem</i> ) .....	44
<i>Externalizace</i> .....	44
<i>Internalizace</i> .....	44
<i>Dysregulace</i> .....	45
4.1.2 Položky mapující kompetence ( <i>competence</i> ) .....	46
4.1.3 Položky mapující PAS.....	46
4.1.4 Položky mapující závažné obtíže ( <i>red flag</i> ) .....	47
4.1.5 Úroveň znepokojení.....	48
4.2 Adaptace BITSEA do dalších jazyků a použití ve světě .....	48
<i>Možné rozdíly v prazích citlivosti (cut-off skórech)</i> .....	49
4.3 Klinické využití dotazníku.....	50
Výzkumná část .....	53
5. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy .....	53
6. Design výzkumného projektu.....	56
6.1 Typ výzkumu.....	56
6.2 Metody získávání dat.....	56
6.3 Metody zpracování a analýzy dat .....	58
6.4 Etika výzkumu.....	58
7. BITSEA – psychometrické vlastnosti, vyhodnocování a překlad .....	60
7.1 Konstrukce.....	61
7.2 Reliabilita .....	61
7.3 Validita .....	63
7.4 Senzitivita a specificita.....	66



7.5 Získání dotazníku .....	67
7.6 Překlad .....	67
7.7 Vyhodnocování dotazníku .....	69
<i>Korekce předčasného narození</i> .....	69
<i>Výpočet hrubého skóru</i> .....	70
7.8 Interpretace získaných skóre a percentilů .....	71
8. Výzkumný soubor .....	75
<i>Srovnávací skupina</i> .....	75
<i>Klinická skupina</i> .....	76
<i>Kognitivní interview</i> .....	77
9. Výsledky .....	78
9.1 Kvantitativní analýza dotazníku .....	78
<i>Reliabilita v podobě vnitřní konzistence škál</i> .....	78
<i>Rozložení skóre srovnávací skupiny a výpočet orientačních percentilů</i> .....	79
<i>Rozložení skóre klinické skupiny</i> .....	81
<i>Testování výzkumných hypotéz</i> .....	82
<i>Analýza obav rodičů ve vztahu k získanému skóru</i> .....	85
9.2 Kvalitativní analýza položek dotazníku .....	87
10. Diskuse .....	92
Závěr .....	98
Seznam použité literatury .....	101
Internetové zdroje .....	110
Seznam grafů .....	112
Seznam tabulek .....	113
Seznam zkratk .....	114
Příloha 1. Český překlad položek dotazníku BITSEA .....	I
Příloha 2. Tabulka skóre klinické a srovnávací skupiny .....	II

## Úvod

V rámci diplomové práce je provedeno představení, překlad a pilotní ověření dotazníku Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment, který je určen ke screeningu sociálních a emočních obtíží spolu s problémy v chování u dětí ve věku mezi 12.–36. měsíce.

Hlavním důvodem výběru tématu je především skutečnost, že v českém prostředí neexistuje žádný screeningový nástroj zaměřený na oblast sociálního a emočního vývoje. Z toho důvodu jsem považovala za důležité podobný nástroj v českém prostředí představit a připravit podklad pro jeho možné další zkoumání. Mimo to je záměrem práce podpořit případný překlad a zkoumání jiné metody, která se také na tuto oblast soustředí. Podobný nástroj by přitom mohl být velkou pomocí při odhalování dětí s obtížemi, neboť množství poruch diagnostikovaných v dětství je do určité míry spojeno právě s oblastí sociálního a emočního vývoje. V případě, že budeme mít nástroj, který necílí na konkrétní poruchu, ale mapuje možné symptomy a dále doporučuje další postup (detailnější diagnostické vyšetření, sledování dítěte), můžeme včas odhalit širší spektrum dětí s případným podezřením na obtíže.

Nápadnosti spojené s oblastí sociální a emoční odhalené včas, tedy v nízkém věku dítěte, kdy zpravidla ještě nedochází k samotnému diagnostikování, mohou být jedním z důležitých momentů poskytnutí včasné podpory dětem a jejich rodinám.

Literárně-přehledová část práce se skládá ze čtyř kapitol. První z nich krátce zmiňuje některé teorie a přístupy vztahující se k sociálnímu a emočnímu vývoji. Dále se tato kapitola zabývá sociálním a emočním vývojem dítěte od narození zhruba do tří let věku. Popisuje jednotlivé fáze vývoje a jejich specifika.

Druhá kapitola je zaměřena na mentální, behaviorální a neurovývojové poruchy. V rámci této kapitoly jsou zmíněny konkrétní poruchy, které se mohou projevat či určitým způsobem souviset právě se socio-emočním vývojem dítěte. Tato kapitola je do práce zahrnuta i z toho důvodu, že jednotlivé položky dotazníku BITSEA jsou koncipovány tak, aby již prostřednictvím screeningu bylo možné při hlubší analýze cílit na konkrétní oblast obtíží.

Třetí kapitola se zabývá diagnostickými a screeningovými nástroji. V kontextu této kapitoly jsou zmíněna specifika diagnostiky a screeningu. Zároveň je zde uvedeno množství

metod, které lze využít k mapování sociálních a emočních problémů či kompetencí. Některé z metod jsou dostupné v českém prostředí. Zároveň jsou záměrně uvedeny i ty nástroje, které v česku dostupné nejsou, a to hned z několika důvodů. Prvním z nich je vytvoření seznamu některých dostupných metod, z něhož by bylo možné dále čerpat pro adaptaci těchto metod do českých poměrů. Dále jsou pak některé z nástrojů uváděny v rámci výzkumů provedených s BITSEA, a proto jsem považovala za relevantní tyto metody představit. Kromě toho je výčtem metod znázorněn i fakt, že zahraniční psychologie se tématem screeningu a diagnostiky sociálního a emočního vývoje zabývá, a proto se jí můžeme inspirovat.

Poslední kapitola literárně-přehledové části je specificky zaměřena již na samotný dotazník BITSEA, a to konkrétně na jeho teoretický podklad a popis jednotlivých škál. K této kapitole jsou také připojeny doplňující informace o výzkumech a poznatcích, jež se zabývají využitelností dotazníku.

Výzkumný projekt práce je vytvořen s cílem přeložit a pilotně ověřit dotazník BITSEA na české populaci.

Několik prvních kapitol je zaměřeno na popis náležitostí výzkumu, do nichž spadá výzkumný design, etika, popis vzorku a zpracování dat. Kromě toho je součástí práce i kapitola o konstrukci a psychometrických vlastnostech BITSEA. Hlavním cílem je kromě překladu a rozvahy nad zněním položek také zkoumání vnitřní konzistence škál a schopnost dotazníku odlišit děti ze skupiny s předpokladem normálního vývoje od dětí s podezřením na obtíže. Cílem výzkumu je také připravit podklad pro další ověřování psychometrických vlastností dotazníku BITSEA.

V rámci celé práce je využit citační protokol dle APA (2020).

# Literárně-přehledová část

## 1. Emoce a sociální chování z pohledu vývojové psychologie

Vývoj dítěte má své specifické milníky, kterými dítě v určité době musí projít, aby se mohlo posunout na další vývojovou úroveň. I přes to, že existuje množství vývojových teorií, všechny se shodnou na tom, že jednotlivá vývojová stádia na sebe navazují a další bez toho předchozího nemůže fungovat. I díky tomu, že dokážeme očekávat, v jakém období by se dané sledované znaky měly u dítěte začít objevovat, můžeme sestavovat diagnostické a screeningové nástroje, které nám již v raném věku dítěte pomáhají sledovat, jak jeho vývoj postupuje a zda se nevyskytují projevy, které by mohly naznačovat obtíže či opoždění ve vývoji. U dítěte v raném věku zpravidla sledujeme vývoj v oblasti hrubé i jemné motoriky, kognitivních funkcí, řeči a také v oblasti emocí a sociálního chování. Poslední uvedené oblasti jsou stěžejním tématem práce, a proto budou v dalších podkapitolách více rozebrány. Jako první budou popsány některé ze sociálních a emočních vývojových teorií a následně budou představeny oblasti vývoje emocí a sociálního chování dítěte podle vývojového stádia, a to od narození do tří let.

Důležitost schopnosti rozpoznávat vlastní emoce i emoce druhých spolu se sociálním chováním je bezesporu jednou ze základních dovedností pro zařazení jedince do společnosti a pro fungování v komunitě mezi druhými. Samotné rozpoznávání emocí a sociálních situací pomáhá dítěti pochopit okolní svět. Emoční náboj situace nebo chování druhých je důležitým referenčním rámcem k tomu, aby porozumělo fungování okolního světa (Rosen et al. 1992). Kromě toho Rubin et al. (2006) považují emoční kompetence jako důležitý podklad pro sociální kompetence, které jsou prostředkem k dosahování osobních cílů při zachování kladných vztahů s druhými. Koncept emoční inteligence, jenž zahrnuje facilitaci myšlení, vnímání emocí a porozumění spolu s regulací emocí, hovoří o tom, že děti, které selhávají v regulaci vlastních emocí, bývají vylučovány vrstevníky a čelí mnoha dalším problémům, jako je nedostatek sebekontroly nebo úzkost a s nimi spojené stažení ze sociálních interakcí. Emoce a vnímání jejich vyjadřování vůči druhým i vůči sobě pak v pozdějším věku souvisí i se sebepojetím dítěte a rozvojem jeho „já“ (Shaffer et al. 2020).

### 1.1 Sociální a emoční vývojové teorie a přístupy

Kapitola inspirovaná dělením teorií dle Thomanna a Cartera (2008) představuje některé z přístupů, jež se soustředí na sociální a emoční vývoj dítěte z různých úhlů pohledu.

Jednotlivé oblasti jsou v krátkosti představeny především z důvodu zdůraznění diverzity vlivů působících na emoční a sociální vývoj dítěte.

### ***Etologický přístup***

Dle etologických výzkumů je evolučně dítě předpřipraveno, aby bylo schopno vytvářet silné vztahy s pečovatelem, neboť se v prvních letech života není schopno o sebe samostatně postarat. Kromě toho je vybaveno specifickým instinktivním chováním (včetně pláče) a fyzickými charakteristikami (velká hlava, oči atp.), které mu napomáhají udržet pečující osobu ve své blízkosti. S vyžíváním se k tomuto chování přidává i sociální interakce v podobě očního kontaktu a úsměvu. Na podkladech etologického přístupu je postavena rovněž teorie attachmentu J. Bowlbyho, která bude více nastíněna v rámci dalších kapitol (Thomann & Carter, 2008).

### ***Teorie diskrétních emocí***

Teorie diskrétních emocí vychází z předpokladů Ch. Darwina. Tento přístup předpokládá, že se děti rodí s dovedností prožívat a vyjadřovat některé izolované emoce, konkrétně jde o smutek, strach, radost, zájem, vztek, překvapení, odpor a opovržení. Emoce podle této teorie mají tři dimenze, a to fyziologickou (průběh v nervovém systému), motoricky expresivní (projevy na venek) a mentální (vědomé i nevědomé subjektivní prožívání). Teorie diskrétních emocí pak blíže specifikuje, ve kterém týdnu života dítěte se zhruba jednotlivé emoce začínají objevovat. Od narození je v repertoáru jen zájem, reflexní úsměv (bez sociálního významu) a odpor. Zhruba od čtyř do šesti týdnů se začíná dle této teorie objevovat sociální úsměv, který reflektuje radost a mezi třetím a čtvrtým měsícem se začíná objevovat vztek, překvapení, smutek a strach. Komplexnější emoce se objevují spolu s těmito základními v průběhu zrání až do konce druhého roku života dítěte. Emocionální reakce pak probíhá tak, že ji prostřednictvím spouštěče zaregistruje nejprve nervový systém, který vytváří subjektivní prožitek emoce. Jak bude v rámci dalších kapitol popsáno, k některým milníkům projevů primárních emocí máme dnes ještě další poznatky, ale i tak jde o teorii, která je významným podkladem pro další zkoumání vývoje emocí u dětí i dospělých. Navázal na ni např. i Paul Ekman při zkoumání primárních emocí napříč kulturami (Ekman, 2015; Thomann & Carter, 2008).

### ***Kognitivní přístupy***

Na rozdíl od teorie diskrétních emocí je dle kognitivního přístupu vázáno projevování emocí na vývoj kognitivních dovedností a teprve okolo druhého až třetího měsíce věku dítěte se

začíná objevovat radost spolu s nelibostí, právě ve vztahu k vyžívání kognice. Základem této teorie je Vygotského teorie sociálního vývoje a jeho zóna proximálního vývoje. Ta odkazuje mimo jiné právě i na chování starších jedinců v okolí, kteří podněcují dítě k rozvoji nových emočních a sociálních dovedností. To probíhá prostřednictvím interakce dospělého s dítětem, při které dospělý ze začátku dítě plně vede, ale stále mu dává více a více volnosti k samostatnému konání. Vygotský kromě toho zdůrazňuje i významnou roli všech sociálních interakcí, ne pouze té s primární pečující osobou (Thomann & Carter, 2008).

### ***Psychobiologický kontext***

Psychobiologický kontext emocí a sociálního chování je spojen s vyžíváním konkrétních oblastí mozku navázaných právě na vnímání a zpracování emocí. Schopnost novorozence projevit zájem, distres a reflexy je vázána na limbický systém. Dále pak dochází ke změnám a větší kontrole v oblasti emočního reagování vlivem vyžívání adrenokortikální oblasti mozku, zlepšením parasympatické regulace a vyžíváním frontální oblasti neokortexu, která postupně přebírá kontrolu nad aktivací limbického systému. Kromě toho je velmi významná i role pečující osoby, která může biologické vyžívání ovlivnit. Stává se to v případech, kdy je dítě dlouhodobě vystavováno velkému stresu, jehož původcem může být sama matka (pečující osoba), a to především v situacích, kdy se potýká s depresí, nebo v případech, kdy zdrojem není přímo pečující osoba, ale zároveň není matka schopna stres působící na dítě regulovat nebo odvracet (Dawson & Ashman, 2000; Thompson et al., 2015). Do této oblasti spadá i konstrukt temperamentu, který je biologicky podmíněn a je další z proměnných, jež ovlivňuje reaktivitu a seberegulaci, vstupuje do interakce s druhými a tím ovlivňuje i sociální a emoční vývoj jedince (Thompson et al., 2015).

### ***Kontext časné emoční komunikace***

Tato teorie se soustředí především na vztah pečující osoby s dítětem, který považuje za stěžejní pro rozvoj sociálního chování prostřednictvím každodenní interakce. Znakem dyády dítě – pečující osoba je schopnost vzájemně správně interpretovat emoce. Dospělí jsou vybaveni pro rozpoznávání emocí u dětí raného věku a zároveň se v průběhu času stále v této dovednosti zdokonalují, a to právě prostřednictvím samotné interakce s dítětem. Lze říct, že podklad pro dovednost porozumění emocím je vrozený, ale samotná dovednost je zdokonalována prostřednictvím zkušeností. I děti jsou schopny již od útlého věku rozpoznávat kontrastní emoce u dospělých, a to od pátého měsíce podle vokálních vodítek a od sedmého měsíce podle vizuálních vodítek (Thomann & Carter, 2008).

### ***Funkcionalistický přístup***

Funkcionalistický přístup více spojuje emoce s individuálními cíli jedince, kterých je dosahováno dynamickým procesem interakce jedince s prostředím. Emoce vnímá ve vztahu k adaptivním cílům, přičemž projevy emocí interpretuje i jako sociální signály, ne pouze jako vnitřní pocity. Zároveň popisuje, že fyziologická složka emocí může být kontrolována sociálními vlivy. Upozorňuje na to, že jeden spouštěč může způsobit projevy různých emocí v závislosti na tom, jak si je osoba, na níž působí, vyloží a interpretuje (Thomann & Carter, 2008).

### ***Psychosociální teorie***

Jedním z předních představitelů této oblasti je A. Bandura a jeho teorie sociálního učení. Tato teorie předpokládá, že se dítě učí prostřednictvím imitace druhých, avšak zdůrazňuje i fakt, že ne vždy vše, co dítě odpozoruje, následně využije ve svém repertoáru chování. Na principu sociálního učení je postavena také jeho teorie agrese a seberegulace. Celý proces sociálního učení z pohledu vývoje dítěte je pak závislý na kognitivních procesech, jako je schopnost udržet pozornost spolu se schopností rozhodovat se (Bandura, 1978; Grusec, 1992; Thomann & Carter, 2008).

## **1.2 Vývojová stádia**

Kapitoly o vývojových stádiích budou provázány teorií interakce matky s dítětem Margaretu Mahlerové, která je zaměřena právě na sociální chování v těchto vývojových obdobích. I když některé poznatky, jež uvádí, jsou dnes již překonány, poslouží jako vodítko tématem, následně doplněné o aktuální informace. Tím bude krátce nastíněn i vývoj pohledu na problematiku sociálního chování a emocí u dětí v čase.

### **1.2.1 Novorozenecké období**

Podle Mahlerové (1975) se dítě v novorozeneckém období, tedy v prvním měsíci života, nachází ve fázi normálního nebo také primárního autismu, kdy není schopno odlišit matku ani sebe od okolí a soustředí se především na uspokojování primárních potřeb. Tímto pohledem je vybavenost dítěte pro sociální interakci poměrně podceněna, neboť se již v této době objevují první známky sociálního chování. V první řadě je dítě schopno již několik dní po narození rozeznat matku od ostatních lidí podle zvuku jejího hlasu a také podle čichu (Gillibrand et al., 2016). Dále je pojmenováno tzv. protosociální chování, které se projevuje tak, že dítě reaguje živěji na lidský hlas než na ostatní zvuky, dále zrakem s větším zájmem pozoruje lidský obličej než jiné předměty. Stejně tak i úchopový reflex je silnější vůči

lidskému prstu než jinému předmětu, byť stejných rozměrů a tloušťky jako prst. Zásadní vliv na dítě má v tomto ohledu právě pečující osoba (především matka, ale není to pravidlem), a to zejména její vztah s dítětem. Důležitou složkou úspěšné socializace je interakční synchronie mezi dítětem a pečující osobou. Dítě je pak právě prostřednictvím recipročního vztahu s pečující osobou postupně socializováno (Langmeier & Krejčířová, 2008). S tímto tématem souvisí i koncept attachmentu Johna Bowlbyho, který hovoří o důležitosti vazby matky nebo pečující osoby s dítětem (Gillibrand et al., 2016). Tento koncept bude více rozveden v kapitole o batolecím období.

Důležitou oblastí, která představuje prostředek interakce novorozence s okolím, je pláč a křik. Ten je již po narození diferencovaný a jednotlivé typy křiku naznačují reakci na jiný podnět působící na dítě (hlad, bolest). Na tyto projevy je matka schopna intuitivně reagovat a podle toho správně naplňovat potřeby dítěte. Pokud interakce neprobíhá ideálně, například když pečující osoba (matka) nereaguje na signály, jež dítě vysílá, může dojít k postupné ztrátě zájmu o sociální interakci v podobě apatie či v podobě krátkých pokusů o kontakt, které končí nenavázáním interakce. Na druhou stranu v případě, že jde o dráždivé dítě, mohou i pokusy matky o naplnění jeho potřeb být neúspěšné, což může přispět ke zhoršení sociální interakce. Mezi další projevy, které podporují evidenci o sociálním chování dětí již v takto nízkém věku, patří pláč jako reakce na pláč jiných dětí (Gillibrand et al. (2016); Langmeier & Krejčířová, 2008).

Nejsou to ale pouze děti, ale i rodiče, jejichž reakce vůči novorozenci jsou rovněž specifické. Také jimi posilují sociální komunikaci s dítětem. Jde například o používání mluvy s chudším výrazovým projevem spolu s tónem hlasu (Langmeier & Krejčířová, 2008). Jak je tedy zřejmé, dítě se již rodí s určitými predispozicemi k sociální interakci s okolím, která je samotným okolím dále posilována a podporována.

### ***Regulace emočních projevů v novorozeneckém období***

V oblasti regulace emocí se také objevuje specifický vývoj. Od narození s přesahem do kojeneckého období, tedy v prvních měsících života, je emoční vzrušení zpravidla určitým způsobem regulováno pečující osobou. Tato regulace probíhá prostřednictvím kontroly prostředí, aby nedošlo k nadměrné stimulaci dítěte. V případě potřeby pak poskytují pečující osoby dítěti uklidňující prvky: houpání, nošení, zpívání, dudlík, láhev s kojeneckým mlékem nebo prs kojící matky (Shaffer et al., 2020).



### 1.2.2 Kojenecké období

Mahler (1975) označuje druhou fázi vývoje jako normální symbiózu, která trvá mezi druhým až čtvrtým měsícem věku dítěte. V tuto dobu začíná dítě odlišovat okolí, ale sebe s matkou stále vnímá jako jedno. Třetí fáze separace – individuace – pak trvá od čtyř měsíců do tří let a má celkem čtyři subfáze. První ze subfází je diferenciací, která je stanovena mezi čtvrtým a desátým měsícem věku. Dítě v tuto dobu už začíná lépe odlišovat matku od ostatních, proto se může postupně objevovat strach z dalších osob. Zároveň je s tím ale spojen zájem o explorační okolí. Pro konec tohoto období, zhruba kolem sedmého měsíce, jak bude popsáno dále, jsou typické projevy separační úzkosti. Druhou subfází je procvičování, které má počátek v kojeneckém období s přesahem do batolečího a trvá od 10. do 16. měsíce. V tomto stádiu začíná postupné vzdalování dítěte od matky, což je spojeno s počátkem samostatné lokomoce. Tato subfáze je typická postupným vzdalováním dítěte od matky s následným navracením, aby získalo jistotu a emočně se zklidnilo. Období je spojeno s dalším nárůstem separační úzkosti, kdy delší nucená separace od matky může podle Mahlerové vést ke stagnaci ve vývoji dítěte, až k možnému regresu. Je důležité podotknout, že pokud se u dítěte objeví vývojový regres, je nutné vyhledat odborníka. Nejde totiž o přirozený proces a neměl by se u dětí objevovat. Když se tak stane, vždy naznačuje obtíže.

Důležitým a zásadním milníkem kojeneckého období pro rozvoj sociální komunikace je zhruba druhý měsíc života dítěte. Vlivem neurofyziologického vyžívání je dítě schopno být delší periodu času vzhůru, zároveň lépe kontroluje pohyby hlavy a zaměření pohledu, u něhož je i déle schopno udržet pozornost. Dítě díky tomu dokáže lépe a více systematicky sledovat obličej matky (případně jiné pečující osoby). Toto chování je pak přípravou pro větší zapojení do sociální interakce tváří v tvář s druhou osobou, při které se postupně začíná právě okolo druhého měsíce objevovat sociální úsměv. Jak je tedy zřejmé, samo vyžívání dítěte není dostatečné pro to, aby se začal sociální úsměv objevovat, ale je nutné, aby dítě mělo možnost zažít specifické sociální situace, kdy se na něj matka (pečující osoba) usmívá, přičemž dítě má možnost toto chování imitovat. Zároveň je úsměv dítěte podporován reakcemi ze strany matky (Wörmann et al., 2012). Zhruba kolem druhého až třetího měsíce se pak u kojence začíná objevovat tzv. amae pláč, který přidává další funkci projevům křiku. Tento typ pláče naznačuje potřebu blízké emoční komunikace s pečovatelem. Pláč je bez slz, s úzkostlivým tónem a s vysokou frekvencí pohledů dítěte na matku, která na něj reaguje promptněji než na ostatní typy pláče. Amae pláč pak tvoří zhruba 30–40 % pláče

produkovaného dítětem ve věku tří měsíců. Předpokládá se, že jeho role je důležitá ve zpevnování vztahu matky s dítětem (Nakayma, 2015).

Kolem sedmého měsíce dítě navazuje specifický vztah k jedné osobě, zpravidla se jedná o matku. V tomto období se objevuje separační úzkost. Kagan et al. (1978) uvádí, že projevy separační úzkosti mohou být přítomny u dětí mezi 7.–20. měsícem. Při odloučení od pečovatele/matky je dítě ve fázi separační úzkosti ve vztahu k dalším osobám negativistické a odmítavé. Dítě je následně po návratu nadměrně závislé na svém pečovateli. Dalšími znaky projevů separační úzkosti mohou být velký stres při odloučení, vyhýbání se tomu, aby dítě bylo někde samo bez dospělého a vyhýbání se spánku mimo domov či bez rodiče (pečující osoby). Kromě reálné fyzické nedostupnosti může tuto reakci vyvolat i emoční nedostupnost pečující osoby. Spolu se separační úzkostí se zhruba ve stejnou dobu objevuje i strach z cizích lidí. Je nutné mít na paměti, že se jedná o znaky normálního vývoje dítěte, takže může být alarmující, pokud se tato stadia ve vývoji neobjevují. Vztah matky (pečovatele) s dítětem totiž slouží jako základ pro rozlišování spolehlivých vztahů k lidem (za předpokladu normálního vývoje a dobře fungující interakce matka–dítě). V novějších studiích separační úzkosti jsou pak uvedeny informace o tom, že až 90 % dětí se separační úzkostí má alespoň jednu obtíž spojenou se spánkem. Některé studie také naznačují vliv konfliktu v manželství na separační úzkost dětí (Schlarb et al., 2015; Langmeier & Krejčířová, 2008).

V souvislosti s výše uvedeným je jistě nutno zmínit i Johna Bowlbyho a jeho koncept attachmentu. I přes to, že některé z jeho výroků již byly novějším výzkumem doplněny a zpřesněny, je z jeho poznatků čerpáno doposud. Výzkumy studující attachment se v první řadě zdokonalily díky funkční magnetické rezonanci (fMRI), která nám dovoluje sledovat neurofyziologii mozku. Na základě toho bylo zjištěno, že matky dětí s jistou vazbou vykazovaly na fMRI větší aktivaci mezolimbické dopaminergní dráhy odměny, která je aktivována oxytocinem, při pohledu na veselý či plačící obličej svého dítěte oproti matkám s vazbou nejistou. Správnou funkcí tohoto systému je podpořeno reaktivní mateřské pečující chování (Strathearn, 2011). Je tedy zřejmé, že attachment má neurofyziologický základ.

Důležitou součástí teorie attachmentu je i předpoklad, že pokud nedojde v tzv. „kritické periodě“, která byla později přejmenována na „senzitivní periodu“ (kojenecký věk, zhruba sedmý měsíc) k vytvoření pevného vztahu mezi pečující osobou a dítětem, vznikají nereverzibilní obtíže v sociálním a emočním vývoji. Právě toto tvrzení bylo novějším

výzkumem upraveno. Výzkumy vyvracející devastující vliv vytvoření špatné vazby mezi matkou a potomkem byly mnohdy prováděny na zvířatech. I když přinesly cenné poznatky, bude zmíněn především jeden výzkum spojený specificky s dětmi. Existuje totiž skupina dětí, která umožnila sledovat tyto procesy i u lidí, aniž by pro to byly uměle vytvořeny podmínky. Jde o děti, které byly adoptovány nebo umístěny do pěstounské péče až ve vyšším věku, konkrétně zhruba mezi třemi až sedmi lety. Výsledky poukazují na to, že i v pozdějším věku byly děti schopny si vytvořit jistou vazbu s pečující osobou i přes předešlé adverzní zkušenosti (Pace et al., 2012). I přes to, že zmíněné výzkumy přímo nesouvisí s kojeneckým věkem, jsou uvedeny v této kapitole, aby byl smysluplně doplněn celek navazujícími informacemi. Další odstavce se budou opět zabývat kojeneckým obdobím.

Právě v souvislosti s attachmentem přišla v roce 2001 s novým konceptem Elizabeth Meinsová a kol. Pojmenovala specifické jednání rodičů, kteří se chovají ke svému dítěti jako k jedinci, který má vlastní pocity a myšlenky o nichž jim rodič prostřednictvím sociální interakce referuje. Toto chování pak pojmenovala *mind-mindedness*. Její výzkumy odhalily, že děti matek, které již od šesti měsíců věku v rámci interakcí více slovně odkazovaly na psychické stavy dítěte, měly větší pravděpodobnost jisté vazby ve věku jednoho roku. V souvislosti s tím zjistila, že *mind-mindedness* predikuje jistou vazbu lépe než senzitivita matky v období procesu separace – individuace popsané Mahlerovou. Mimo jiné v rámci svého výzkumu zjistila, že děti matek, které adekvátně komentovaly vnitřní stavy dítěte (tedy byly schopny správně odhadnout, co dítě cítí) měly ve čtyřech letech lépe rozvinutou teorii mysli než děti matek, které odhadovaly a komentovaly prožívání dítěte neadekvátně. Kromě toho děti matek se špatným odhadem prožívání měly ve dvou letech chudší symbolickou hru. Faktor působící na správnou dovednost *mind-mindedness* je dle výzkumů Meinsové (2013) anamnéza porodu a početí (zda bylo těhotenství plánované, či nikoli).

Tyto nově získané informace v první řadě doplňují a zpřesňují poznatky Bowlbyho a Mahlerové a zároveň dávají svým způsobem naději na to, že i přes obtíže, které se mohou v raném dětství objevit, existují způsoby kompenzace. Do budoucna je důležité rozšiřovat informace o možnostech působení matky na dítě prostřednictvím správné interakce. V návaznosti na dotazník, který bude zkoumán v praktické části práce, jde tedy o upozornění na to, že sociální a emoční obtíže, které dítě v tomto věku může mít, jsou vázány právě i na interakci s okolím, a proto je v tomto věku zásadní zkoumat celý rodinný systém.

### ***Regulace emočních projevů v kojeneckém období***

Podle Langmaiera a Krejčířové (2008) se již u novorozenců objevují primární emoce (překvapení, radost, strach, odpor, smutek). Dle jiných zdrojů se však vynořují v repertoáru dítěte až mezi druhým až sedmým měsícem (Shaffer et al., 2020).

Některé studie naznačují, že děti jsou schopny chápat mimická a vokální emocionální vodítka pečující osoby. Od pěti měsíců věku jsou pak schopny rozlišit mezi kontrastními emocemi (radost/smutek) pouze podle intonace hlasu a od sedmi měsíců jsou schopny je rozlišit podle mimiky (Thomann & Carter, 2008).

V kojeneckém věku, zhruba kolem šestého měsíce, se začínají objevovat první známky regulace vlastních emocí, a to nejprve v podobě odvrácení od nepříjemného podnětu nebo hledání něčeho, co může dítě vložit do úst a cucat (dudlík, palec). Dokud si jich nevšimne matka a dítě utěší nebo ho vzdálí od podnětu diskomfortu. Zajímavé je, že ve věku šesti měsíců se chlapci dožadují pláčem a křikem uklidnění od pečující osoby více než dívky. Zhruba ve 12 měsících se u kojenců rozvíjí další strategie pro redukci negativního nabuzení. Jde o pohupování, kousání věcí a samostatné vzdálení se (s nástupem lokomoce) od podnětů, které v nich budí zlost (Shaffer et al., 2020).

Další otázkou spojenou s tímto obdobím je vynořování komplexních emocí. Novější studie totiž nastiňují, že již děti ve věku mezi druhým a čtvrtým měsícem jsou schopny projevovat stydlivost, plachost a rozpaky. Toto tvrzení zůstává však stále poněkud kontroverzním vzhledem k tomu, že je takové chování spojeno s určitou úrovní kognitivního zpracování a porozumění tomu, jaké má dané chování vzbuzující tyto emoce vliv na okolí (Meins, 2017).

### **1.2.3 Batolecí období**

V batolecím období probíhají poslední dvě subfáze třetí fáze vývoje vztahu s matkou podle Mahlerové (1975), jimiž jsou znovusblížení (nebo též navazování sociálních vztahů) a individuace. Během navazování sociálních vztahů, které trvá od 16. do 25. měsíce, se dítě aktivněji zapojuje do sociální interakce s matkou i dalšími osobami a zároveň se stává odolnějším vůči frustračním vlivům. Kromě toho se objevuje další specifický projev, jímž je ambivalentní vztah k matce. Na jednu stranu dítě vyžaduje její přítomnost, na stranu druhou vůči ní vyjadřuje negativní pocity v podobě vzdoru, někdy zacházejícího až do hostility. Ta se může projevovat například jako bouchání matky a podobně. Poslední ze subfází je individuace, která se objevuje mezi

25.–36. měsícem. Zde probíhá pomyslný zrod psychologického „já“, kdy dítě podle Mahlerové internalizuje matku takovou, jaká je, tedy její dobré vlastnosti i ty, které dítě frustrují, a může pomalu začít fungovat jako samostatný jedinec. Pro toto období je běžná obliba samostatné hry a dítě je schopno dobře snášet přiměřenou separaci od matky.

Důležitým milníkem batolecího období je počátek sdílené pozornosti. Ta se začíná objevovat okolo jednoho roku věku dítěte a projevuje se tím, že dítě ukazuje na předměty, aby na ně upoutalo pozornost druhých. Dítě je zároveň schopno porozumět tomu, pokud někdo něco ukazuje jemu. Sdílení pozornosti je pro dítě velmi motivujícím sociální prvkem. Jde o novou úroveň sociálního porozumění, ve kterém dítě již poznává, že druzí také vnímají podobné věci jako ono samo, mají přání, pocity a zkušenosti o nichž lze komunikovat (úhel pohledu a rozdíly mezi zkušenostmi jednotlivých lidí však chápe až mezi třetím a čtvrtým rokem, kdy je zhruba předpokládán vznik teorie mysli). Mimo to je sdílená pozornost i základem rozvoje dalších dovedností a funkcí. Patří mezi ně řeč, kdy prostřednictvím sdílené pozornosti dítě zachytí, na jaký předmět druhý kouká, a podle toho je schopno spojit obsah sdělení s konkrétním předmětem nebo situací. Dále je sdílená pozornost základem pro sociální užití předmětů, kde se prostřednictvím imitace dítě učí, jak jednotlivé předměty využívat. I samotná budoucí pozornost dítěte je ovlivněna primární sdílenou pozorností (Rodriguez et al., 2017). Výzkum Collise a Schaffera (1975) hovoří o tom, že sdílená pozornost, konkrétně vysoká frekvence pohledů na stejný předmět, je podmínkou rozvoje pozornosti dítěte.

Dalším zásadním vývojovým milníkem je období mezi druhým a třetím rokem věku, kdy se dítě nachází v období opozičního vzdoru. Ač jde pro rodiče o velmi frustrující období, je nedílnou součástí socio-emočního vývoje dítěte, díky němuž roste jeho autonomie. I přes to, že termíny, se kterými bývá období vzdoru asociováno (jako např. negativismus, protestování, tvrdohlavost), mají negativní konotaci, popisují však přirozený a zdravý vývoj samostatnosti a autonomie dítěte. Samotné opoziční chování se pak neobjevuje pouze vůči rodičům, ale i vůči dalším dospělým a vůči vrstevníkům. Při zkoumání rozdílů mezi opozičním chováním dětí ve věku dvou a tří let bylo zjištěno, že děti ve věku dvou let projevují více opozičního chování vůči vrstevníkům, ve věku tří let jsou tyto projevy chování více orientovány na dospělé (Keefefer, 2005).

### ***Regulace emočních projevů v batolecím období***

Zhruba od 18.–24. měsíce začínají batolata o svých emočních prožitcích hovořit, a proto se stávají tématem každodenní konverzace v rodině, jejímž prostřednictvím má dítě možnost lépe porozumět svým emocím i emocím druhých. U dětí, se kterými rodiče více o emocích hovořili, se rozvinula i lepší dovednost rozpoznávat emoce ostatních. Tato dovednost pak pomáhá k rozvoji empatie (Dunn et al., 1991).

V období batolecím se jako copingová strategie práce s frustrací začíná objevovat rozptylování jinými aktivitami (např. hrou), a to i přes to, že mezi 18. a 24. měsícem se děti samy pokouší kontrolovat chování druhých lidí nebo objektů, které jim působí diskomfort, s úmyslem ho odstranit. Ve dvou letech batole stále neumí samostatně zpracovávat emoce strachu či vzteku, z toho důvodu se obrací na pečovatele, u něhož vyhledává oporu a pomoc při regulaci emocí. Právě proto, že děti aktivně hledají oporu ve druhých, jde o jejich vlastní seberegulační proces. Samo dítě totiž vyhledává pomoc a pouze nečeká, až přijde pomoc od dospělého na základě signálů, které dává, jako tomu bylo v předešlých stádiích. Výzkumy také potvrdily, že seberegulační procesy jdou ruku v ruce s vývojem řeči. Longitudinální studie Robena et al. (2013) odhalila, že děti, jejichž jazykové dovednosti byly v 18 měsících lepší nebo se v průběhu času rapidně zlepšily, se ve věku 48 měsíců méně zlobily a méně prožívaly vztek. Dítě se tedy mezi druhým a šestým rokem učí stále lépe zvládat a regulovat vlastní emoce. Značnou roli v tomto procesu pak hrají i reakce okolí na emoční projevy (Schaffer et al. 2020).

V průběhu druhého roku života děti začínají projevovat komplexní emoce, jako jsou pýcha, závist, zahanbení, rozpaky a vina, jež jsou navázány na sebeuvědomování a sebehodnocení. Ve třetím roce věku se pak objevuje počátek schopnosti maskovat emoční projevy, minimálně do takové míry, že je v některých případech člověk, který dítě nezná, nerozpozná (Schaffer et al. 2020).

Jak již bylo popsáno, u běžně se vyvíjejících dětí se postupně rozvíjí adaptivní regulační dovednosti. Děti s vývojovým opožděním pak tyto dovednosti používají mnohem méně a jsou méně schopny seberegulace. Výzkumy Bakera et al. (2007) hovoří o tom, že u dětí s vývojovým opožděním a horší regulací emocí se v souvislosti s tím objevují i slabší sociální dovednosti, které jsou ovlivněny především zmíněnou horší regulací emocí. Dále se zmiňuje o tom, že jedním z mediačních vlivů těchto obtíží mohou být rodinné faktory, jako je vztah rodičů mezi sebou spolu se vztahem k dítěti. Závěrem však upozorňuje na nutnost

pokračujícího výzkumu v této oblasti. Dalším výzkumem, který se zabývá touto problematikou, je longitudinální studie Norona a Bakera (2014), v níž bylo sledováno 225 dětí rozdělených do dvou skupin, a to podle toho, zda u nich probíhal normální, nebo opožděný vývoj. Na tomto vzorku bylo prováděno měření ve třech, pěti a osmi letech věku, přičemž ve všech obdobích měly děti s vývojovým opožděním horší regulaci emocí oproti normálně se vyvíjejícím dětem. I přes to, že tento výzkum začínal svá měření právě na konci batolecího období, je do diplomové práce zahrnut, neboť opožděný vývoj není projev, který by se objevil náhle. Jde spíše o dlouhodobý proces, takže lze tedy předpokládat, že děti, které měly obtíže ve třech letech, je měly už dříve. S tím se pojí i předpoklad, že už dříve bylo pro tuto skupinu dětí náročnější regulovat své emoce.

S výše uvedeným výzkumem bylo spojeno i zjištění, že rodiče dětí s vývojovým opožděním s nimi v nižším věku používali méně strukturované učení rozdělené do menších učebních celků na úrovni dovedností dítěte, aby co nejvíce podpořili samostatné fungování dítěte – v originálním znění tzv. scaffolding behaviors (Thomann & Carter, 2008). Toto chování pečující osoby pak výzkum popisuje jako jednu z věcí, která by mohla hrát roli v práci s dětmi s obtížemi v regulaci emocí. Avšak i zde je dle autorů třeba ještě dalšího výzkumu (Norona & Baker, 2014). Scaffolding behaviors vychází z Vygotského zóny proximálního vývoje, která je popsána jako rozdíl mezi aktuální vývojovou úrovní podmíněnou samostatným řešením problému a potenciální vývojovou úrovní, která je podmíněna řešením problému pod vedením či ve spolupráci s druhými. I přes to, že někteří autoři používají oba výrazy skoro jako synonymum, zóna proximálního vývoje má širší pojetí, a proto je adekvátnější hovořit o tom, že z ní scaffolding behaviors vychází.

Jedním z rozdílů mezi nimi je i stanovení cílů. Zatímco zóna proximálního vývoje má za cíl vývoj jedince, scaffolding behaviors mohou mít i jiné cíle než vývoj, může jít např. o samotné učení, plynulost či mistrovství v dané oblasti. Stejně tak jsou tyto procesy považovány za více mechanické s předem predeterminovaným výsledkem, přičemž Vygotského zóna proximálního vývoje je sama o sobě hodně zaměřena i na samotný proces a výsledkem procesu je pak právě posun na další úroveň (Xi & Lantof, 2020).

Na závěr kapitoly je nutné podotknout, že vývoj dítěte je extrémně komplexní proces, na který má vliv obrovské množství faktorů. Je jisté důležité mít na paměti, že ač je množství znaků souvisejících se socio-emočním vývojem založeno na biologickém vrozeném podkladě, jde do jisté míry ovlivňovat právě interakcí s dítětem.

## **2. Mentální, behaviorální a neurovývojové poruchy**

Kapitola odkazuje na nejnovější, už 11. revizi mezinárodní klasifikace nemocí, která vstoupila v platnost v lednu 2022. Zde tvoří celou samostatnou kategorii obtíží a je označena číslem 06. Podle informací z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR by měl být vyhotoven český oficiální překlad do konce roku 2022. Z toho důvodu bude pro potřeby práce čerpáno z vlastního volného překladu anglického originálu ICD-11, aby byly uvedeny co nejaktuálnější informace. Pro označení 11. revize bude záměrně využita zkratka anglické verze, tedy ICD-11, aby bylo jasné, že je čerpáno z této verze, a ne z překladu. V některých případech budou pro srovnání uvedeny i údaje dle MKN-10, která je v českém prostředí stále hojně využívána i vzhledem k tomu, že 11. revize nemá prozatím vyhotoven překlad a implementační proces nové kategorizace také bude nějaký čas trvat (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; World Health Organization, ICD-11). V dalších podkapitolách práce pak budou popsány poruchy relevantní s ohledem na téma práce, jimiž jsou především neurovývojové poruchy, úzkost a poruchy spojené se strachem, poruchy nálad, poruchy chování a disociální poruchy, poruchy příjmu potravy a poruchy spánku. Je poměrně obvyklé, že jednotlivé obtíže jsou komorbidní a vyskytují se současně, často s převahou symptomů jedné z nich. I z toho důvodu zde bude vytvořen přehled obtíží, jejichž symptomy jsou určitým způsobem v rámci screeningového dotazníku použitého v praktické části sledovány.

### **2.1 Neurovývojové poruchy**

Neurovývojové poruchy tvoří dle ICD-11 samostatnou podkapitolu, do níž spadají poruchy mentálního vývoje, vývojové poruchy řeči a jazyka, poruchy autistického spektra, vývojové poruchy učení, vývojová porucha motoriky a koordinace, porucha pozornosti s hyperaktivitou, stereotypní pohybová porucha, primární tiky a tikové poruchy, sekundární neurovývojový syndrom a nespecifikované reziduální kategorie, kterými jsou ostatní specifické neurovývojové poruchy a neurovývojové poruchy nespecifikované. Pro srovnání většina zmíněných obtíží je dle MKN-10 v kategorii poruch psychického vývoje (F80–F89). Celá kategorie obtíží je v MKN-10 sestavena podle společných znaků, kterými jsou nástup v kojeneckém věku či dětství, postižení nebo opoždění vývoje funkcí vztahujících se k biologickému zrání CNS nebo stálý průběh neobsahující remise a relapsy (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Další dělení obtíží však bude následovat kategorizací dle ICD-11. Více rozvedeny budou vývojové poruchy řeči a jazyka, poruchy autistického spektra a porucha pozornosti s hyperaktivitou.



### 2.1.1 Vývojové poruchy řeči nebo jazyka

Vývojové poruchy řeči a jazyka jsou charakterizovány obtížemi v produkci či porozumění řeči. Dalším důležitým znakem jsou také neodpovídající jazykové schopnosti vzhledem k věku nebo intelektovému fungování jedince. Podle ICD-11 do této kategorie spadají vývojové poruchy artikulace řeči, vývojové poruchy fluence řeči, vývojové poruchy jazyka a ostatní specifické vývojové poruchy řeči a jazyka. Podle MKN-10 jsou poruchy řeči a jazyka členěny na specifickou poruchu artikulace, expresivní poruchu řeči, receptivní poruchu řeči, Landauův–Kleffnerův syndrom, jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka a vývojová porucha řeči nebo jazyka (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; World Health Organization, ICD-11).

V rámci hodnocení jazykových schopností dítěte sledujeme několik modalit, a to formu užití jazyka, kde spadá syntax, morfologie a fonologie. V případě obtíží v této oblasti se objevuje špatná výslovnost a zhoršená schopnost využívání zvuků jazyka. V oblasti gramatiky se objevují časté agramatismy a obtíže v tvorbě struktury věty. Je běžné, že dítě v období okolo jednoho roku věku používá žargon, je však důležité, zda se s narůstajícím věkem objevuje rozvoj schopnosti užívat spojení slov, vět a souvětí, čehož by dítě kolem třetího roku věku mělo být schopno (Paul & Norbury, 2012; Langmeier & Krejčířová, 2008). Další modalitou je obsah, kam spadá sémantika, slovní zásoba a znalost objektů a událostí. Pokud má dítě obtíže v této oblasti, zpravidla je u něj opožděna akvizice prvních slov a následně frází. Kromě toho má omezenou slovní zásobu a nedokáže například pojmenovat některé běžné předměty, i když je může znát. U dětí se v období kolem 18. měsíce (věková hranice však není přesně určena, u některých dětí může být i vyšší) objevuje jazykový spurt, kdy se dítě ve velmi krátké době naučí množství nových slov. I v souvislosti s tímto obdobím můžeme pozorovat, zda je u dítěte podezření na nějaké obtíže v rozšiřování slovní zásoby. Poslední z modalit je užití jazyka v kontextu sociálních vztahů a pragmatických účelů. Zde jsme v oblasti obtíží porozumění jazykovým spojením nebo delším úsekům řeči. Dítě může mít také potíže s produkcí delších řečových úseků. Kromě toho se objevují výrazné obtíže s porozuměním abstraktním a nejednoznačným výrazům (Gillibrand et al., 2016; Paul & Norbury, 2012).

Vzhledem k tomu, že množství vývojových poruch včetně PAS může mít za souvislost i opožděný vývoj řeči, je jazykový vývoj dítěte jedním ze sledovaných znaků při screeningu obtíží v raném dětství. Podle výzkumů znamená opožděný jazykový vývoj ve dvou letech

věku dítěte potenciální obtíže do budoucna, proto je důležité tuto oblast sledovat (Smolík & Bytešníková, 2017).

### **2.1.2 Poruchy autistického spektra**

Poruchy autistického spektra prošly v rámci ICD-11 velkou změnou v klasifikaci. V ICD-11 nově existuje samostatná kategorie *poruchy autistického spektra*, která je dále dělena na symptomatiku PAS podle narušení intelektu a jazyka. Je tedy kladen větší důraz na chápání symptomů autismu v rámci spektra, nikoli jako samostatné diagnózy, jak tomu mohlo naznačovat oddělování diagnózy dětského autismu a Aspergerova syndromu a dalších. Ostatní poruchy zařazené v MKN-10 do kategorie pervazivních vývojových poruch byly přesunuty do jiné kategorie nebo úplně překlasifikovány, přejmenovány či zrušeny (World Health Organization, ICD-11).

Pro poruchy autistického spektra jsou specifické deficity v sociální komunikaci spolu s omezenými, opakujícími se vzorci chování, zájmů či aktivit. Tyto obtíže se objevují již v raném věku a omezují a narušují každodenní fungování dítěte a jeho okolí. Doposud není známa přesná etiologie obtíží. Z dostupných výzkumů je však zřejmé, že nejde o jeden konkrétní spouštěč, ale o multifaktoriální vlivy, které mohou hrát roli. Při diagnostice se klade důraz na behaviorální projevy. I přes to, že péče o jedince s PAS se za posledních 50 let výrazně zkvalitnila, pracujeme stále pouze s kompenzačními terapeutickými postupy, které mají za cíl zmírnit projevy symptomů. Důležitou roli pak hraje primární screening a brzká diagnostika, které mohou přispět ke včasnému započetí kompenzačních intervencí (Lord et al., 2018; World Health Organization, ICD-11).

Je jistě důležité znovu upozornit, že v této oblasti se pohybujeme podle názvu právě na spektru obtíží, proto projevy u různých dětí mohou vypadat zcela odlišně. Základními oblastmi, v nichž se sledují deficity, jsou sociální komunikace a interakce, a to včetně neverbální komunikace, pružnosti očního kontaktu, reciprocit v emocích spolu s navazováním a udržováním vztahů s druhými. Takové chování může vypadat například tak, že je dítě odtažité, ale i tak, že je až abnormálně kontaktní i v situacích, kdy je to sociálně neadekvátní. U dětí nižšího věku jsou pak často viditelné nápadnosti ve hře, kdy se může kombinovat ulpívavý zájem o určité předměty/aktivity s nezájmem o hru společně s vrstevníky. Dítě může mít i specifické věkově neadekvátní zájmy. V oblasti opakujících vzorců chování se pak může jednat o stereotypní chování, ale i o abnormální smyslové vnímání, opět na obě strany spektra. Jde o zvýšený zájem o určitou senzoryckou stimulaci

(např. dotýkání se určitého materiálu, poslech určitého zvuku apod.), nebo naopak až odpor k některým sensorickým stimulům (např. taktilní či chuťové vjemy). Dále do této kategorie spadají i omezené zájmy a obtíže s adaptací, kam spadá ritualizace nebo stálé opakování vzorce určitého chování. U některých dětí jsou pak znatelné rozdíly v chování již v útlém věku, u jiných dětí s jinou závažností symptomů se podezření může vynořit až ve věku pozdějším, kdy deficity překonají kompenzační schopnosti dítěte (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.1.3 Porucha pozornosti s hyperaktivitou**

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je specifikována jako více než šest měsíců trvající nepozornost hyperaktivita a impulzivita, popřípadě jejich kombinace. Podle těchto kritérií jsou děleny i v ICD-11. Toto chování pak výrazným způsobem narušuje sociální, akademické nebo pracovní fungování jedince. Nepozornost je definována jako obtíž udržet pozornost u aktivit s malou stimulací či nízkou frekvencí odměn, spadá sem i roztržitost a problémy s organizací. Hyperaktivita pak odkazuje na zvýšenou motorickou aktivitu a potíže zůstat v klidu. Většinou jsou tyto obtíže viditelné v situacích, které vyžadují behaviorální sebekontrolu. Impulzivita je charakterizována okamžitým reagováním na podnět bez promýšlení a zvažování rizik a následků. V praxi se setkáváme s diagnostikou této oblasti od zhruba třetího roku dítěte. Podle MKN-10 spadají poruchy spojené s pozorností a hyperaktivitou do kategorie poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství. Podle ICD-11 jsou zařazeny do neurovývojových poruch (World Health Organization, ICD-11). Výzkum Bumgaarda a dalších (2018), jenž se soustředil na rané projevy ADHD u dětí ve věku mezi dvěma až třemi lety, zároveň upozornil na to, že mezi symptomy, které se objevují v tomto věku, je nepravidelný spánkový vzorec a snížená aktivita během dne oproti dětem stejného věku a pohlaví, což může být poněkud překvapivé zjištění.

## **2.2 Úzkost a poruchy spojené se strachem**

Strach a úzkost jsou související jevy, které odlišuje především hledisko času. Zatímco strach je bezprostřední reakce na subjektivně vnímanou hrozbu, úzkost je spojena s anticipací subjektivně vnímané hrozby. Společnými znaky pro úzkostné poruchy a poruchy spojené se strachem jsou: nadměrný strach, až úzkost a s ní spojené narušení fungování jedince (World Health Organization, ICD-11).

Úzkost a poruchy spojené se strachem jsou součástí této kapitoly vzhledem k tomu, že na ně odkazuje i dotazník představený v praktické části práce. Kromě toho je úzkost,

konkrétně separační úzkost, přirozenou součástí vývoje dítěte. Sama separační úzkost naznačuje schopnost mentální reprezentace pečující osoby. Když není nablízku, dítě ztrácí signifikantního člověka, který mu pomáhá naplňovat jeho potřeby (fyzické i psychické). Projevy separační úzkosti mohou v pozdějším věku dítěte přetrvat a přerůst v separační úzkostnou poruchu. Na tu lze usuzovat podle několika kritérií. Prvním z nich je věk, kdy u dítěte staršího než tři roky by se projevy separační úzkosti neměly běžně objevovat. Důležité je upozornit na to, že pokud je dítě nemocné, unavené nebo v prostředí, kde se mu nelíbí, mohou se některé projevy separační úzkosti objevit i v pozdějším věku. Dalším kritériem, podle kterého se hodnotí, zda se u dítěte objevuje separační úzkostná porucha, je regrese na projevy v chování, které byly pozorovány v dřívější věku, ale nyní již vymizely (může se jednat např. o noční enurézu). Dalším kritériem je závažnost projevů a situace, kdy se objevují. Děti, jejichž reakce jsou hodně intenzivní (např. dítě nelze po dlouhou dobu, a to až v řádu hodin uklidnit, špatně usíná, zvrací apod.) nebo se objevují v řadě situací i v případě, že je pečující osoba již v blízkosti, mohou trpět separační úzkostnou poruchou. Jak však bylo v tomto odstavci uvedeno, hovoříme o dětech ve věku tří a více let (mentálního věku). I přes to, že je práce zaměřena na děti do tří let, je důležité tyto milníky znát. V případě, že by se u dítěte v čase před dovršením věku tří let objevovaly extrémní projevy separační úzkosti, je jistě na místě dítě sledovat (Scher & Harel, 2008; World Health Organization, ICD-11).

### **2.3 Poruchy nálad**

V kontextu této práce je kategorie zařazena především ve vztahu k dysforii, která se může ve vyšším věku dítěte (diagnostikuje se až nejdříve ve školním věku) rozvinout až v depresi. U dětí nízkého věku je termín dysforie využíván k popisu stavu psychické nepohody. Projevy dysforie mohou být patrné již u dětí ve věku 24 měsíců, kdy ještě nedochází k diagnostikování, ale především ke sledování dalšího vývoje dítěte. Pozorovatelnými symptomy u dětí tohoto věku jsou plačtivost, iritabilita, nedostatek radosti a celkové nešťastné vzezření dítěte (Luby & Belden, 2012).

### **2.3 Poruchy chování a disociální poruchy**

Poruchy chování jsou kategorií obtíží, jež se projevuje opakovaným a přetrvávajícím asociálním, agresivním nebo vzdorovitým chováním. V desáté revizi MKN je uvedena samostatná kategorie, do níž spadá porucha chování vázaná na vztahy v rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování, opoziční vzdorovité chování, jiné poruchy chování a porucha chování NS. V ICD-11 jsou pak poruchy chování

spojeny do jedné kategorie s poruchami disociálními a řadí se sem porucha opozičního vzdorů a disociální porucha chování (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; World Health Organization, ICD-11).

Podezření na poruchy této kategorie se mohou vyskytovat již v batolecím věku a ve většině případů je jejich počátek právě v dětství. Projevy takového chování porušují základní věkově adekvátní sociální normy a pravidla. Vzhledem k jejich závažnosti jsou symptomy často patrné na první pohled. Mimo jiné narušují fungování dítěte i jeho okolí. V případě výskytu takových obtíží je podstatné okolí dítěte edukovat o tom, jak s nimi pracovat. Pro odborníky je pak důležité zjišťovat, jakým způsobem došlo u dítěte k tomu, že se u něj vyskytují projevy problémového chování, které mohou naznačovat některou z uvedených poruch. Je velmi důležité provést důkladné vyšetření pokud možno celého rodinného systému, než se uchýlíme ke stanovení diagnózy. Nežádoucí chování se u dětí může vyskytovat z mnoha různých důvodů (např. potíže s komunikací, ADHD, disharmonický osobnostní vývoj), takže nemusí jít o poruchu chování. Proto je na místě opatrnost a uvážlivost, ostatně stejně jako při utváření jakéhokoli diagnostického závěru.

V rámci této kapitoly je důležité upozornit na jednu zásadní skutečnost, a sice na to, že samotné období opozičního vzdorů zmíněné v první kapitole je důležitým milníkem vývoje dítěte. Je tedy naprosto v pořádku, když se u dítěte objevuje neochota uposlechnout instrukce dospělého nebo snaha dělat si věci po svém, což je následkem toho, že si dítě uvědomuje svou autonomii a schopnost ovlivňovat dění kolem sebe (Langmeier & Krejčířová, 2008; Keefer, 2005). Tyto projevy jsou však navázány i na fakt, že v průběhu vývoje se poslušnost dítěte zvyšuje a vzdorovité chování ustupuje, co se týče výskytu i intenzity s tím, že v období školní docházky by dítě mělo zvládnout vyhovět většině požadavků dospělých (Matthys & Lochman, 2010). Kromě toho výzkumy Kochanské et al. (2001) zjistily, že dodržování instrukcí zadaných matkou se od 14. do 33. měsíce věku dítěte zvýšilo z 27 % na 56 %, což podporuje trend postupného zvyšování poslušnosti s přibývajícím věkem již od batolecího období.

Disociálním chováním se pak rozumí takové chování, které je na hranici normy. V takto nízkém věku může jít o projevy agrese, která může s přihlédnutím k variabilitě externalizačních projevů vzbuzovat obavy rodičů (kousání, kopání). Spolu s tím mohou být přítomny i afektivní výbuchy agrese, kdy dítě brečí, křičí a nelze ho utiшит. Dále je to nadměrný negativismus a neposlušnost, kdy je interakce s dítětem v souvislosti s těmito

projevy komplikovaná. V případě, že takové chování pozorujeme u batolete, je důležité sledovat vývoj dítěte a zároveň poskytnout rodičům oporu ve zvládnání takového chování, jak bylo zmíněno výše.

Když se dítě aktivně brání a odmítá vyhovět požadavkům a pravidlům dospělých, začínáme uvažovat o poruše opozičního vzdoru. Dítě se v tomto případě s dospělými také hádá, je výbušné, nedůtklivé a často rozzlobené nebo uražené, někdy zlomyslné až pomstychtivé. Objevuje se rovněž obviňování druhých ze svých chyb či špatného chování. Opět se ale v případě takového chování pohybujeme ve vyšším věku (zhruba předškolní věk a starší) (Matthys & Lochman, 2010).

## **2.4 Poruchy příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy souvisí s tématem především kvůli pica poruše a ruminační-regurgitační poruše, které můžeme zaznamenat již u batolat. Pica je porucha spojená s konzumací nejedlých předmětů (př. hlína, papír, plast) nebo velkého množství syrových surovin (např. mouka, sůl), kterou lze diagnostikovat již u dětí zhruba od dvou let, kdy by již měla být rozvinuta dovednost rozeznávat jedlé od nejedlého. Ruminační-regurgitační porucha se projevuje cíleným navracením již spolknutého jídla zpět do úst. Dále může být jídlo znovu spolknuto nebo vyplivnuto. Poruchu lze diagnostikovat u jedinců s dosaženým mentálním věkem minimálně dvou let s podmínkou, že se dané chování musí vyskytovat několikrát za týden (World Health Organization, ICD-11).

## **2.5 Poruchy spánku**

Poruchy spánku nespádají pod mentální, behaviorální a neurovývojové poruchy (06), ale nově tvoří v rámci ICD-11 úplně samostatnou kategorii označenou číslem 07. V rámci práce však bude zařazena jako podkapitola kategorie 06 vzhledem k tomu, že se k dané problematice pojí.

Podle studií je prevalence obtíží se spánkem u dětí s normálním vývojem mezi 9–50 %, u dětí s neurovývojovými obtížemi je to pak mezi 75–80 %, což je nesmírně vysoké procento. Kromě toho není výjimkou výskyt více poruch spánku najednou. Obtíže se spánkem mohou zhoršovat projevy neurovývojových obtíží. Jak již bylo zmíněno v předešlých kapitolách, jako komorbidní projevy neurovývojových obtíží se mohou v pozdější věku objevit i úzkostné poruchy a poruchy nálad, které také zhoršují projevy spánkových obtíží a vice versa. Spánkové obtíže znesnadňují každodenní fungování dítěti i jeho okolí (Accardo, 2019). Proto je standardní praxí, že se v rámci screeningů

a diagnostických procesů sleduje i spánek dítěte, protože může být jedním z projevů jiných obtíží.

### 3. Diagnostické a screeningové nástroje

Cílem této kapitoly je představit některé existující diagnostické a screeningové nástroje, které se zabývají podobnou oblastí jako BITSEA, tedy emocemi, sociálními dovednostmi, ale i adaptivními dovednostmi a komunikací. Mimo jiné budou uvedeny i některé specifické nástroje pro diagnostiku konkrétních obtíží, jako je například PAS. Vzhledem k tomu, že každý z popsaných nástrojů se využívá pro děti s určitou věkovou hranicí, byly vybrány ty z nich, které je možné používat u dětí od narození zhruba do tří let věku. Jedná se tedy vzhledem ke zkoumané věkové kategorii především o dotazníky pro rodiče, jiné pečující osoby či odborníky nebo o strukturované standardizované rozhovory, případně o standardizované pozorování.

Dětská psychodiagnostika je dynamický obor, který usiluje o co nejpřesnější diagnostiku dětí, aby mohly včas začít podpůrné intervence, jež mají zajistit co nejoptimálnější možný vývoj dítěte. Je nutné zdůraznit, že cílem diagnostiky není pouze zjistit diagnózu, ale právě odhalit jednotlivé symptomy a na základě toho adekvátně podpořit rozvoj dítěte, především pak pokud hovoříme o dětech nízkého věku (do tří let).

I přes to, že v posledních letech zaznamenáváme obrovský posun v oblasti diagnostiky dětí, probíhají výzkumy, které pracují na zdokonalování stávajících či tvorbě nových metod. Stále je na čem pracovat, neboť jsou oblasti, kde existují poměrně velké mezery. Jako jedna z nich může být vnímána právě oblast screeningů a diagnostiky sociálního chování a emocí u dětí raného věku. I v České republice můžeme pozorovat tento trend, avšak není pro nás v tuto chvíli kapacitně ani finančně reálné, abychom byli schopni mít takovou paletu nástrojů, jako mají větší státy, kde je více odborníků i finančních zdrojů. Je pak tedy na nás, na odborné společnosti, abychom byli schopni vyhledat, přeložit a standardizovat metody, které budou využitelné pro naše prostředí, případně se podílet na tvorbě nových metod. Jak víme, jedná se o aktivitu časově velmi náročnou a spojenou s množstvím kroků, aby nástroj získal potřebné kvality. Zároveň není zaručeno, že bude navždy platný, spíše naopak – je žádoucí provádět revize a po nějaké době v případě potřeby získávat nové normy.

I přes veškerá úskalí, která mohou být s prací na tvorbě diagnostických metod spojena, jde o něco, co je smysluplné, důležité a v mnoha případech významně ulehčující práci psychologů v praxi (nové elektronické verze s automatickým vyhodnocováním, urychlení procesu diagnostiky apod.). Zkušený odborník je schopen leccos odpozorovat, ale mít podporu v nástroji, který nám může posloužit jako vodítko, potvrdit naše domněnky



a zároveň sloužit i jako podklad – zdroj významných dat, na jejichž základě můžeme provést interpretaci pečujícím osobám, je velmi cennou pomocí. Alakortes et al. (2017) ve své studii popsali, že u dětí ve věku 12 měsíců při odhalování obtíží v chování selhávají rodiče, ale i odborníci, pokud používají k posuzování jen pozorování bez podpory diagnostického nástroje. Pouze u 7–13 % dětí ze všech, které signifikantně skórovaly při testování screeningem BITSEA, vyslovil jeden z rodičů či odborník obavy o vývoj dítěte, což je opravdu hodně nízké procento.

Bylo by nepatřičné, aby byl názor vyjádřený v předchozím odstavci zaměněn s pocitem, že diagnostické metody za psychologa vyřeší veškeré otázky v rámci diagnostiky, nad kterými se musí zamýšlet. Tak tomu rozhodně není. Při interpretaci je nutné být obezřetný, pozorný a dobře znát vlastnosti využívaného nástroje. Další nevýhodou diagnostických nástrojů může být fakt, že i když můžeme mít množství nových revidovaných nástrojů, jsou to zpravidla odborníci v praxi, ke kterým se mnohdy dostávají pozdě. Je poměrně běžné, že odborník pracuje se starou revizí nebo se zastaralým nástrojem mapujícím oblast, pro níž již byl vyvinut nový, psychometricky přesnější nástroj. Důvodů může být hned několik. Jako první z nich můžeme uvést to, že odborníkovi se nástroj osvědčil, ví, jak s ním pracovat, a proto nevyhledává změnu. Dalším důvodem může být finanční stránka nové metody, především pak rozsáhlejší metody stojí poměrně velké částky. Mezi významné důvody může patřit i to, že prozatím nebyla provedena adaptace nové revize do našeho prostředí.

Samotné screeningové metody jsou pak pomyslným prvním krokem diagnostického procesu. Jejich cílem je odlišit jedince, kteří vykazují určité znaky, jež mohou vzbuzovat podezření, že mají obtíže v dané oblasti. Jde o primární odlišení, na něž v případě signifikantního výsledku navazuje detailnější diagnostické vyšetření.

Ve většině případů je psychologický screening prováděn pediatrem při preventivních prohlídkách. V České republice je v ambulancích pediatra využíván screeningový dotazník M-CHAT, jenž je zaměřen na PAS, který bude více popsán v rámci jedné z následujících kapitol. Tento dotazník je administrován zhruba v 18 měsících věku dítěte. V jednotlivých státech se využití screeningových metod liší v návaznosti na poskytovanou zdravotnickou péči a na dostupnost metod samotných.

Za jednu z výhod screeningu lze jistě považovat včasné odlišení jedinců s obtížemi a následný návrh dalšího postupu péče. Zavedení plošného screeningu pak poskytuje alespoň částečnou možnost depistáže jedinců s obtížemi, kteří by bez využití podobného nástroje

odhaleni nebyli, popřípadě by k tomu došlo až mnohem později. Zároveň se k němu však pojí i nevýhody. Jak už bylo řečeno, psychologický screening dětí raného věku většinou nebývá v rukou psychologa, ale pediatra, pro něhož je administrace a vyhodnocování další pomyslnou zátěží při už tak náročné práci. Zároveň nemusí docházet ke správné interpretaci výsledků a tím může vznikat větší chybovost, neboť i v případě těchto metod je důležitá znalost jejich specifik. V momentě, kdy by preventivní screening byl v kompetencích psychologa, existovala by velká pravděpodobnost, že se budeme potýkat s nedostatečnou kapacitou odborníků, kteří by vyšetření prováděli.

Další z podstatných proměnných vstupujících do celého procesu diagnostiky včetně screeningu je i samotný vývoj dítěte, který je velmi dynamický, a proto je tvorba posuzovacích metod pro děti velkou výzvou (Oakland & Algina, 2011). Zároveň existuje u každého z dětí určitá individualita vývoje, která je tvořena osobností dítěte a sociálními vlivy, jež na něj působí, což může komplikovat i převod některých metod v rámci různých kulturních prostředí. Celkově je nutné být u diagnostiky velmi obezřetný, neboť se dítě stále vyvíjí a mění v závislosti na mnoha vlivech.

### **3.1 Screening a diagnostika emoční, sociální oblasti a chování**

V následujících kapitolách budou popsány jednotlivé nástroje, které je možno využít na sledování oblasti sociální, emoční a chování spolu s adaptivními dovednostmi a komunikací. Některé nástroje jsou srovnávány s BITSEA, dále jsou zahrnuty některé metody, které mohou být inspirací pro adaptaci do našeho prostředí. V případě, že existuje český překlad dotazníku, je informace uvedena v textu vztahujícím se ke konkrétnímu nástroji.

#### **3.1.1 Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)**

Dotazník ITSEA – od stejných autorek, jako v případě BITSEA – je diagnostický nástroj určený pro rodiče dětí ve věku jednoho roku až tří let. Obsahuje celkem 169 položek a je navržen tak, aby obsáhl širokou škálu obtíží a kompetencí v chování, v sociální a emoční oblasti. Je důležité podotknout, že se jako jeden z mála nástrojů zároveň soustředí kromě obtíží i na získané kompetence, jejichž absence může rovněž naznačovat jisté problémy. Samotný dotazník se skládá z domén externalizace ( $\alpha = 0,92$ ), internalizace ( $\alpha = 0,75$ ), dysregulace ( $\alpha = 0,78$ ) a domény kompetencí ( $\alpha = 0,84$ ), které dohromady tvoří 17 škál. Vnitřní konzistence jednotlivých domén je přijatelná a stejně tak byla silná vnitřní konzistence u osmi z devíti škál obtíží a u všech škál kompetencí. Test-retestová reliabilita

opakovaná po dvou týdnech od prvního vyplnění dotazníku se pohybovala mezi 0,43–0,79 pro jednotlivé škály (Carter, Briggs-Gowan, Jones & Little, 2003). Vzhledem k tomu, že z tohoto dotazníku vychází screeningový dotazník BITSEA, budou jednotlivé domény popsány podrobněji právě v samostatné kapitole o BITSEA.

### **3.1.2 Child Behavior Checklist 1,5– 5 (CBCL/ 1,5–5)**

CBCL/ 1,5–5 je přeložen do více než 60 jazyků, a tudíž je ve světě hojně využívaným nástrojem, který je zaměřen na poruchy v oblasti emocí a chování u dětí ve věku 1,5–5 let. Obsahuje škály externalizace, internalizace, škálu celkových obtíží, škálu problémů se spánkem a škálu stresu, jež byla zařazena v roce 2010. Test-retestová reliabilita dotazníku po osmi dnech je mezi  $r = 0,68–0,92$  pro jednotlivé škály. Stejně tak i korelace výsledků při vyplnění dvěma posuzovateli jsou vysoké ( $r = 0,61–0,65$ ). Validita dotazníku byla zkoumána na vzorku dětí s normálním vývojem spolu s dětmi s určitými obtížemi (externalizační, internalizační), kde potvrdil dobrou rozlišovací schopnost – internalizační a externalizační škála správně odlišila 74 % diagnostikovaných dětí (Achenbach & Rescorla, 2000b). Dotazník je součástí Achenbachova systému empiricky založeného hodnocení (ASEBA – The Achenbachs System of Empirically Based Assessment), jenž sdružuje množství dalších nástrojů. CBCL samotný má několik různých forem, např. CBCL/1,5–5 – LDS, což je verze zaměřená na sledování oblasti rozvoje jazykových dovedností, dále pak kromě zde probírané verze pro předškolní věk existuje i verze pro věk 6–18 let. Formy CBCL se dělí i podle toho, kým je dotazník vyplňován – rodič, učitel, pro CBCL/6–18 i sebehodnocení (Piper et al., 2014). CBCL/1,5–5 je přeložen do českého jazyka, kde existují multikulturní normy, jejichž součástí jsou data i z české populace (ASEBA – The Achenbachs System of Empirically Based Assessment).

### **3.1.3 Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional, Second Edition (ASQ: SE – 2)**

ASQ: SE – 2 je revizí ASQ: SE skládajícího se z devíti na sebe navazujících dotazníků, rozdělených podle věkových intervalů, pro děti ve věku 3–66 měsíců (Squire, Bricker & Twombly, 2004). ASQ: SE – 2 je rozšířen na věkové kategorie dětí od jednoho měsíce do šesti let. V každém stanoveném věkovém intervalu se nachází 21–33 položek dotazníku. Zaměřuje se na mentální zdraví v raném dětství v oblastech: seberegulace, poslušnosti, komunikace, adaptivního chování, autonomie, afektivního prožívání a interakce s druhými. Do ASQ: SE – 2 byly přidány nově i položky cíleně zaměřené na komunikaci v raném věku, sociálně emoční projevy a PAS. Jde o reliabilní screeningový nástroj, kde se vnitřní

konzistence jednotlivých věkových kategorií pohybuje mezi  $\alpha = 0,71$ – $0,90$ . Test-retestová reliabilita po 1–3týdenním intervalu byla 0,89. Validita byla zkoumána ve vztahu k ITSEA, CBCL a DECA – IT. Senzitivita dotazníku se pro jednotlivé věkové kategorie pohybovala od 77,8 % do 84 % a specifická mezi 76 % a 98 % (Squires, J. et al., 2015).

### **3.1.4 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)**

Dotazník SDQ je screeningový nástroj zaměřený na psychosociální obtíže u dětí ve věku od čtyř do 16 let, který může vyplnit rodič, učitel a od 11 let je možné i sebeposouzení. I přes to, že většina v práci zmíněných nástrojů je určena pro děti nižšího věku a stejně tak i stěžejní nástroj této práce BITSEA je pro děti ve věku od jednoho roku do tří let, bude nástroj zmíněn i vzhledem k tomu, že patří mezi hojně využívané. Dotazník byl přeložen do více než 80 jazyků včetně českého a je využíván v mezinárodních studiích, jichž je Česká republika součástí (Kuruczová et al., 2020). K jeho oblibě přispěla jeho jednoduchost a stručnost, což zajišťuje rychlou administraci, a zároveň i fakt, že jeho původní varianta v anglickém jazyce je dostupná ke stažení na internetu (Youth in mind – SDQ). Dotazník obsahuje celkem pět subškál – čtyři se soustředí na obtíže (problémy v chování, hyperaktivita – nepozornost, emocionální symptomy a vrstevnické potíže) a jedna popisuje silné stránky (prosociální chování) (Essau et al., 2012).

### **3.1.5 Adaptive Behavior Assessment System – Second edition (ABAS – II)**

Koncept adaptivního chování, na jehož základech je hodnoticí škála ABAS – II vytvořena, je zaměřen na schopnost postupně získávat dovednosti potřebné k fungování v každodenním životě. Škála je tvořena celkem třemi doménami. První z nich je doména konceptuální, kam spadají dovednosti jako komunikace, funkční preakademické dovednosti (základní čtení, psaní a počítání využívané v každodenním životě, patří sem ale i znalost hodin), sebesměřování (samostatnost, odpovědnost, sebekontrola, rozhodování, dokončování úkolů, dodržování plánu) a dále zdraví a bezpečnost (např. dodržování pravidel bezpečnosti, braní léků). Druhou doménou jsou praktické dovednosti, a to sociální dovednosti (interakce s ostatními, schopnost s nimi vycházet, rozeznávání emocí, navazování vztahů) a schopnost trávit volný čas (zapojení do volnočasových aktivit, dodržování pravidel při hře). Poslední, samostatná doména je pojmenována jako praktická a tvoří ji péče o sebe sama (oblékání, stolování, hygiena), dovednosti potřebné v domácnosti (úklid, příprava pokrmů, starost o domov), život v komunitě (schopnost nakupovat, schopnost vycházet s druhými lidmi). Stejně jako v doméně konceptuální sem spadá i zdraví a bezpečnost a jako poslední dovednosti v práci. Kromě výše popsaných adaptivních dovedností sdružených

v jednotlivých doménách jsou v rámci ABAS – II zkoumány i motorické dovednosti. Škálu je možno využít už pro děti od narození do pěti let, kde existují dvě formy – první pro primární pečující osoby a druhá pro učitele či jiné poskytovatele péče o dítě (Oakland & Algina, 2011). Celkově je však škálu možno využít od narození až do 89 let věku. Je určena spolu s dalšími metodami ke stanovování diagnóz a také k plánování a hodnocení podpůrných intervencí (Harrison & Oakland, 2008). Existuje již třetí revize z roku 2015, která by měla být ještě jednodušší na administraci a skórování. V práci ale uvádím revizi druhou, která je prozatím více rozšířená a využívána v rámci výzkumu i v klinické praxi.

### **3.1.6 Vineland Adaptive Behavior Scales – II (VABS – II)**

Polostrukturovaný rozhovor, který je možné využít již od narození do 90 let věku, se zaměřuje na adaptivní chování. Byl vyvinut a poprvé revidován mezi lety 1965–1984 v reakci na obavy z diagnostiky mentálního opoždění dětí pouze na základě inteligenčních testů. Jde tedy o nástroj, který se využívá nejen k podpoře diagnózy intelektových a vývojových poruch, ale také k tvorbě vzdělávacích a rozvojových plánů. Základní čtyři domény, na něž je zaměřen, jsou komunikace, dovednosti každodenního života, socializace a motorika (Scattone, Raiggo & May, 2011). Ze stejného důvodu jako v případě škály ABAS je v práci uvedena druhá revize, i když v roce 2016 vyšla i třetí revize (Pearson assessments).

### **3.1.7 Vineland Social Emotional Early Childhood Scale (SEEC)**

Škála vycházející z domény socializace Vinelandské škály adaptivního chování. Je administrována formou polostrukturovaného rozhovoru o délce 15–20 minut a je určena pro děti od narození do pěti let a jedenácti měsíců. Celkem obsahuje tři škály, které jsou reliabilní (vnitřní konzistence škál se nacházela mezi 0,80–0,91) a validní (škála je schopna diferencovat mezi dětmi s vývojovým opožděním a dětmi bez obtíží). Škály jsou navrženy tak, aby podpořily tvorbu intervenčních plánů a byly schopny zaznamenat vývojový pokrok v měřených oblastech, mezi něž patří interpersonální vztahy, hra a volný čas a copingové strategie (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1998).

### **3.1.8 Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)**

Screeningový dotazník pro děti a dospívající od dvou do 16 let. Obsahuje celkem 36 položek, jež popisují problémové chování. Jsou zde hodnoceny dvě dimenze chování, a to jeho frekvence a identifikace rodičem jako problémové chování (Eyberg & Robinson, 1983). Jedná se o reliabilní a validní nástroj, avšak jeho faktorová struktura byla od začátku předmětem diskuse. Ačkoli Eyberg považoval ECBI za unidimenzionální dotazník,

pozdější studie objevily jeho 3faktorovou strukturu. Mezi jednotlivé faktory patří opoziční chování vůči dospělým, nepozorné chování a problémové chování (Burns & Patterson, 2000). Novější výzkumy, které probíhají i na překladech tohoto dotazníku, jeho faktorovou strukturu stále ověřují (Hukkelberg, Reedtz & Kjøbli, 2018).

### **3.1.9 Toddler Behavior Screening Inventory (TBSI)**

Screeningový inventář pro rodiče dětí v batolecím věku (12–42 měsíců). Obsahuje celkem 40 položek, které jsou zaměřeny na frekvenci a intenzitu problémového chování. U každé z položek tedy rodič hodnotí, jak často se chování vyskytuje a zda dané chování u svého dítěte považuje za problém. Dotazník má dobrou vnitřní konzistenci obou škál (0,84, 0,85) i test-retestovou reliabilitu (0,83). Validita byla zkoumaná ve vztahu k CBCL. Korelace mezi celkovým skórem ( $r = 0,60$ ) a škálou problémů CBCL ( $r = 0,48$ ) se škálou frekvence TBSI podpořily jeho validitu (McCain, Kelley & Fishbein, 1999).

### **3.1.10 Behavior Assessment System for Children – Second Edition (BASC – 2)**

BASC – 2 je systém pro hodnocení chování využitelný u dětí ve věku dva až pět let. Další formy jsou pak určeny pro děti mezi 6–11 lety a adolescenty ve věku 12–21 let. Hodnotit může rodič nebo pečující osoba či učitel. Varianta pro předškolní děti obsahuje osm klinických škál (agrese, úzkost, problémy s pozorností, deprese, hyperaktivita, somatizace, atypické projevy a vyčlenění) a čtyři adaptivní škály (aktivity každodenního života, adaptabilita, funkční komunikace, sociální dovednosti). Dále jsou zde ještě čtyři kompozitní škály (externalizace, internalizace, index behaviorálních symptomů a adaptivní dovednosti) a sedm obsahových škál, které jsou kombinací položek z různých měřených konstruktů a jsou určeny k detekování vzorců chování (Bradstreet et al., 2017).

### **3.1.11 Brief Instrument Psychological and Pedagogical Problem Inventory (KIPPPI)**

Nizozemský screeningový dotazník KIPPPI byl speciálně vyvinut pro použití v místní preventivní péči o zdravé děti. Je určen pro děti od dvou let a je zaměřen na psychosociální a pedagogické problémy. Celkem obsahuje 67 položek, které tvoří škály wellbeingu, kompetencí a autonomie. Celkové skóre je pak sumou všech škál dohromady. Celkové skóre ( $\alpha = 0,88$ ), škála wellbeingu ( $\alpha = 0,86$ ) a škála kompetencí ( $\alpha = 0,83$ ) vykazují výbornou vnitřní konzistenci i test-retestovou reliabilitu ( $r = 0,80$ ,  $r = 0,76$ ,  $r = 0,73$ ). Škála autonomie ( $\alpha = 0,58$ ) neproказuje příliš velkou vnitřní konzistenci ani test-retestovou reliabilitu ( $r = 0,60$ ), autoři proto doporučují její další studium a revize. V každém případě celkové

skóre a škála wellbeingu jsou reliabilní, validní a vhodné ke screeningu (Kruizinga, Jansen, de Haan & Raat, 2012).

### **3.1.12 Devereux Early Childhood Assessment for Toddlers (DECA – T)**

Hodnoticí škála DECA – T je určena rodičům a pečujícím personálu dětí ve věku mezi 18 a 36 měsíci. Vyplnění probíhá po čtyřtýdenním cíleném pozorování dítěte. V rámci 36 položek se hodnotí tři protektivní faktory, a to attachment/vztahy, iniciativa a seberegulace, které poukazují na mentální zdraví dítěte, resilienci a socio-emoční vývoj (Hsin – Yi Lian et al., 2019).

### **3.1.13 Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)**

Polostrukturovaný rozhovor určený k diagnostice psychických obtíží dle DSM – IV u dětí. Lze jej využít u dětí již od dvou let. Obsahuje celkem 1 591 otázek odkazujících na celkem 13 poruch. Jedná se o nástroj na jehož administraci je třeba velké množství času, což může být v některých situacích značnou nevýhodou (Egger et al., 2006). I přes to, že lze tento nástroj využít v nízkém věku a může nám poskytnout velmi cenné informace, je jistě na pováženou mluvit u dětí batolecího věku o diagnostice. Vhodnější se zdá použít termín *podezření na obtíže*. Není nikde vyloučeno, že dítě s podezřením na obtíže nemůže být součástí podpůrné intervence. Primárním cílem diagnostiky dětí nízkého věku není udělit diagnózu, ale zjistit dílčí symptomy a prostřednictvím podpůrných intervencí dítě rozvíjet.

### **3.1.14 Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA)**

Poměrně nový nástroj ve formě polostrukturovaného rozhovoru, který je na rozdíl od PAPA kratší. Obsahuje pouze 517 otázek, které se týkají 13 poruch dle DSM – IV. Je reliabilní (test-retest ICC = 0,69) a validní (akceptovatelná kriteriální validita ve vztahu k CBCL/1,5–5) s využitelností u dětí mezi jedním rokem a šesti lety (Scheeringa & Haslett, 2010).

## **3.2 Vývojové škály Bayleyové (BSID – III)**

Škály určené k diagnostice mentálního a motorického vývoje dětí ve věku od jednoho do 42 měsíců. V této podkapitole je představena především BSID – III pro socio-emoční vývoj, která se nejvíce vztahuje k tématu práce. Tato škála se zaměřuje na významné milníky socio-emočního vývoje dítěte včetně sociálních a emočních vzorců a vývojových úspěchů. Nejde pouze o mapování izolovaných emocí nebo sociálních dovedností. Položky škály jsou založeny na Greenspan Social-Emotional Growth Chart, která identifikuje šest oblastí

socio-emočního růstu. Tato stadia jsou představena prostřednictvím devíti emočních milníků dle Bayleyové:

- stadium 1 (0–3 měsíce) – růst seberegulace a zájmu o okolní svět,
- stadium 2 (4–5 měsíců) – angažovanost ve vztazích,
- stadium 3 (6–9 měsíců) – užívání emocí interaktivním účelovým způsobem,
- stadium 4a (10–14 měsíců) – užívání interaktivních emočních signálů a gest ke komunikaci,
- stadium 4b (15–18 měsíců) – užívání interaktivních emočních signálů a gest k řešení problémů,
- stadium 5a (19–24 měsíců) – užívání symbolů nebo představ ke sdělování pocitů a úmyslů,
- stadium 5b (25–30 měsíců) – užívání symbolů nebo představ k vyjadřování více než základních potřeb,
- stadium 6 (31–42 měsíců) – tvorba logických spojení mezi emocemi a představami.

Jednotlivá stadia mají od 11 (stadium 1) do 35 otázek (stadium 6). Ve škále je zahrnuto i několik položek mapujících senzorné zpracování, které má podle Bayleyové reciproční vztah k sociálnímu a emočnímu fungování. Vnitřní konzistence ( $\alpha = 0,83 - 0,94$ ) i test-retestová reliabilita škály ( $r = 0,94 - 0,96$ ) podporují její reliabilitu, stejně tak i položky pro senzorné zpracování mají přijatelnou vnitřní konzistenci ( $\alpha = 0,76 - 0,91$ ) a test-retestovou reliabilitu ( $r = 0,73 - 0,75$ ). Obsahová validita škály je založena na mnoha letech výzkumu a klinické praxe. Empirická validita je ověřována korelacemi s ostatními škálami BSID – III a s dalšími nástroji, jako jsou WPPSI – III, PLS – 4 nebo ABAS – II (Breinbauer et al., 2010; Tede et al., 2016). Škály Bayleyové jsou hojně využívaným nástrojem i v českém prostředí. Nemáme však prozatím k dispozici třetí revizi, ale pouze druhou, ke které existuje česká standardizace i normy. Zároveň ale u nás byla ukončena distribuce této revize, tudíž ji využívají pouze specialisté, kteří ji získali dříve. Zájemci o koupi metody musí použít anglický originál, se kterým jde za určitých podmínek pracovat jako s ekvivalentem druhé revize. K využití škál je však nutné další dodatečné školení (Hogrefe – Testcentrum).

### **3.2.1 Greenspan Social Emotional Growth Chart (GSEGC)**

GSEGC je součástí třetí revize škály Bayleyové. V USA ji lze využít i jako samostatný nástroj.



### **3.3 Screening a diagnostika PAS**

Specifickou kapitolu tvoří metody využitelné pro screening PAS. Samostatně jsou tyto nástroje uvedeny z několika důvodů. Prvním z nich je skutečnost, že některé nástroje jsou přeloženy a standardizovány v českém prostředí jeden z nich je přímo pro české podmínky vytvořen, čímž chce kapitola upozornit na to, že se u nás touto problematikou odborníci zabývají. Druhým důvodem je fakt, že v dotazníku BITSEA existují konkrétní položky pro screening PAS, ze kterých je tvořena samostatná škála. Níže uvedené nástroje pak mohou přispět ke zkoumání konvergentní validity dotazníku BITSEA. Toto zkoumání není součástí práce, neboť nebyl získán vzorek z populace s PAS. Kapitola je i přes to zahrnuta, aby na tuto oblast upozornila a zdůraznila možnost dalšího směru výzkumu dotazníku.

#### **3.3.1 Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised (M-CHAT – R)**

M-CHAT je screeningový dotazník pro depistáž autismu, který využívají pediatři k časnému zachycení dětí s možnými obtížemi při rutinních prohlídkách. Je určen pro děti mezi 16–30 měsíci a jeho vyplnění trvá zhruba pět minut. Je využíván i v České republice – rodiče ho dostávají na 18měsíční prohlídce u pediatra. Hodnotí se celkem 23 otázek, u nerevidované verze to bylo pouze 20 (forma s 20 položkami obsahovala pozorování), na které rodič odpovídá ano/ne. V uvedené revidované verzi proběhly změny v řazení otázek, aby se předešlo zkreslení odpovědí, a zároveň bylo přidáno více příkladů pro lepší představu o tom, na co konkrétně se otázka táže. Mimo to se zlepšily i psychometrické předpoklady dotazníku, zlepšila se specificita i senzitivita, která u původní verze nebyla uspokojující, a tím se zvýšila pravděpodobnost správné detekce dětí s podezřením na PAS (Khowaja et al., 2015).

#### **3.3.2 Childhood Autism Rating Scale (CARS2)**

CARS je screeningový nástroj zaměřený na poruchy autistického spektra, který je možno využít u dětí od dvou let. Chování dítěte se hodnotí prostřednictvím 15 škál, které se zaměřují na oblasti jako vztahy k druhým, imitace, emoční reakce, adaptace, komunikace, sensorické zvláštnosti a další. U každé škály může dítě získat jeden až čtyři body, přičemž čtyři body značí přítomnost největších obtíží. Posuzování probíhá prostřednictvím pozorování a rozhovorem s pečující osobou. První vydání škály proběhlo v roce 1980, na něž navázala revize v roce 2010. Ta ponechala původní dotazník určený pro děti mladší šesti let a jedince s obtížemi v komunikaci či s mentálním opožděním, ale vytvořila samostatnou verzi vhodnou pro screening jedinců s lehčí symptomatikou. Vnitřní konzistence škál dotazníku je výborná –  $\alpha = 0,9$ , senzitivita 0,86 a specificita 0,79 je také dostatečná. Celkově jde tedy

o nástroj s dobrými psychometrickými vlastnostmi, který je hojně využíván ve světě (Moon et al., 2019). V České republice jde rovněž o nástroj často využívaný v praxi, k němuž existuje nejen standardizace, ale i normy.

### **3.3.3 Dětské autistické chování (DACH)**

Screeningový dotazník DACH je nástrojem k odhalování poruch autistického spektra, který je specifický pro české prostředí. Vznikl v rámci disertační práce PhDr. Kateřiny Thorové, Ph.D., a dále byl upravován a standardizován v rámci disertace Mgr. Veroniky Šporclové, Ph.D. Je založen na výpovědi rodiče či jiné pečující osoby, a to s využitelností především u dětí od 18 měsíců do pěti let mentálního věku. Celkem obsahuje 74 položek rozdělených do 11 oblastí, na jejichž zodpovězení je zpravidla potřeba 20–30 minut. Dotazník má výbornou reliabilitu ( $\alpha = 0,87$  a  $0,86$ ) a je obsahově a kriteriálně validní vůči diagnostickému vyšetření (prostřednictvím ADI – R a ADOS). Senzitivita ( $0,72$ ) i specifická ( $0,79$ ) dotazníku je adekvátní a se 73 % pravděpodobností dokáže správně odlišit přítomnost či nepřítomnost obtíží (Šporclová, 2015).

### **3.3.4 Early Screening of Autistic traits questionnaire (ESAT)**

Původně německý screeningový dotazník určený pro děti od narození do 36 měsíců. Rodič či pečující osoba odpovídá na 14 otázek, které mapují sdílenou pozornost, oční kontakt, zájem o druhé, reakce na sensorické podněty, emoční reakce, sociální interakci, komunikaci nebo hru a stereotypní chování. Na otázky se odpovídá ano/ne, a pokud dítě získá skóre 3 a více, je screening považován za pozitivní – tedy existuje důvodné podezření na nějaké obtíže (Beuker et al., 2014).

### **3.3.5 Social Communication Questionnaire (SCQ)**

Dotazník SCQ je založen na ADI – R a je určen ke screeningu PAS u dětí. Obsahuje celkem 40 položek, na něž rodič odpovídá ano/ne. Existují dvě verze SCQ, přičemž SCQ Current se táže na poslední tři měsíce a SCQ Lifetime na celkové dosavadní projevy. Shoda mezi SCQ a ADI – R je vysoká. SCQ lze použít u dětí od čtyř let chronologického věku s vyšší mentálního věku minimálně dva roky. Užití dotazníku u mladších dětí je sporné a v nižším věku nemá tak dobré psychometrické vlastnosti. Navíc špatně odlišuje PAS od jiných neurovývojových obtíží. Vhodnější ke screeningu je dle autorů SCQ Lifetime, přičemž doporučují jeho zkoumání ve vztahu k dětem ve věku 30–48 měsíců (Marvin, Marvin, Lipkin & Law, 2017).

### **3.3.6 Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI – R)**

ADI – R je považován spolu s ADOS za zlatý standard v diagnostice PAS. Stejně jako ADOS je dostupný v českém prostředí. Jde o strukturovaný diagnostický rozhovor s pečující osobou, který je anamnesticky zaměřen. Dotazník obsahuje 93 otázek rozdělených do tří oblastí: jazyk a komunikace, omezené, repetitivně-stereotypní chování a zájmy a nakonec reciproční sociální interakce. Doba administrace se pohybuje mezi 90–120 minutami. Využitelný je již u jedinců od dvou let mentálního věku, ale nejlepší rozlišovací schopnosti má až zhruba od čtyř let věku dítěte. Nově existuje specifický algoritmus, který vznikl po doplnění dalších 32 položek k původní verzi a jenž je využitelný již od 12 do 47 měsíců (Kim et al., 2013).

### **3.3.7 Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)**

ADOS je mezinárodně využívaný diagnostický nástroj, který je určen pro děti starší 12 měsíců. Obsahuje pět modulů administrovaných na základě jedincovy úrovně expresivního jazyka spolu s chronologickým věkem. Prostřednictvím podnětového materiálu je vyvoláváno a sledováno konkrétní chování testovaného a následně je standardizovaným způsobem hodnocena přítomnost a intenzita symptomů PAS (Kamp-Becker et al., 2021). K tomu, aby odborník mohl metodu využívat, je třeba dodatečného školení. V ČR existuje překlad, ale normy jsou využívány původní, americké (Hogrefe – Testcentrum).

Výzkum Kampové-Beckerové a spol. (2021) zjišťoval, zda je nutné využívat ADI – R a ADOS jako zlatý standard vždy současně, neboť se v určitých oblastech překrývají a jejich společná administrace zabere množství času. Mimo jiné jde o materiály, k jejichž administraci je zapotřebí zkušeného odborníka. Autoři uzavírají výsledky studie tak, že ideální variantou by mohlo být zkrácení obou metod, aby diagnostika nebyla tak časově náročná, ale zároveň zůstala efektivní.

Závěrem celé třetí kapitoly je důležité podotknout, že se nejedná o vyčerpávající výčet metod, které existují pro cílovou věkovou kategorii. Kapitola má představit, jak vypadají a na jaké oblasti se soustředí diagnostické nástroje určené dětem do tří let. Zároveň má sloužit jako inspirace pro další zájemce o adaptaci metod do českého jazyka, do kterého většina z uvedených nástrojů převedena není, což je v mnoha případech velká škoda vzhledem k jejich kvalitě a možnostem využití. Adaptace množství metod, především těch diagnostických, už probíhá, což je potěšující informace. Jak však bylo nastíněno na začátku,

samotný překlad a adaptace metod je závislá na mnoha faktorech (personální zajištění, čas, autorská práva, finance), které v některých případech celý proces (myšleno včetně standardizace a norem) poměrně znesnadňují.

V praxi také můžeme vidět, že mnozí specialisté využívají původní, tedy nepřeložené verze diagnostických nástrojů. Tento postup není úplně možný v souvislosti s přímou administrací dotazníků, ale jiné posuzovací metody takto lze využívat. Mimo to lze použít originální varianty (ve většině případů jde o verze v angličtině) pro jedince, jejichž rodným jazykem je právě anglický jazyk. Pokud existuje překlad, ale nejsou vytvořeny české normy, využívají se normy původní. V takových případech opět platí to, co je zmíněno na začátku celé kapitoly o diagnostických metodách, a to, že by odborník měl na jedné straně znát jejich výhody, na straně druhé i jejich mezery. Jen tak může určitý nástroj s co nejlepším uvážením používat.

## **4. Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)**

Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) je screeningový dotazník, který byl vytvořen z komplexnějšího dotazníku Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA). Cílem jeho tvorby bylo získat co nejspolehlivější nástroj, který je rychlý a jednoduchý na administraci, vyhodnocení i interpretaci a dokáže včas odlišit projevy obtíží u dětí raného věku. Vznikl tak 48položkový dotazník, jehož vyplnění rodič, jiná pečující osoba či odborník zvládne do 15 minut. Briggssová-Gowanová a spoluautoři (2004) dokonce udávají dobu na vyplnění dotazníku mezi pěti až sedmi minutami. Zadavatel je schopen téměř okamžitě výsledky interpretovat a poskytnout zpětnou vazbu.

Existují dvě verze dotazníku – pro rodiče a pro odborníky nebo jiné pečující osoby, které mohou screeningový dotazník rovněž vyplnit. Tyto informace mohou posloužit jako doplnění k odpovědím rodičů. Rozdílem mezi jednotlivými dotazníky jsou dvě položky navíc ve verzi pro rodiče, které se týkají jejich obav ohledně vývoje dítěte. Je vždy lepší získávat informace z více zdrojů vzhledem k tomu, že některé projevy dítěte mohou být spojeny s konkrétní osobou nebo prostředím. I toto kritérium chtěly autorky dotazníku obsáhnout (Briggs-Gowan & Carter, 2006). Když však přihlédneme k faktu, že jde o screeningový dotazník, je pravděpodobnější, že získáme odpovědi buď pouze od rodiče, nebo jiné pečující osoby, či od odborníka, který pojal podezření a má dostatečné informace a kompetence podobný nástroj použít (např. pediatr, pracovník rané péče, pedagogický pracovník apod.). Další vyšetření a získávání informací bude detailnější, a tudíž budou zvoleny i jiné metody, jako je například ITSEA nebo jakýkoli z vhodnějších metod uvedených v předešlé kapitole.

Oblasti, na které se dotazník zaměřuje, jsou obtíže v sociálních a emočních kompetencích spolu s možnými vývojovými opožděními. Vyjma obtíží je zahrnuta i škála kompetencí, která má poukazovat na přítomnost věkově přiměřených dovedností a má tím doplňovat škálu obtíží. Kromě toho, že se škála kompetencí zaměřuje na přítomnost problémových projevů, poukazuje také na důležitost sledování rozvoje kompetencí (Carter et al., 2003).

### **4.1 Škály BITSEA**

Dotazník je tvořen několika škálami, které jsou syceny jednotlivými položkami podle konkrétních sledovaných oblastí. Důležité je podotknout, že některé položky sytí více

než jednu ze škál. První škálou popisující obtíže jsou položky souhrnně nazvané jako problémy (v originále *problem*) a jsou dále rozděleny do tří samostatných kategorií. Další je škála kompetencí (*competence*), třetí je škála mapující symptomy poruch autistického spektra a poslední skupina jsou takzvané *red flag* položky, které značí závažné obtíže. Ve verzi dotazníku pro rodiče existují ještě dvě přidané položky. První z nich se týká úrovně obav o chování dítěte, o jeho emoce a vztahy, druhá se vztahuje k obavám o řečový vývoj dítěte (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

#### **4.1.1 Položky mapující obtíže (problem)**

Položek mapujících obtíže je celkem 31 a jsou dále děleny do tří kategorií, které blíže popisují konkrétní problémovou oblast: externalizace, internalizace a dysregulace. V ITSEA, tedy delší verzi dotazníku, jsou ještě další dvě kategorie sdružující položky, jež popisují problémové chování, a to atypické a maladaptivní.

##### ***Externalizace***

Externalizací je myšleno takové chování, které je impulzivní, agresivní, vzdorovité nebo spojené se změněnou aktivitou dítěte, tedy dítě je hyper- nebo hypoaktivní. U batolat je obvyklé podobné chování pozorovat, problémem se stává v momentě, kdy se vyskytuje příliš často, v příliš velké intenzitě, ve všech možných prostředích a ovlivňuje vztahy dítěte (Carter et al., 2003).

Těchto šest položek externalizace má odkazovat na možné symptomy ADHD, ADD, poruchu opozičního vzdoru a poruchy chování. Tyto obtíže jsou pak více popsány v rámci druhé kapitoly práce. Nelze ovšem generalizovat a je nutno mít na paměti, že zvýšená aktivita může naznačovat výrazné temperamentové rysy a nemusí jít nutně o psychopatologii. Stejně tak může naznačovat jiné obtíže jako například úzkostnost dítěte nebo se může jednat o následek prodělaného traumatu. Pokud je celkové skóre těchto položek zvýšené, je na místě provést další vyšetření zaměřené na diferenciální diagnostiku všech zmíněných obtíží (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

##### ***Internalizace***

Internalizací jsou myšleny projevy úzkostnosti, nervozity a strachu z odloučení. Stejně jako u externalizace se takové chování objevuje nebo je charakteristické pro určitou vývojovou fázi, jako je např. separační úzkost, úzkost z neznámých situací či strach z konkrétních situací nebo předmětů. Je ovšem důležitá intenzita, frekvence a množství projevujících se internalizačních obtíží (Briggs-Gowan & Carter, 2006). Oblast sleduje celkem osm položek

a v případě, že je její skóre zvýšené, může naznačovat zvýšenou úzkostnost, podezření na budoucí rozvoj generalizované úzkostné poruchy, dystymii, specifické fobie a sociální vyhýbavost nebo naznačovat nepřiměřené projevy separační úzkosti (Briggs-Gowan et al., 2013). V momentě, kdy rodič zaškrtně více položek této oblasti jako problémové, je nutné doporučit další sledování dítěte, i když některé projevy, jak bylo popsáno v předešlých kapitolách, je běžné u dětí daného věku sledovat. V případě nepřiměřených projevů však stále existuje možnost, že se v budoucnu popsané obtíže rozvinou až do klinické roviny. Proto je žádoucí doporučit další postup a vést dítě v patrnosti.

Internalizační obtíže mohou značně limitovat zapojení dítěte do skupinových aktivit s vrstevníky. Stejně tak může docházet k omezování aktivit rodičů, kteří se kvůli přílišné úzkostnosti dítěte nemohou od něj vzdálit, a tak dítě nemůže hlídat nikdo jiný i v období, kdy by dítě již přiměřenou separaci mělo zvládnout. (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

### ***Dysregulace***

Dysregulace v pojetí BITSEA mapuje několik oblastí, a to potíže se spánkem, obtíže s jídlem, negativní emocionalitu a senzoryckou senzitivitu. Právě tyto kategorie bývají často důvodem znepokojení rodičů, kvůli němuž vyhledají pediatra či jiného specialistu.

První z nich jsou potíže se spánkem. Je běžné, že se dítě v noci probouzí a znovu usíná (Goodlin-Jones & Anders, 2004), problém však nastává v momentě, kdy má dítě obtíž s usínáním, a to jak při ukládání ke spánku, tak když se samo probudí v průběhu noci, tak, že je významně narušen i spánek rodiče. Spánkové obtíže mohou poukazovat na množství různých behaviorálních či emocionálních obtíží. Jedná se například o děti traumatizované, popřípadě o děti, které se bojí tmy nebo mají separační úzkost. Jak bylo uvedeno v druhé kapitole, až 80 % dětí s neurovývojovými obtížemi má zároveň problémy i v oblasti spánku (Accardo, 2019).

Dalším tématem, které je v BITSEA pojmem dysregulace zastřešeno, jsou problémy týkající se stravování dítěte. Je zde poukázáno především na odmítání jídla nebo dávení jídlem. Tyto projevy mohou být spojeny se senzoryckou citlivostí (dítěti může vadit textura potravin apod.). Stejně tak může vybíravost v jídle a odmítání jídla reflektovat narušení vztahů a jídlo je pak pro dítě zdrojem tenze místo příjemného času stráveného výživou.

Předposlední oblastí spadající do dysregulace je negativní emocionalita. V rámci dotazníku se hovoří především o negativní emocionální reaktivitě a schopnosti emoční

projevy regulovat. Jako problematické je uváděno takové chování, kdy dítě projevuje negativní emoce příliš silně, frekventovaně nebo má velké obtíže je regulovat (Briggs-Gowan & Carter, 2006). Tato oblast byla zařazena na základě práce Rothbartové (1981), která vytvořila koncept negativní emocionality na podkladu vývoje regulace emocí. Během vývoje se předpokládá, že dítě bude s narůstajícím věkem sofistikovaněji a efektivněji regulovat emoce. Jako rizikové faktory pro pozdější externalizaci a internalizaci problémů spolu s možnými poruchami je pak spojována právě větší negativní reaktivita a nižší schopnost emoce regulovat. Novější výzkumy pak tento koncept podpořily a zároveň zdůraznily fakt, že u dětí s obtížemi je snížena schopnost regulace emočních projevů (Norona & Baker, 2014).

Posledním tématem spadajícím do dysregulace je senzoričká senzitivita. Ta je však zmíněna pouze v jedné položce, která je zaměřena jen na taktilní vnímání. Proto není dotazník vhodný pro mapování této oblasti a autoři doporučují pro potřeby získávání informací o senzoričké senzitivě použít ITSEA či BSID jenž poskytnou více informací které jsou detailnější (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

#### **4.1.2 Položky mapující kompetence (*competence*)**

Celkem 11 položek popisuje sociální a emoční kompetence, které by se u dítěte měly rozvíjet v raném dětství. Spadá sem schopnost chápat a vyhovět požadavkům dospělých, schopnost udržet pozornost, imitační a herní dovednosti, prosociální interakce s vrstevníky a počátky empatie. Jde o schopnosti, které tvoří podklad pro další rozvoj sociálních a emočních dovedností a vztahů s ostatními. Na rozvoj těchto dovedností odkazuje i první kapitola zaměřená konkrétně na socio-emoční vývoj. Autoři zahrnují kompetenční škálu ke komplexnějšímu pochopení chování dítěte. V momentě, kdy chybí některá z kompetencí, může docházet k rozvoji problémového chování a zároveň k obtížím v rozvoji dalších navazujících sociálních a emočních dovedností. Proto je důležité mapovat kompetence, jejichž nepřítomnost také může naznačovat určité obtíže (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

#### **4.1.3 Položky mapující PAS**

I prostřednictvím BITSEA lze provést screening poruch autistického spektra. Jde o soubor položek, které (pokud se objeví ve výsledném profilu dítěte) poukazují na chybějící dovednosti, jako jsou např. imitace, hra, imperativní ukazování, oční kontakt, reakce na vlastní jméno. K tomu se mohou vyskytnout určité nestandardní projevy chování, jako jsou neustálé opakování určitých aktivit nebo slov (repetitivní chování), vyhýbání se fyzickému



kontaktu a obtíže přizpůsobit se změnám. Z kombinace celkem 17 položek lze pojmout podezření a na základě toho doporučit další diagnostické vyšetření, jež se zaměřuje specificky na tuto oblast.

Studie Gardnera et al. (2012) byla zaměřena na zkoumání toho, zda položky určené k odhalování symptomů PAS jsou jako samostatná škála přínosem oproti celkové škále problémů a kompetencí. Studie porovnávala výsledky BITSEA s výsledným skórem M-CHAT. Schopnost BITSEA odhalit obtíže specifické pro PAS byla lepší až ve dvou letech věku dítěte. Samotné položky určené k detekci PAS pak také lépe korelovaly se skórem M-CHAT než celkové skóry škál BITSEA. Výsledkem je tedy zjištění, že informace dosažené prostřednictvím této škály zachycují symptomatologii PAS lépe než celkové škály. Samotná studie však neurčila prahy citlivosti pro screening PAS. Tyto informace poskytla až studie popsána níže.

Gisermanová-Kissová a spoluautoři (2017) primárně zkoumali kritéria pro screening autismu prostřednictvím BITSEA. Mít dotazník, který je zaměřen na širší spektrum obtíží v oblasti sociální a emoční, která je stěžejní právě pro screening PAS, je jistou výhodou spolu s tím, že je využitelný již v poměrně nízkém věku. Hlavním cílem bylo získat práh citlivosti pro detekci PAS prostřednictvím screeningu, který není určen pouze k těmto účelům. Počet položek, které jsou relevantní a popisují chování vedoucí k podezření na PAS, rozšířila studie ještě o další dvě, jde tedy celkem o 19 položek (deset z nich škála problémů, devět škála kompetencí). Výzkum určil jako práh citlivosti pro škálu problémů pro detekci autismu skór 4,5 a větší se senzitivitou 76 % a specificitou 72 %. Pro kompetenční škálu byl určen práh citlivosti na úrovni hrubého skóru 11,5 a nižšího se senzitivitou 91 % a specificitou 80 %. Jako třetí byla zkoumána senzitivita a specificita v případě, že byly všechny položky BITSEA alokované k detekci PAS zkoumány jako jedna škála. Z této analýzy byl získán práh citlivosti -7,5 či vyšší, se senzitivitou 89 % a specificitou 79 %. Výsledkem studie jsou tedy tři nově derivované škály určené ke screeningu PAS, které mají poměrně dobré psychometrické vlastnosti a zároveň jsou součástí dotazníků, jež se soustředí na širší oblast sociálních a emočních obtíží a problémů v chování.

#### **4.1.4 Položky mapující závažné obtíže (*red flag*)**

Celkem 14 položek zahrnutých v kategorii *red flag* by mělo být v pozornosti odborníka, který dotazník zadává, a to i v případě, že dítě nemá signifikantní celkový skór v možných deficitech nebo/a možných problémech. Vždy je nutné tyto položky prodiskutovat s rodičem

a zjistit další informace k danému chování, abychom správně a co nejlépe porozuměli tomu, jak rodič danou položku chápe a jak konkrétně vypadá popisované chování jeho dítěte. Jde totiž o položky popisující chování, které může být klinicky signifikantní, a tudíž je důležité provést další vyšetření, i když celkový skór screeningu není signifikantní. Spadá sem např. chování, kdy dítě nereaguje na poranění, utíká na veřejných místech, dává se jídlem, nenavazuje oční kontakt, je často smutné, vyhýbá se fyzickému kontaktu nebo pojídá nejedlé věci (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

#### **4.1.5 Úroveň znepokojení**

Jak bylo uvedeno na začátku kapitoly, v dotazníku určeném pro rodiče jsou dvě otázky navíc. První z nich je celkové znepokojení z chování, emočních projevů a vztahů dítěte, druhou jsou obavy o řečový vývoj dítěte. Tyto dvě otázky nejsou zahrnuty do celkového skóru, ale slouží ke zjištění, zda si je rodič vědom případných obtíží dítěte. Mnoho rodičů nemá potřebné vědomosti k rozpoznání možného problému u dítěte tak nízkého věku. Ovšem existuje mnoho projevů dítěte, které mohou být rodičům podezřelé, ale z důvodu stigmatizace či strachu a úzkosti spojených s výchovou dítěte s behaviorálními a emočními obtížemi, si je nechtějí připouštět (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

#### **4.2 Adaptace BITSEA do dalších jazyků a použití ve světě**

BITSEA je poměrně hojně využívaným screeningovým nástrojem i v dalších státech kromě těch, kde je využitelný anglický originál. Z evropských států mají svůj překlad v Nizozemsku (využitelný v německy mluvících státech), ve Francii, Španělsku a ve Finsku. Kromě toho existuje i verze v turečtině a japonštině.

Při zkoumání psychometrických vlastností všech překladů byla podpořena reliabilita a validita dotazníku (Haapsamo et al., 2009; Kruizinga et al., 2012; Wendland et al., 2014).

Wolff et al. (2013) pak porovnávají schopnost odlišit sociální a emoční obtíže u batolat prostřednictvím BITSEA, ASQ: SE a KIPPI. Výsledky jednotlivých screeningů jsou porovnávány s CBCL. Kromě toho, že studie upozorňuje na to, že v šesti měsících věku dítěte není ani jeden z nástrojů validním měřítkem (což v případě BITSEA nevádí, neboť jde o screening určený k využití až od 12 měsíců věku), upozornila také na fakt, že ani u 14měsíčních dětí není ani jeden z nástrojů validním. V rámci studie však zmiňují i to, že tento výsledek mohl být zkreslen designem studie, kdy vyplnění CBCL, jehož skór byl stanoven jako testové kritérium, následovalo až delší dobu po získání skóru ze

screeningových dotazníků. U dítěte ve věku 24 měsíců pak měl nejlepší odlišovací vlastnosti právě dotazník BITSEA.

### ***Možné rozdíly v prazích citlivosti (cut-off skórech)***

Německá verze dotazníku byla zkoumána na populaci nizozemských dětí. Psychometrické vlastnosti dotazníku byly dobré, vnitřní konzistence pro škálu problémů byla 0,76, pro škálu kompetencí 0,63. Souběžná validita vůči CBCL byla u problémové škály 0,75 a konkurenční validita u škály kompetencí -0,26. Hlavním rozdílem ale byly stanovené prahy citlivosti. Zatímco v původní verzi, která bude více popsána ve výzkumné části práce, kde byly stanovené prahy citlivosti rozděleny podle čtyř věkových kategorií a podle pohlaví, v této studii tomu bylo jinak. Dělení podle pohlaví bylo ponecháno, ale věkové kategorie utvořeny nebyly – děti byly děleny na základě toho, zda jsou z rodin přistěhovaleckých, či ne. Důležitou informací je pak především to, že práh citlivosti pro škálu problémů v této studii byl stanoven na stejném percentilu (75 a vyšší) jako ve studii původní. Jak dívky, tak i chlapci, a tudíž i celkové skóre bylo na nižším hrubém skóru. Zatímco v původní studii byl tento práh citlivosti u všech skupin všech věků mezi 12–15 body HS, v německé verzi dotazníku je práh citlivosti mezi 9–11 body HS pro všechny stanovené skupiny, což je poměrně velký rozdíl. U škály kompetencí takový rozdíl sledován nebyl na úrovni 25. percentilu, bohužel nebyl popsán skór 15. percentilu, který byl v původní studii nastaven prahem citlivosti. Nejprve je nutno znovu zdůraznit, že v této studii nebyly skóre děleny podle věku dětí, ale i tak lze předpokládat, že v tomto kulturním kontextu je u dětí v průměru referováno méně problémového chování. Rozdíl mezi pohlavími byl potvrzen i touto studií, a to tak, že chlapci získávali signifikantně nižší skóre ve škále kompetencí a signifikantně vyšší skóre ve škále problémů oproti dívkám (Kruizinga et al., 2012). Tato studie je uvedena především z toho důvodu, že se jedná o výzkum v kontextu Evropy a je tedy možné, že hrubé skóre škály problémů při zkoumání BITSEA v našem prostředí budou více podobné těm, jež byly získány prostřednictvím této studie.

Také Haapsamo et al. (2012) ve své studii využili dotazník BITSEA k pilotnímu zkoumání sociálního, emočního vývoje a rozvoje komunikace populace finských dětí. Autoři uvádějí, že i přes využití prahů citlivosti stanovených v anglické verzi původními autorkami, považují za žádoucí spočítat vlastní cut-off skóre přímo pro finskou populaci. Zdá se totiž, že stejně jako pro německou verzi dotazníku, jsou i pro finskou populaci prahy citlivosti příliš vysoko.

### 4.3 Klinické využití dotazníku

Prostředím, kde je využitelnost dotazníku největší, jsou ordinace pediatriů a zároveň centra rané péče o dítě, co se týká potenciálního využití v prostředí ČR. V případě zahraničních studií jsou uváděna i jiná pracoviště podle toho, jak je v daném státu nastaven zdravotnický systém a systém péče o dítě. I přes to, že dotazník může dát vyplnit i profesionál z jiného oboru, než je psychologie, je jistě žádoucí, aby v případě signifikantního výsledku prováděl interpretaci a navrhoval další postup řádně proškolený odborník, přičemž kritéria odbornosti splňují většinou právě psychologové.

Studie Alakortesové a spoluautorů (2015) se zabývala výsledky dotazníku u dvou věkových skupin, a to u dětí v kojeneckém věku (průměrný věk okolo 13 měsíců) a ve věku batolecím (průměrný věk okolo 19 měsíců) ve vztahu k pohlaví dítěte a ve vztahu k tomu, zda dotazník vyplňovala matka, nebo otec. Dívky obecně získávaly vyšší skóre ve škále kompetencí od obou rodičů oproti chlapcům. Ve škále obtíží získávali chlapci v obou skupinách vyšší skóre, ale pouze v případě dotazníků vyplňovaných matkou, rozdíl mezi skóre u chlapců a dívek ve škále problémů v případě vyplnění otcem nebyly zaznamenány. Chlapci v obou skupinách rovněž získávali vyšší skóre u externalizačních obtíží v případě vyplnění matkou. Vyšší skóre oproti dívkám v oblasti externalizace při vyplnění otcem měli chlapci ve skupině kojenců. V internalizačních obtížích získávali při hodnocení matkou vyšší skóre chlapci ve skupině batolat. Celkově matky (v porovnání s otcem) u chlapců i dívek v batolecím věku dávaly vyšší skóre ve škále kompetencí, externalizace a dysregulace. Ve věku kojeneckém nebyly rozdíly mezi hodnocením matkou a otcem ani pro jedno pohlaví zaznamenány. Zásadním přínosem pro praxi je zjištění, že u dětí ve věku 11–24 měsíců rodiče referují rozdíly podle pohlaví v sociálních a emočních kompetencích. Tuto informaci by pak měli brát klinici, kteří dotazník vyhodnocují a interpretují, v potaz (Alakortes et al., 2015).

Další studie pak zkoumala domény externalizace, internalizace a obou škál dohromady pro využití možnosti více diferencovanému screeningu. Analýzy odhalily signifikantní rozdíly mezi skupinami s internalizačními problémy, externalizačními problémy nebo s problémy v obou oblastech ve srovnání se skupinou bez obtíží. Skupina dětí s problémy byla vyšetřena diagnostickým interview PAPA a CBCL, ve kterých děti musely získat signifikantní výsledek značící obtíže, aby mohly být zařazeny do klinické skupiny studie. Celkem byly určeny dva prahy citlivosti (cut-off skór) samostatně pro každou ze škál a jeden pro obě škály dohromady. První práh byl stanoven jako klinický, i když BITSEA není určen

k diagnostice, je tento práh považován za hodnotu, která by už měla indikovat jisté obtíže. Druhý práh citlivosti byl nastaven na hranici, která by při jejím dosažení měla vzbuzovat podezření na možné obtíže. Senzitivita a specifická při využití obou škál zároveň, tedy v případě odhalování jakýchkoli obtíží, které by mohly v budoucnu znamenat psychiatrickou diagnózu, byly 79,2 % a 70,9 % pro práh citlivosti značící podezření a 72,9 % a 81,8 % pro klinický práh citlivosti. Doména internalizace pak měla nedostatečnou senzitivitu prahu citlivosti značící znepokojení, a i když specifitu měla podle autorek dostatečnou (66 %, 82 %), je doporučeno k vyslovení podezření na internalizační obtíže využít celkový skóre obtíží. Externalizační škála však měla přijatelnou senzitivitu i specifitu (70,4 % a 84,4 %) a je tedy využitelná k vyslovení podezření na obtíže konkrétně v této oblasti. V případě klinických prahů citlivosti pro jednotlivé domény jsou podle výzkumu využitelné obě škály samostatně, což bylo zkoumáno ve vztahu k výše popsaným diagnostickým nástrojům, kdy děti, které získávaly signifikantní skóre značící jisté obtíže v rámci dané diagnostické metody, měly zvýšený i skóre v konkrétní doméně BITSEA. Analýza variance dále odhalila signifikantní rozdíly mezi skupinami s externalizačními a internalizačními obtížemi oproti skupině bez obtíží. Neočekávaně pak byly signifikantně vyšší i skóre externalizace u skupiny s internalizačními obtížemi než u skupiny bez obtíží. Kromě toho bylo zjištěno, že věk, pohlaví, vývojové stádium, národnost a nízký příjem rodiny neovlivňuje vztah mezi cut-off skórem stanoveným pro znepokojení a klinickým cut-off skórem.

Prostřednictvím této studie byla podpořena klinická využitelnost těchto více diferencovaných škál. Autorky však zároveň upozorňují na to, že interpretaci více diferencovaných skóreů by měl provádět pouze zkušený a řádně proškolený odborník, který rodičům zdůrazní, že jde pouze o screeningovou metodu, více s rodiči rozebere chování dítěte a doporučí další možný postup (Briggs-Gowan et al., 2013).

Dotazník BITSEA byl dále využit ve studii zaměřené na sociální kompetence a obtíže u extrémně předčasně narozených dětí (průměrný věk narození byl 25. gestační týden), umístěných těsně po narození na jednotce intenzivní péče. Cílem bylo zjistit, zda existuje asociace mezi interakcí s předčasně narozeným dítětem a jeho sociálními kompetencemi, či obtížemi v pozdějším věku (vyplňování dotazníku proběhlo v průměru ve 28 měsících věku dítěte). Spolu s tím chtěla studie upozornit na sociální a emoční aspekt péče, který bývá často v podobných prostředích přehlížen a děti tráví až 80 % času o samotě. Výsledky poukazují na to, že děti, které byly součástí intervenčního systému, kde byly v přímé interakci se sestrami a rodiči (*skin to skin care*), získávaly v pozdějším věku signifikantně nižší skóre na

škále dysregulace a PAS a vyšší skóre na škále kompetencí. Kromě toho studie přinesla i podklad pro další studium vlivu technologií (inkubátory, ventilátory) na děti v souvislosti s tím, že jedinci, kteří v určitém druhu takového zařízení trávili více času, získávali vyšší skóre na škále dysregulace nebo nižší skóre v sociálních kompetencích (Gonya et al., 2018).

Screeningový dotazník BITSEA je využitelný v mnoha prostředích a poskytuje základní informace o sociálním a emočním vývoji dítěte. Kromě toho, že je rychle administrovatelný i vyhodnotitelný, je podkladem i pro další rozhovor a získání informací od rodičů. Podobný nástroj v českém prostředí schází. I přes to, že se v posledních letech začal využívat screening prostřednictvím dotazníku M-CHAT, mohly by informace z nástroje, který se soustředí na širší oblast sociálních a emočních obtíží, pomoci odhalovat jedince s obtížemi i mimo PAS a tím zajistit včasnou intervenci a podporu dítěte i rodiny. Vzhledem k tomu, jak je využívání dotazníku BITSEA doposud prověřeno v rámci studií v jiných zemích, může být jednou z přínosných variant v oblasti screeningu sociálních a emočních problémů a kompetencí.

# Výzkumná část

## 5. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy

Výzkumná část diplomové práce je zaměřena na pilotní adaptaci screeningového dotazníku Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment a je prvním krokem pro potenciální další možné využití dotazníku v českém prostředí. Jak bylo nastíněno v literárně-přehledové části, jedná se o metodu, která je zaměřena na obtíže v oblasti emocí, sociálního chování a nápadností v chování u dětí ve věku od 12 do 36 měsíců. Hlavním důvodem tvorby původního dotazníku je především včasné zachycení jedinců s podezřením na možné problémy ve zkoumaných oblastech a jejich následná diagnostika, ale především zahájení podpůrných intervencí pro rozvoj dítěte. K tomu je třeba mít přesný a zároveň krátký nástroj, který dokáže dostatečně spolehlivě odlišovat děti s potenciálními obtížemi od dětí bez obtíží.

Proces překladu dotazníku a vyhodnocovacího archu byl konzultován s odborníky z oblasti psychologie a překladatelství. Součástí zkoumání je i kvalitativní analýza položek prostřednictvím kognitivních rozhovorů s respondenty, jejichž cílem je zjistit, jakým způsobem vnímají význam položek. Tím chce práce připravit podklad pro další možné zkoumání a úpravu překladu položek v budoucnu. Vzhledem k faktu, že byl dotazník překládán do několika dalších světových jazyků a existují podklady pro to, že i překlady měly dostačující psychometrické vlastnosti pro využití v praxi, existuje předpoklad, že i česká verze dotazníku by měla mít určité psychometrické vlastnosti, neboť konstrukty, které má dotazník měřit, jsou stanoveny původním výzkumem. Nejde tedy o tvorbu metody nové, ale o adaptaci již využívaného dotazníku.

Jedním z dílčích cílů práce je zkoumání psychometrických vlastností českého překladu dotazníku. V rámci toho je spočítána reliabilita škály kompetencí a problémů v podobě vnitřní konzistence. Dále je orientačně vytvořen převod HS na percentily u skupiny dětí s předpokladem normálního vývoje. Na těchto percentilech je zkoumáno, zda HS získané v rámci této studie zhruba odpovídají stanoveným skórum na prazích citlivosti v původní studii. Tento krok je proveden na základě zjištění, že existují doklady o rozdílnosti prahů citlivosti v závislosti na kulturním prostředí, ve kterém byla analýza rozptylu a tvorba norem prováděna (prostředí USA a Evropy).

Validita dotazníku je probrána v rámci diskuse. Ač se může zdát, že na základě dále popsaného výzkumného designu lze usuzovat na kriteriální, konkrétně souběžnou validitu, nedovoluje nám tyto závěry podpořit množství dat, které bylo získáno na základě vzorku stanoveného ve studii, neboť vzorek není dostatečně velký.

Hlavním cílem výzkumu je kromě samotného překladu i pilotní ověření české verze BITSEA v podobě jeho schopnosti rozlišit jedince s potenciálními obtížemi a bez obtíží v rámci porovnávání klinické a srovnávací skupiny. Výzkum pracuje s předpokladem, že děti, které se v tak nízkém věku dostanou do péče psychologa či neurologa (klinická skupina), budou v dotazníku BITSEA získávat signifikantně vyšší skóry ve škále obtíží a signifikantně nižší skóry ve škále kompetencí. Tento předpoklad je založen na proběhlých studiích, které budou popsány dále v rámci výzkumné části a které naznačují dobrou rozlišovací schopnost BITSEA.

Výzkumnými hypotézami kvantitativní části výzkumu jsou tedy následující předpoklady:

1) Mezi klinickou populací a srovnávací skupinou je statisticky významný rozdíl ve výsledcích screeningem BITSEA.

2) Děti z klinické skupiny získávají signifikantně vyšší skóry ve škále problémů, kde vyšší skóre znamená větší obtíže.

3) Děti ze srovnávací skupiny získávají signifikantně vyšší skóry ve škále kompetencí, kde vyšší skóre značí lepší kompetence.

Tyto předpoklady vycházejí i z obecného cíle screeningových nástrojů, kterým je odhalování určitých jevů, na jejichž základě může mít jedinec větší pravděpodobnost, že se bude potýkat s určitým problémem. Jak je uvedeno na začátku kapitoly i celé práce, v případě, že dokážeme včas tyto znaky zachytit, lze navrhnout další postup a podporu. V případě obtíží z oblasti neurovývojových i jiných poruch u dětí je pak započítání intervencí už při podezření na tyto obtíže zásadním pro další rozvoj.

Poslední samostatný dílčí cíl je zaměřen na analýzu doplňující otázky, jež se týká obav rodičů o vývoj dítěte. Tato položka není součástí skóre ani jedné ze škál, ale poskytuje možnost vyjádřit obavy o vývoj dítěte v oblasti, na níž je screening BITSEA zaměřen. Některé výzkumy naznačují, že rodiče špatně odhadují přítomnost obtíží u svých dětí



v oblasti emoční a sociální, je pro představu rozebrán i tento aspekt. Prostřednictvím porovnání průměrného skóru získaného v položce obav o vývoj dítěte v rámci skupiny klinické a v rámci skupiny s předpokladem normálního vývoje bude studováno subjektivní vnímání obav rodičů. Očekávání je takové, že rodiče dětí z klinické skupiny by měli v průměru udávat větší obavy o vývoj svých dětí než rodiče dětí ze skupiny srovnávací.

## 6. Design výzkumného projektu

Výzkumný projekt byl realizován v několika etapách. V první z nich byl získán anglický originál dotazníku a za podpory překladatele, vedoucí a konzultantky diplomové práce byl vytvořen český překlad. Ten byl ve druhé fázi sběru dat, která probíhala čtyři měsíce, distribuován cílové populaci respondentů. Následně byla provedena kvalitativní analýza položek dotazníku prostřednictvím kognitivního interview se třemi rodiči ze srovnávací skupiny, kteří dotazník vyplňovali. V poslední fázi celého výzkumného procesu bylo provedeno zpracování získaných dat a jejich statistická analýza spolu s popisem veškerých získaných výsledků a diskusí.

### 6.1 Typ výzkumu

Celý výzkumný projekt je kvantitativního rázu, avšak obsahuje i prvky kvalitativního výzkumu. Do kvantitativní části spadá dotazníkové šetření s následným pilotním ověřováním některých psychometrických vlastností dotazníku prostřednictvím korelační studie. Do kvalitativní části pak spadá především překlad dotazníku a rozhovor v podobě kognitivního interview, které se týká dalších možných úprav formulací otázek, a to na základě informací o položkách od respondentů. Tento postup nám může poskytnout jiný pohled na vnímání položky a tak nám odkrýt další možná zkreslení, která mohou být ovlivněna tím, že výzkumník zamýšlel formulací položky něco jiného, než je vnímáno cílovým respondentem. I přes to, že lze kognitivní interview využít jako kvantitativní metodu, v rámci realizovaného výzkumu byly rozhovory provedeny za cílem zjistit, zda se ve vnímání formulovaných položek nenachází velké rozdíly mezi výzkumníkem a respondentem (Wills, 2015). Jsme si vědomi toho, že v případě hlubšího zkoumání jednotlivých položek by bylo vhodné provést větší množství rozhovorů spolu s následnou kvantitativní analýzou. To však v tuto chvíli nebylo cílem.

### 6.2 Metody získávání dat

Vzhledem k povaze samotného výzkumu byla kvantitativní data získávána prostřednictvím dotazníku. Klinické skupině byl dotazník distribuován formou *tužka–papír* při vyšetření u odborníka, konkrétně v ambulanci klinického psychologa a dětského neurologa v Oblastní nemocnici Kolín. Šlo o nenáhodný účelový výběr vzorku populace, konkrétně rodičů dětí ve věku 12–36 měsíců navštěvujících s dítětem toto zařízení. Rodič vyplňoval dotazník v soukromí, v klidné a dostatečně osvětlené vyšetřovací místnosti a měl dostatek času na to, pročíst si a zodpovědět jednotlivé položky. Vyšetření, při nichž byl dotazník administrován,

probíhají zpravidla mezi 9– 16 hodinou, takže je předpokládáno, že by měl mít respondent dostatek energie na vyplnění. Navíc nejde o výkonový test, ale o krátkou screeningovou metodu.

Skupina pečujících osob o děti s předpokladem normálního vývoje měla dotazník dostupný online a vyplnění probíhalo prostřednictvím rozhraní Google Forms. Výběr výzkumného vzorku byl proveden metodou lavinového výběru (také *snowball*), a to distribucí mezi počátečními respondenty, kteří splňovali podmínku, že šlo o pečovatele dětí ve věku 12–36 měsíců, kteří šířili dotazník mezi další respondenty. U tohoto vzorku nebylo možné kontrolovat prostředí ani čas vyplnění dotazníku, avšak na druhou stranu si jedinec mohl volně zvolit, kdy vyplnění provede. Z toho důvodu je předpokládáno, že respondent měl dostatek energie a vhodné podmínky na to, aby screening vyplnil.

Respondenti kvalitativní části měli rovněž zajištěno takové prostředí, ve kterém se cítili dobře, zároveň byli obeznámeni s tím, že na odpovědi mají tolik času, kolik budou potřebovat, aby neměli obavy delší dobu přemýšlet o jednotlivých položkách. Rozhovor probíhal ve všech případech v odpoledních hodinách, v čase, který si sám respondent zvolil. V prostředí, kde probíhala interakce, bylo příjemně, aby se respondent cítil při rozhovoru komfortně.

Samotné kognitivní interview bylo vedeno formou *think-aloud*. Tato forma je specifická tím, že respondent dostává pokyn: „Řekněte mi vše, co Vás napadá, když na otázku odpovídáte.“ Tímto stylem pak respondent volně vysvětluje, jak danou položku vnímá. Examinátor zapisuje veškeré odpovědi, které jsou dále kvalitativně zpracovány. Metoda je poměrně náročná pro respondenta, protože dostává pouze základní instrukci bez větších návodných otázek. Přičemž pro někoho může být obtížné mluvit o jednotlivých položkách samostatně. Tento způsob dotazování je ale vhodnější pro méně zkušeného examinátora kognitivního rozhovoru. Zároveň může tento typ kognitivního rozhovoru poskytnout v případě menšího počtu respondentů cenné informace, a to i takové, na které bychom při využití návodných otázek nemuseli narazit (Willis, 2015). Vzhledem k tématu dotazníku byla považována tato metoda za relevantní, protože jednotlivé položky popisují projevy dítěte, které může pečující osoba pozorovat, a je vysoce pravděpodobné, že si pod každým výrokem dokáže představit konkrétní chování v popsané situaci. V momentě, kdy to nedokáže, jedná se také o důležitou informaci, neboť k tomu může docházet právě špatnou formulací položky, popřípadě jejím specifickým klinickým zaměřením.

Kognitivní interview je cennou podporou a reflexí při úpravě a tvorbě otázek dotazníku. Lze jej kromě kvalitativního zkoumání použít i kvantitativně, kdy se získávají informace od většího množství respondentů a dále je prováděna kategorizace a analýza odpovědí. V případě, že je cílem zjistit velké nesrovnalosti, může podle Willise (2015) postačit jen několik málo respondentů k tomu, abychom tuto informaci získali. Touto cestou byly vedeny i rozhovory v rámci práce. Nespornou výhodou je totiž právě náhled respondenta na danou položku, kde i jeden jediný respondent nám může poskytnout důležitý vhled. Platí však pravidlo, že je ideální mít respondentů více. V momentě, kdy ale chceme získat kompletní deskripci toho, co nejpřesněji koncept dané položky měří, a to především v situacích, kdy jsou položky určeny jedincům napříč různými demografickými a kulturními skupinami, je nutno získat mnohem větší vzorek, jehož prostřednictvím se snažíme dosáhnout plné saturace významu položky.

### **6.3 Metody zpracování a analýzy dat**

Kvantitativní část výzkumu je zaměřena na statistické zpracování získaných dat prostřednictvím programu Jamovi 2.3. Nejprve byly spočítány deskriptivní statistiky pro jednotlivé skupiny celého výzkumného souboru. Dále proběhl výpočet vnitřní konzistence problémové škály a škály kompetence dotazníku BITSEA prostřednictvím Cronbachova  $\alpha$ . Testování, zda existuje signifikantní rozdíl mezi srovnávací a klinickou skupinou, bylo zkoumáno prostřednictvím Dvouvýběrového t-testu. Mimo jiné byly využity deskriptivní statistiky s krabicovými grafy k popisu a grafickému znázornění úrovně obav rodičů jednotlivých skupin dětí.

Kvalitativní rozbor dotazníku je proveden nejprve prostřednictvím překladu, kde bude v jedné z dalších kapitol více popsáno, jak bylo výzkumníkem a konzultanty nad některými položkami uvažováno.

Kognitivní interview jako jeden z nástrojů kvalitativní analýzy posloužilo k získání dat o uvažování nad jednotlivými položkami skrze vnímání respondentů. Podrobná analýza odpovědí je uvedena v rámci kapitoly o výsledcích výzkumu.

### **6.4 Etika výzkumu**

Soubor respondentů, který vyplňoval dotazník formou tužka–papír, tedy skupina klinická, dostal před vyplněním informovaný souhlas pro účast ve výzkumu. V souhlasu byl popsán záměr výzkumu spolu s popisem průběhu a zároveň informace o tom, že do studie vstupují dobrovolně a mohou z ní kdykoli bez udání důvodu vystoupit. Kromě toho nikde respondenti

neuváděli své jméno ani jméno dítěte. Zjišťovalo se jen datum narození dítěte, ve kterém týdnu těhotenství se dítě narodilo a zda byl porod předčasný, či nikoli. Záznamové archy byly anonymizovány kódem (pro klinickou skupinu měl kód formu K1-15), aby nebyla možná identifikace respondenta. V závěru vyšetření k danému záznamovému archu pak psycholog či neurolog přiložil informace o tom, s jakými obtížemi se dané dítě potýká (rovněž v plně anonymizované formě).

Druhá skupina respondentů, tedy pečující osoby dětí s normálním vývojem, vyplňovala dotazník prostřednictvím online formuláře. V tomto formuláři byl v úvodní fázi popsán průběh a cíl výzkumného projektu a způsob nakládání se získanými daty. Součástí byla i položka souhlasu účasti na výzkumu. Kromě toho ani zde nebyla vyplňována žádná jména nebo jiné informace, podle nichž by bylo možné respondenty identifikovat, kromě samostatné informace o datu narození dítěte a případném předčasném narození. Jednotlivé dotazníky byly opět uchovány pod kódem (pro děti s normálním vývojem S1-47).

Co se týká etické stránky kognitivních rozhovorů, jednotliví respondenti do rozhovoru vstupovali dobrovolně a byli znovu obeznámeni s tím, že mohou kdykoli rozhovor ukončit a odstoupit z výzkumu. Zároveň byli opětovně seznámeni s účelem a cílem výzkumné práce i samotných rozhovorů. Ani u výsledků rozhovorů nebude nikde zveřejňováno jméno nebo jiné osobní informace kromě věkového rozmezí respondentů. Pro odlišení záznamů rozhovorů byly použity kódy I1-3, kterými budou v případě potřeby označováni respondenti i v rámci práce.

Získaná data nebudou využita k jiným účelům než pro tuto diplomovou práci. V souvislosti s tím, že dotazník byl vyplňován zákonnými zástupci dítěte a veškeré informace byly plně anonymizovány, je celý projekt považován za eticky ošetřený.

## 7. BITSEA – psychometrické vlastnosti, vyhodnocování a překlad

Dotazník BITSEA, jak bylo uvedeno v rámci literárně-přehledové části, má za cíl mapování oblasti sociální a emoční a oblasti chování u dětí mezi prvním a třetím rokem věku. V rámci zkoumání jeho psychometrických vlastností autorkami dotazníku bylo provedeno množství analýz k ověření správnosti jeho měření. V rámci této kapitoly budou shrnuty informace o vývoji a psychometrickém ověřování dotazníku. Následně bude popsán i postup získání dotazníku a jeho překladu do českého jazyka.

Forma dotazníku BITSEA určená pro rodiče má celkem 42 položek, které se hodnotí na škále od 0 do 2, kde 0 = nikdy, 1 = občas a 2 = často. U dvou položek týkajících se vztahu s vrstevníky kromě sourozenců lze odpovědět N (tedy nehodnocená položka) v případě, když na položku nelze odpovědět, neboť dítě v kontaktu s vrstevníky není.

Hodnocené položky jsou v rámci dotazníku rozděleny na dvě části. První část obsahuje položku 1–34, ke kterým jsou napsány instrukce na začátku dotazníku. K položkám 35–42 jsou pak za položkou 34 nové, samostatné instrukce. Další instrukce jsou zařazeny z toho důvodu, aby rodiče upozornili na změnu, která se vztahuje k dalším položkám. V těch je popisováno specifitější chování, které je zároveň zařazeno do *red flag* položek. Mnozí z rodičů u svých dětí podobné chování nikdy nemuseli pozorovat. Proto je znovu upozorněno na to, aby se i přes to nad otázkami zamysleli a odpověděli na ně (jde o položky jako např. „*Opakuje určitý pohyb stále dokola*“, „*Záměrně si ubližuje*“, „*Jí či pije nejedlé věci*“).

Závěrem jsou uvedeny další dvě doplňující otázky, na které rodič odpovídá na škále 0 = nemám žádné obavy až 4 = mám velké obavy, kde v první vyjadřuje své znepokojení týkající se chování dítěte, jeho emocí a vztahů s druhými. Druhá otázka je zaměřena na řečový vývoj dítěte. Tyto dvě položky jsou označeny A, B a nejsou součástí ani jedné ze škál. Hlavní důvod jejich zařazení je další možný rozhovor s rodičem o jeho konkrétních obavách. Spolu s mapováním náhledu rodiče na obtíže dítěte

Dotazník lze administrovat rodiči, který ho samostatně vyplní, ale zároveň ho lze využít jako strukturovaný rozhovor. V případě, že se administrátor rozhodne pro druhou variantu, je velice důležité, aby rodičům jednotlivé položky neinterpretovat, protože jejich dotazy či verbální poznámky mohou vést k další diskusi a tím může být celý proces samotného vyplňování zkreslen a prodloužen (Briggs-Gowan et al., 2006). Z toho důvodu se jeví jako ideální varianta nechat společný rozhovor o položkách dotazníku až po jejich

vyplnění. V některých případech však může být z různých důvodů žádoucí administrace formou strukturovaného rozhovoru, a proto je dobré o této možnosti mít povědomí.

## 7.1 Konstrukce

Dotazník BITSEA je zkrácenou verzí ITSEA (představeného v teoretické části práce), ze kterého byly vybrány některé položky tak, aby vznikl kratší, a přesto přesný nástroj. Jednotlivé položky byly vybírány dvěma způsoby. Prvním z nich byla většinová shoda 12 odborníků na mentální zdraví dětí nad klinickou důležitostí zahrnutí položky do screeningu. Podle tohoto kritéria je vybráno 28 položek. Druhý způsob výběru byl proveden podle nejvyšších loadingů ve faktorové analýze ITSEA, kde 12 položek bylo vybráno právě podle tohoto klíče. Další položky pak byly zařazeny na základě jiných kritérií, kterými byly klinická signifikance („*Záměrně si ubližuje – např. bouchá se do hlavy*“), nejlepší reprezentace prosociálního chování k vrstevníkům („*Hraje si s ostatními dětmi*“) a sloučení několika položek ITSEA v jednu za účelem získání co nejkratší verze BITSEA („*Vypadá nešťastně, smutně, v depresi nebo uzavřeně/samotářsky*“, „*Má strach z konkrétních míst, zvířat či věcí*“) (Briggs-Gowan et al., 2004).

Ve výsledku tedy škálu internalizace sytí osm položek, škálu externalizace šest, škálu dysregulace osm, škálu mapující symptomy PAS 17 položek a 14 položek je označeno *red flag*. Dále byly zařazeny ještě tři klinicky významné položky, které jsou součástí ITSEA, ale nespádají do žádné z výše pojmenovaných domén. Všechny zmíněné položky dohromady (některé položky sytí i více subškál najednou) tvoří škálu problémů.

Kompetenční škála má sedm položek, ke kterým jsou přiřazeny ještě další tři položky zaměřené přímo na kompetence v sociálním chování. Celkem tedy obsahuje položek 11.

## 7.2 Reliabilita

Posuzování reliability proběhlo prostřednictvím výpočtu test-retestu, shody posuzovatelů a stability v čase. Na výpočtu vnitřní konzistence se jednotlivé studie neshodují. Briggs-Gowanová a spoluautoři (2004) popisují vnitřní konzistenci škály obtíží (BITSEA *problem scale*, BITSEA/P) jako přijatelnou ( $\alpha = 0,79$ ,  $n = 209$ ) se zátěžemi (loadingy) jednotlivých položek v rozmezí 0,14–0,50 ( $M = 0,30$ ). U škály kompetencí (BITSEA *competence scale*, BITSEA/C) hovoří o konzistenci hraniční ( $\alpha = 0,65$ ,  $n = 1\ 233$ ) s loadingy položek v rozmezí 0,20–0,38 ( $M = 0,30$ ). Nižší vnitřní konzistenci u kompetenční škály autorky odůvodňují tím, že není očekáván současný výskyt projevů chování, které popisují jednotlivé položky. Na druhou stranu v manuálu BITSEA (Briggs-Gowan & Carter,

2006) píšou, že vnitřní konzistenci škál obtíží a kompetencí uvádět nebudou, a to kvůli rozdílnosti jednotlivých položek, u nichž se neočekává, že mezi sebou nebudou vysoce korelovat. Zároveň je s vnitřní konzistencí škál v novějších výzkumech a překladech BITSEA pracováno a ty svědčí pro přijatelnou vnitřní konzistenci obou škál, kde v jednotlivých výzkumech vychází vnitřní konzistence obou škál podobně. Kruizinga a spoluautoři (2012) uvádí BITSEA/P  $\alpha = 0,76$ , BITSEA/C  $\alpha = 0,63$  a výzkum Wendlanda a dalších (2014) uvádí BITSEA/P  $\alpha = 0,79$  a BITSEA/C  $\alpha = 0,65$ . Vzhledem k povaze jednotlivých škál lze tyto výsledky považovat za přijatelné.

Test-retestová reliabilita zkoumaná v rozmezí 10–45 dní po prvním vyplnění dotazníku je výborná pro obě škály ( $n = 119$ , BITSEA/P, intraclass correlation coefficient (ICC) = 0,87; BITSEA/C, ICC = 0,85) (Briggs-Gowan et al., 2004). Při dalším zkoumání, kdy bylo druhé vyplňování dotazníku provedeno v rozmezích 2–8 dní od prvního vyplnění, vyšla také výborná test-retestová reliabilita pro škálu obtíží ( $r = 0,92$ ,  $n = 84$ ) i kompetencí ( $r = 0,82$ ,  $n = 82$ ) (Briggs-Gowan & Carter, 2006). Test-retest problémové škály v rámci studie Kruizinga et al. (2012) byl také přijatelný, a to 0,75 pro škálu problémů a 0,61 pro kompetenční škálu.

Shoda mezi oběma rodiči je dle autorek dobrá ( $n = 68$ , BITSEA/P, ICC = 0,68; BITSEA/C, ICC = 0,61) (Briggs-Gowan et al., 2004). Podobně vyšla i druhá studie, kde škála obtíží (ICC = 0,74,  $n = 94$ ) i škála kompetencí (ICC = 0,63,  $n = 93$ ) měly o něco málo vyšší korelace (Briggs-Gowan & Carter, 2006). Autorky uvádějí, že se orientují podle kritérií Cicchettiho a Sparrowa (1981), kteří považují korelaci 0,75 za výbornou a korelaci v rozmezí 0,60 až 0,74 za dobrou. Relativně a nad očekávání autorek vysoká korelace podle kritérií pro shodu mezi rodičem a učitelem/poskytovatelem péče o dítě dle Achenbacha et al. (1987) pak vyšla mezi rodičem a jiným pečovatelem o dítě u kompetenční škály ( $n = 79$ , ICC = 0,59). Pro problémovou škálu vyšla shoda v očekávané míře ( $n = 79$ , ICC = 0,28) (Briggs-Gowan et al., 2004).

Stabilita v čase byla měřena po roce na počtu 1 112 respondentů. Pro škálu obtíží vyšla  $r = 0,65$ , pro škálu kompetenční  $r = 0,53$  ( $p < 0,01$ ). Z 345 dětí, které v prvním roce skórovaly tak, že byl jejich výsledek signifikantní a bylo by tedy na místě provést další vyšetření, 59,4 % mělo po ročním intervalu znovu signifikantní výsledek ( $\chi^2(1\ 1098) = 190,5$ ,  $p < 0,01$ ) (Briggs-Gowan et al., 2004).



Dále bylo zkoumáno, zda je rozdíl mezi distribucemi škál pro jednotlivá pohlaví a věk dětí. Výsledky vedly k rozdělení prahů citlivosti (práh positivity, cut-off skór) dle pohlaví do čtyř věkových pásem po šesti měsících. Jednotlivé cut-off skóry jsou stanoveny pro každou skupinu tak, aby bylo jako signifikantní výsledek označeno zhruba 25 % dětí s nejvyšším hrubým skórem u škály obtíží a 15 % dětí s nejnižšími skóry v kompetenční škále. Výše stanovený percentil pro práh citlivosti (menší procento HS je označeno jako signifikantní výsledek) pro kompetenční škálu vychází z předpokladu, že opoždění v sociální a emoční oblasti bude méně časté a zároveň ne tolik závažné oproti výskytu problémového chování, které již znamená obtíže (Briggs-Gowan et al., 2004). Tento výsledek pak podpořil výzkum Alakortesové et al., (2015), který je více popsán v literárně-přehledové části a upozorňuje na nutnost zohledňování věku a pohlaví při interpretaci výsledků.

### 7.3 Validita

Validita BITSEA byla zkoumána ve vztahu k ITSEA vzhledem k tomu, že je z něj odvozen. Dále pak k Child Behavior Checklist 1,5–5 (CBCL/1,5–5; Achenbach & Rescorla, 2000a), Ages and Stages Social-Emotional Questionnaires: Social Emotional (ASQ – SE; Squires, Bricker, Twombly, Yockelson, Schoen Davis & Kim, 2002), Adaptive Behavior Assessment System: Second Edition (ABAS – II; Harrison & Oakland, 2003), ke třetí edici škály Bayleyové (Bayley – III; Bayley, 2006) (Briggs-Gowan & Carter, 2006) a k Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (Edger et al., 2006; Briggs-Gowan et al., 2013). Jednotlivé nástroje jsou blíže popsány v kapitole o diagnostických a screeningových metodách. Mimo jiné probíhalo získávání informací o validitě i zadáváním dotazníku různým klinicky významným skupinám dětí a následně jeho porovnání se skupinou srovnávací, kterou tvořily děti s normální vývojem.

Jak již bylo řečeno, BITSEA vychází z ITSEA, byly tedy očekávány silné korelace mezi jejich škálami. Výsledky analýz podporují užití BITSEA jako vhodného screeningu pro možná opoždění či deficity ve zkoumaných oblastech, a to na základě korelací s ITSEA. Korelace škály kompetencí byla pro dívky  $r = 0,69$  a pro chlapce  $r = 0,77$ . U škál obtíží byla u chlapců nejnižší korelace u škály internalizace  $r = 0,64$  a nejvyšší u škály dysregulace  $r = 0,77$ . U dívek byla nejnižší korelace též u škály internalizace  $r = 0,57$ , nejvyšší pak u škály externalizace  $r = 0,75$  (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

Korelace BITSEA/P a CBCL/1,5–5 ( $n = 911$ ) mezi škálami externalizace ( $r = 0,63$ ), internalizace ( $r = 0,64$ ) a celkovou škálou obtíží ( $r = 0,71$ ) byly dle autorek poměrně silné a signifikantně vyšší než korelace BITSEA/C s celkovým skórem CBCL/1,5–5 ( $r = -0,30$ ). Akceptovatelná validita BITSEA vůči CBCL/1,5–5 je především z praktického hlediska výhodnou, protože BITSEA je podstatně kratším nástrojem, což je u screeningu žádoucí (Briggs-Gowan et al., 2004). Kromě toho i v dalších výzkumech, které probíhaly i na překladech BITSEA do jiných jazyků, byly zkoumány korelace s CBCL/1,5–5 a vycházely podobně jako v původní studii. CBCL a BITSEA/P  $r = 0,75$  a BITSEA/C  $r = -0,26$  (Kruizinga et al., 2012). Ve studii francouzské verze BITSEA autorky Wendlandové et al. (2014) tak vysoké korelace mezi CBCL a problémovou škálou BITSEA nevycházely. BITSEA/P korelovala s CBCL  $r = 0,42$  a BITSEA/C  $r = -0,01$ .

Obě škály BITSEA také predikovaly o rok pozdější skóry ITSEA a CBCL/1,5–5 (Briggs-Gowan et al., 2004).

Dále byly škály BITSEA korelovány se škálami ASQ – SE, kde výsledky rovněž podpořily validitu dotazníku ( $n = 57$ ) BITSEA/P,  $r = 0,55$  a BITSEA/C,  $r = -0,55$  (Briggs-Gowan et al., 2004).

Vysoké korelace kompetenční škály BITSEA byly předpokládány se škálou ABAS – II, která se soustředí, jak bylo popsáno v literárně-přehledové části, na adaptivní chování. Mezi ABAS – II sociálním kompozitním skórem a BITSEA/C byla dle předpokladů vysoká korelace ( $r = 0,56$ ). U dalších kompozitních skóru byly korelace mezi  $r = 0,39$  (praktický kompozitní skór) a  $r = 0,44$  (obecný adaptivní kompozitní skór). Naopak se škálou obtíží (BITSEA/P) byly korelace mírné, a to v rozmezí  $r = -0,31$  (praktický kompozitní skór) až  $r = -0,36$  (sociální dovednosti a konceptuální kompozitní skóry).

Jako další byly na vzorku 112 dětí s normálním vývojem zkoumány korelace mezi BITSEA/C a škálou Bayleyové – III. Předpoklad byl takový, že se objeví nízké až mírné pozitivní korelace v souvislosti s tím, že by se úroveň sociálních dovedností v průběhu vývoje měla zvyšovat. Kognitivní posouzení a jazyková škála Bayleyové podle předpokladů mírně korelovala s BITSEA/C ( $r = 0,25$  až  $r = 0,32$ ). Malé až mírně negativní korelace byly i se škálou obtíží BITSEA/P ( $r = -0,28$  až  $r = -0,19$ ). Skóre sociální a emoční škály Bayleyové korelovalo s BITSEA/C ( $r = 0,51$ ) a slabě negativně s BITSEA/P ( $r = -0,27$ ). Tyto výsledky podporují validitu měření sociálních a emočních kompetencí a obtíží prostřednictvím BITSEA.

Korelace s polostrukturovaným rozhovorem PAPA byly mírné až silné ( $r = 0,57-0,73$ ) a podpořily tak validitu BITSEA. Prostřednictvím této studie byla rovněž podpořena validita škál obtíží i škály internalizace a externalizace. Touto studií byla poprvé potvrzena validita BITSEA vůči psychickým poruchám (identifikovaným prostřednictvím PAPA) se schopností odlišit v rámci screeningu podezření na internalizační a externalizační obtíže (Briggs-Gowan et al., 2013). Více bylo uvedeno v literárně-přehledové části.

Ověřování validity probíhalo také prostřednictvím porovnání skóre BITSEA mezi skupinami dětí se specifickými obtížemi, u nichž se předpokládají odlišnosti v socio-emočním vývoji, v chování a v profilu kompetencí oproti kontrolní skupině dětí neurotypických. První klinickou skupinou byly děti s diagnózou PAS, jejichž výsledky byly signifikantně rozdílné od kontrolní skupiny, a to tak, že získávaly ve škále kompetenční v průměru výrazně nižší skóre s velikostí efektu  $d = 4,18$  a ve škále obtíží naopak vyšší skóre s  $d = -1,65$ . Druhou skupinu tvořily děti s vývojovým opožděním, přičemž i tato skupina měla signifikantně rozdílné výsledky od kontrolní skupiny s vyššími skóre s  $d = -0,54$  pro škálu obtíží a nižšími skóre s  $d = 1,1$  pro škálu kompetencí. Třetí skupinou byly děti s opožděným vývojem řeči, u nichž byl signifikantní rozdíl pouze u škály kompetencí, ve které získávaly nižší skóre s  $d = 0,91$ . Toto zjištění považují autorky za klinicky významné, neboť naznačuje, že děti s opožděným vývojem řeči mohou mít obtíže s nabýváním sociálních a emočních kompetencí. Předposlední zkoumanou skupinou byly děti docházející k psychiatrovi, které již v takto nízkém věku naplnily kritéria pro nějakou z psychických poruch. I tato skupina měla signifikantně nižší skóre kompetencí s výrazným  $d = 1,03$  a stejně tak i signifikantně vyšší skóre ve škále obtíží s  $d = -1,28$ . Pátou a poslední skupinou, jejíž skóre byly zkoumány, byla skupina dětí předčasně narozených společně s dětmi s nízkou porodní váhou. U této skupiny nebyl nalezen signifikantní rozdíl oproti skupině kontrolní. Důležité je podotknout, že tento výsledek mohl podle autorek vzniknout i na základě použitých metod při výběru vzorku (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

Dále BITSEA/P pozitivně korelovala s hodnocením posuzovatelů ve škále problémů ( $r = 0,34$ ) v chování a emocích ( $r = 0,34$ ) a negativně se škálou kompetenční ( $r = -0,25$ ). Škála BITSEA/C naopak korelovala s hodnocením kompetencí ( $r = 0,36$ ) (Briggs-Gowan et al., 2004).

## 7.4 Senzitivita a specificita

Prostřednictvím zjišťování senzitivity a specificity získáme informace o tom, s jakou pravděpodobností je schopen dotazník správně odlišit jedince, u nichž se opravdu objevují sledované znaky a v dotazníku mají pozitivní výsledek (senzitivita), a jedince, kteří obtíže nemají, neobjevují se u nich sledované znaky a v BITSEA skórují negativně (specificita). Zdroje (Cicchetti & Cohen, 1995) udávají minimální akceptovatelnou hranici senzitivity a specificity pro screeningový nástroj 70 % s tím, že se jedná o slabší nástroj. Dále pak hodnoty mezi 70–79 % značí přijatelnou senzitivitu i specificitu a 80–89 % dobrou, přičemž 90 % a více získá nástroj s vynikající senzitivitou a specificitou. Doporučená minimální senzitivita a specificita pro screeningové nástroje je tedy alespoň 70 % bez přítomnosti více než 30 % falešně pozitivních případů (Briggs-Gowan et al., 2013).

Analýza senzitivity a specificity BITSEA nejprve probíhala na skupině dětí s PAS (n = 33) oproti kontrolní skupině (n = 33). Škála obtíží měla pro stanovený práh citlivosti, který odpovídá 75. percentilu vynikající specificitu (97 %), avšak neuspokojivou senzitivitu (63,6 %). Pro kompetenční škálu byl stanoven prahem pozitivity 15. a nižší percentil. Kompetenční škála měla vynikající senzitivitu (100 %) i specificitu (90,9 %), tento výsledek poukazuje na to, že škála BITSEA/C dokáže výborně identifikovat PAS (Briggs-Gowan & Carter, 2006).

Schopnost BITSEA screeningově odhalit další obtíže byla zkoumána ve vztahu k PAPA (Preschool Age Psychiatric Assessment) (Egger et al., 2006).

Klinický práh pozitivity (práh citlivosti, cut-off skór) i ten, který byl stanoven pro hodnoty, jež by již měly budit znepokojení, měl pro celkovou škálu obtíží (BITSEA/P) přijatelnou senzitivitu i specificitu k internalizačním (77,8 % a 83,3 %) i k externalizačním poruchám (77,8 % a 85,2 %). Porovnání prahů pozitivity skóru BITSEA škál internalizace a externalizace s výsledky PAPA odhalily dostatečnou – a tedy vyšší než minimální – doporučenou senzitivitu a specificitu. Senzitivita klinického prahu citlivosti byla 72,9 % a specificita 81,8 %. U prahu citlivosti skóru znepokojení byla senzitivita 79,2 % a specificita hraničních 70,9 % (Briggs-Gowan et al., 2013). Rozsáhlejší informace k tomuto výzkumu jsou uvedeny v závěru poslední kapitoly literárně-přehledové části o klinickém užití BITSEA.

## 7.5 Získání dotazníku

Původní anglická verze dotazníku byla získána prostřednictvím serveru ePROVIDE pod záštitou Mapi Research Trust, který sdružuje a poskytuje množství nástrojů určených k využití v klinické praxi. Za jednu z velkých výhod je jistě možno považovat to, že k účelům nekomerčního výzkumu je velké množství materiálů na vyžádání dostupné zdarma.

Prostřednictvím tohoto portálu byl získán i dotazník BITSEA, konkrétně forma pro rodiče, a bylo požádáno o možnost jeho překladu. Žádosti bylo vyhověno, protože česká verze doposud vytvořena nebyla. Je důležité zmínit, že autorská práva jsou stále v rukou Mapi Research Trust a z toho důvodu není možné kompletní vzhled přeloženého dotazníku zveřejnit v rámci práce. Bude však v případě zájmu dostupný právě na stránkách ePROVIDE, kde bude možno jej na vyžádání získat. V příloze je uveden pouze prostý překlad jednotlivých položek dotazníku, neboť na ně je v práci odkazováno.

## 7.6 Překlad

V této kapitole bude popsán proces překladu dotazníku a uvažování nad některými položkami z pohledu autora práce, překladatele a klinického psychologa. Jako první byl proveden hrubý překlad dotazníku, který byl následně konzultován s překladatelem, aby byl získán sémanticky nejadekvátnější překlad. Dále pak proběhla konzultace s klinickým psychologem, který hodnotil srozumitelnost z pohledu zadavatele vůči cílové skupině. S přihlédnutím k těmto konzultacím bylo vytvořeno finální znění dotazníku, který byl dále distribuován. Po sběru dat následovala další fáze, která může být považována za součást překladu a úpravy položek. Jde o kognitivní rozhovory s několika respondenty, kteří dotazník vyplňovali, aby bylo zjištěno, co konkrétně si pod jednotlivými položkami představují. Výsledky kvalitativní analýzy rozhovorů jsou rozebrány v kapitole, jež se věnuje výsledkům.

Nyní budou popsány položky spolu s původním zněním a úvahou nad jejich finální formulací. Jde o položky, u nichž byl primární překlad nejednoznačný.

Jako první je položka č. 1, u níž byl zvolen překlad *Má radost, když se mu/jí něco povede* (např. *si zatleská apod.*) z anglického originálu *Shows pleasure when he or she succeeds* (for example, *claps for self*). Zde bylo místo slova *succeeds* – *uspět* využito slovo *povést se*, protože slovo *uspět* může být vnímáno ve vztahu k výkonu jedince hodnoceným

druhými. Na rozdíl od toho slovo *povést se* lépe evokuje jakoukoli subjektivně úspěšně zvládnutou aktivitu, která nemusí být nutně spojena s výkonem hodnoceným druhým.

Další byla diskutována položka č. 6: *Wakes up at night and needs help to fall asleep again*, která byla přeložena jako *Probouzí se v noci a potřebuje pomoci znovu usnout*. I přes to, že spojení *pomoci usnout* může znít poněkud kostrbatě, zdůrazňuje nutnost přičinění druhé osoby. Zvažována byla ještě varianta s využitím spojení *potřebuje znovu uspat*, kde ale nemusí být úplně zřejmé, že k usnutí je potřeba přítomnosti druhé osoby.

U položky č. 9, která v originále zní *Cries or hangs onto you when you try to leave*, byla snaha nalézt co nejtrefnější překlad spojení *hangs onto you*. Samotný překlad může znamenat *držet se někoho* či *na někom viset*. Zvolena byla druhá varianta vzhledem k tomu, že přesněji vystihuje chování, které má položka popisovat. I přes poněkud laický popis chování je nejlépe srozumitelný vzhledem k cílové skupině respondentů. Výsledné znění položky je následující: *Brečí nebo se na Vás „věší“, když se pokusíte odejít*.

Položka č. 16 v původním znění *Won't touch some objects because of how they feel* cílí na taktilní vnímání a byla přeložena jako *Nedotkne se některých věcí kvůli tomu, jaké jsou na dotek/na pohmat*. V tomto případě byl ponechán dvojitý překlad, který má upozorňovat právě na hmat. V případě, že by byl využit překlad se slovem *feel – cítit, pocit*, nebyla by nalezena správná formulace, která by adekvátně vyjadřovala smysl položky s důrazem na vnímání hmatem.

Jako další je položka *Has trouble falling asleep or staying asleep*, jež byla přeložena *Má potíže usnout nebo se často probouzí*. Zde bylo místo slov *staying asleep*, tedy *zůstat spát*, využito spojení *často se probouzí*, které sice obsahuje kvantifikátor a zároveň je položka přeformulována, ale domníváme se, že význam sdělení je zachován a položka působí srozumitelněji, než kdyby byl použit prostý překlad.

Jako další je položka č. 29, která se soustředí na sdílenou pozornost: *Points to show you something far away*. Překlad *Ukazuje, aby Vám ukázal něco vzdáleného* je poněkud nesrozumitelný a zároveň z něj není úplně patrné zaměření na společné sdělení, jako tomu je u anglicky formulovaného originálu položky, kde samotné slovo *point* znamená *ukazovat prstem*. Slovo *show* se pak také překládá jako *ukazovat* i přes to, že jeho konotace je rozdílná, z překladu to není přímo patrné, a tak působí český doslovný překlad poněkud matoucím

dojmem. Z těchto důvodů byla zvolena následující formulace *Ukazuje prstem na vzdálené předměty, abyste se na ně podívali*, která více zdůrazňuje ukazování a sdílení pozornosti.

Poslední z diskutovaných položek v rámci této kapitoly je položka č. 36 *Repeats the same action or phase over and over without enjoyment*. Ta byla přeložena následovně: *Opakuje stejnou aktivitu či frázi stále dokola, aniž by v tom nacházel(a) potěšení*. Tímto překladem je zdůrazněno, že samotná prováděná aktivita není spojena s potěšením. V případě překladu *Opakuje stejnou aktivitu či frázi stále dokola bez potěšení* není na první přechtení zřejmé, že se nejedná o spojení s momentální náladou dítěte, ale o vztah k prováděné aktivitě.

Anglické slovo *upset* bylo v rámci všech položek dotazníku překládáno jako dvojice slov *naštvaný/rozrušený*, a to vzhledem k tomu, že nejlépe vystihuje jeho význam v českém jazyce a výběr pouze jednoho z možných překladů by mohl ubrat části významu dané položce, v níž se slovo vyskytuje.

Na závěr procesu překladu byl vytvořen zpětný překlad, který byl proveden překladatelem a poslán na schválení Mapi Research Trust, což je podmínkou k tomu, aby mohl být dotazník přeložený do českého jazyka zařazen do jejich databáze a dále nabízen zájemcům o práci s ním.

## 7.7 Vyhodnocování dotazníku

K vyhodnocení dotazníku je vytvořen skórovací formulář, který byl rovněž přeložen do českého jazyka. Jako první při vyhodnocení probíhá výpočet věku dítěte v den vyplnění dotazníku. Věk je pak zaznamenán ve formě měsíců, aby byl při vyhodnocení zvolen správný práh citlivosti pro jednotlivé škály.

### ***Korekce předčasného narození***

Ke zvolení správného prahu citlivosti je důležitý chronologický věk dítěte v měsících. V případě, že dítě bylo narozeno v 36. gestačním týdnu těhotenství a dříve, je dle BITSEA bráno jako předčasně narozené, takže je nutné provést korekci na předčasné narození. Korekce je získána výpočtem časového rozdílu mezi reálným datem narození a předpokládaným datem narození dítěte. Výsledek korekce je pak odečten od přesného věku dítěte v den vyplnění dotazníku a tím je získán korigovaný věk, podle něhož je následně určen práh citlivosti (Briggs-Gowan et al., 2006). Konkrétní důvod provedení korekce však v manuálu autorky neuvádějí. Zřejmě je ale provedena především v návaznosti na fakt, že

předčasně narozené děti mají opožděný psychomotorický vývoj, který je navázán právě specificky na předčasné narození, a proto by dítě v případě neprovedení korekce mohlo v dotazníku skórovat signifikantně i přes to, že se reálně s obtížemi nepotýká.

### ***Výpočet hrubého skóru***

V záznamovém archu jsou zvlášť uvedeny položky týkající se problémové škály, kterých je celkem 31, a kompetenční škály, jichž je 11. Výzkumník zapíše hrubý skór, který nabývá hodnot 0–2, získaný v každé z položek do příslušného políčka pro jednotlivé škály. Dále dojde k součtu a tím k získání celkového hrubého skóru pro každou ze škál. U škály obtíží je žádoucí získat co nejnižší skór (maximálně lze získat HS 62), u škály kompetencí je tomu naopak a vyšší skór je lepší (maximálně lze získat HS 22). Výsledek je možné převést na percentily (tabulka 2), které jsou uvedeny pro hodnoty hrubého skóru na hranici prahu citlivosti a výš. Vzhledem k tomu, že jde o screeningovou metodu, je nejzásadnějším percentilem právě hodnota stanovená prahem positivity. K této hodnotě je připojeno ještě několik dalších percentilů pro představu distribuce skórů, ale nejsou uvedeny percentily pro veškeré hrubé skóry.

Přímo v záznamovém archu je znázorněna tabulka hrubých skórů prahů citlivosti (cut-off skóry) pro jednotlivé věkové kategorie a pohlaví. Dalším krokem je tedy porovnání získaného hrubého skóru s cut-off skóry škál. U škály problémů je považován za signifikantní výsledek hrubý skór, který se rovná nebo je vyšší než 75. percentil. U kompetenční škály je stanovena hranice hrubého skóru reprezentujícího 15. nebo nižší percentil (tabulka 2). Kompetenční škála má dle autorek stanovenou nižší hranici (tzn. pouze děti získající 15 a nižší percentil mají podezření na obtíže) pro získání signifikantního výsledku z toho důvodu, že prevalence opoždění a deficitů v sociální a emoční oblasti je nižší než prevalence problémů v chování a v sociální a emoční oblasti, které mapuje škála problémů, jak již bylo jednou uvedeno (Briggs-Gowan et al., 2006).

V případě, že ve škále problémů není zodpovězeno pět a více položek (jako nezodpovězená položka se počítá i *N = nemohu odpovědět* v případě některých položek), není možno vypočítané celkové získané skóre považovat za reliabilní z důvodu velkého množství chybějících dat. Kompetenční škálu nelze vyhodnotit v případě, že jsou nezodpovězeny dvě a více položek.

Důležité pro zadavatele dotazníku jsou pak také položky č. 2, 14, 18, 24, 32 a 34–42, které spadají do kategorie *red flag*. Pokud dítě u některých z vypsanych položek, které patří



do této škály získá jiný skór než 0, je důležité se nad položkou zastavit a doptat se rodiče na další okolnosti. Může se totiž jednat o problém i v případě, že celková škála signifikantní výsledek neukazuje. Tyto položky jsou více popsány v literárně-přehledové části práce a popisují chování, které by se u dětí takto nízkého věku nemělo objevovat.

Jak také bylo popsáno v literárně-přehledové části, dotazník je složen celkem z šesti škál. To, jaké škály jednotlivé položky sytí, lze zjistit z mapy položek, která je uvedena v manuálu BITSEA. Ve vyhodnocovacím listě jsou hodnoceny pouze dvě hlavní, a to problémová škála a kompetenční. Na základě těchto dvou škál probíhá screening. Přínos a rozlišovací schopnosti dalších subškál byly zkoumány Briggsovou-Gowanovou a dalšími (2013) nebo Gisermanovou-Kissovou a dalšími (2017), ale ve vyhodnocovacím archu nejsou zavedeny. Dále jde tedy více o analýzu výsledků samotným odborníkem, jak je uvedeno i v literárně-přehledové části.

**Tabulka 1** BITSEA – prahy citlivosti založené na percentilu, rozděleny dle věku a pohlaví

	12–17 měsíců		18–23 měsíců		24–29 měsíců		30–35 měsíců	
	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci
Škála problémů 25 % možný problém	13	13	13	15	14	15	12	14
Kompetenční škála 15 % možný deficit/opoždění	12	12	14	14	15	14	16	14

(Briggs-Gowan et al., 2006 – přeloženo)

Kromě škály problémů a kompetencí je ale možno u položek 1, 10, 11, 13, 14, 15, 21, 22, 25, 29, 31, 35–40 zatrhnout písmeno A, které v případě zisku vysokého skóru v problémových položkách a nízkého skóru v položkách kompetencí ukazují na možné symptomy odkazující na PAS (značení písmenem A z anglického ASD – *autism spectrum disorder*). Na to navázal právě výzkum Gisermanové-Kissovové a dalších (2017), který přidal další dvě položky sytící tuto škálu a stanovil prahy citlivosti pro screening PAS prostřednictvím BITSEA.

## 7.8 Interpretace získaných skórů a percentilů

V případě, že dítě získá signifikantní výsledek ve škále problémů, znamená to, že jeho skóre je vyšší, než získalo 75 % dětí v jeho normativní skupině – je na místě podezření na klinicky významné projevy. V takovém případě je nutno získat další doplňující informace od pečujících osob a doporučit navazující vyšetření nebo dále podrobněji sledovat vývoj dítěte.

U kompetenční škály je jako signifikantní brán nižší nebo stejný výsledek, než získalo 85 % jedinců v normativní skupině. Nízký skóre odkazuje na možné opoždění či deficit ve vývoji, tedy na nedostatečné sociální a emoční dovednosti, které jsou v daném věku již u dítěte očekávány. Jak bylo více popsáno v kapitole Emoce a sociální chování z pohledu vývojové psychologie a v kapitole Mentální, behaviorální a neurovývojové poruchy, jsou deficity/opoždění v sociálním a emočním vývoji často spojeny s obtížemi i v dalších oblastech, jako je kognitivní vývoj, řečový vývoj a obtíže spojené s komunikací, které bývají často asociované s PAS. V případě, že má dítě podezření na obtíže odhalené prostřednictvím škály kompetencí, pro získání dalších informací je důležité provést rozhovor s rodičem. Zároveň je vhodné zrevidovat položky související s PAS (v dotazníku označené písmenem A), kde je jedním ze symptomů právě deficit v sociálních a emočních kompetencích.

K lepší interpretaci výsledků škál pomáhá právě převod hrubého skóre na percentily, kde čím nižší percentil, tím je výsledek neobvyklejší vzhledem k normativní skupině dítěte (děleno dle věku a pohlaví) (tabulka 2).

**Tabulka 2** BITSEA – percentily rozdělené dle věku a pohlaví

	Celkový hrubý skóre							
	12–17 měsíců		18–23 měsíců		24–29 měsíců		30–35 měsíců	
	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci
<b>Percentily – škála problémů</b>								
4 % a méně	≥ 20	≥ 18	≥ 23	≥ 25	≥ 22	≥ 33	≥ 21	≥ 20
5–9 %	19–16	17–15	22–19	24–20	21–19	32–23	20–18	19–18
10–14 %	15	–	18–15	19–17	18–17	22–19	17–15	17–16
15–24 %	14	14	14	16	16–15	18–16	14–13	15
25 %	13	13	13	15	14	15	12	14
26 % a více	≤ 12	≤ 12	≤ 12	≤ 14	≤ 13	≤ 14	≤ 11	≤ 13
<b>Percentily – škála kompetencí</b>								
4 % a méně	≤ 9	≤ 8	≤ 10	≤ 10	≤ 13	≤ 10	≤ 13	≤ 11
5–9 %	10	9–10	11–12	11–12	14	11–12	14	12
10–14 %	11	11	13	13	–	13	15	13
15–24 %	12	12	14	14	15	14	16	14
25 %	13	13	15	–	16	15	17	15
26 % a více	≥ 14	≥ 14	≥ 16	≥ 15	≥ 17	≥ 16	≥ 18	≥ 16

(Briggs-Gowan et al., 2006 – přeloženo)

Kromě toho lze interpretovat samostatně i jednotlivé položky. To je umožněno hned z několika důvodů. Prvním z nich je analýza konkrétních položek, které přispěly k získání daného skóre v rámci škál, jak je více rozvedeno v předešlých kapitolách. Dalším důvodem

je analýza položek, jež se vážou k PAS. I přes to, že BITSEA není primárně screeningovým nástrojem pouze pro PAS, existují určité položky, jejichž prostřednictvím lze toto podezření pojmut a pro něž byly získány samostatné prahy citlivosti (více viz literárně-přehledová část). Kromě toho byly zmíněny i položky označené *red flag*, pro které platí, že kdykoli jsou rodičem zaškrtnuty, je nutno se na ně dále v rámci rozhovoru doptat, neboť mapují závažné chování. I přes to, že ve vyhodnocovacím listě se pracuje pouze se škálou problémů a kompetencí, v manuálu je dostupná mapa položek, ve které je znázorněno, jaké položky sytí i další subškály, a to externalizační obtíže, internalizační obtíže a dysregulaci v rámci škály problémů. Dále je pak samostatně vyčleněna škála mapující symptomy PAS, *red flag* položky, které jsou rozeznatelné právě na základě této mapy, neboť ve vyhodnocovacím listě vyznačeny nejsou, a samozřejmě i kompetenční škála, jejíž položky jsou ale zřejmé i z vyhodnocovacího listu (Briggs-Gowan et al., 2006).

V kapitole o interpretaci výsledků je důležité zmínit i význam znalosti diagnostiky dětí, která je nutná pro práci s tímto dotazníkem či jakýmkoli jiným podobným nástrojem. Záleží pak na zadavateli screeningu, jak se na základě interpretace dat rozhodne dále postupovat. Nabízí se hned několik možností v případě toho, že je výsledek signifikantní. První z variant je následný rozhovor (*follow-up* rozhovor), který může vést sám zadavatel dotazníku nebo ho předat jinému odborníkovi. Nebo lze před samotným rozhovorem použít detailnější metodu (např. ITSEA, CBCL, v českém prostředí například vývojové škály) či metodu zaměřenou na konkrétní oblast, u níž z nějakého důvodu vzniklo podezření na obtíže, ale netýká se přímo sociálních a emočních projevů (např. řeč, kognice). Takový postup nám před rozhovorem s rodičem poskytne další informace a jistější podklad k diskusi nad konkrétními obtížemi. Další variantou je na základě výsledků BITSEA dítě sledovat a opakovaně dotazník administrovat po uplynutí určitého časového úseku. Takový postup může být zvolen při hraničním výsledku, případně při výsledku, který nebyl signifikantní, ale i přesto bylo po následném rozhovoru s rodiči pojata podezření na možné obtíže.

Samotný následný rozhovor by měl proběhnout vždy. I přes nesignifikantní výsledek by měl rodič dostat zpětnou vazbu na vyplnění dotazníku. Zároveň s tím by měl mít možnost se v případě potřeby dotázat na další informace či nesrovnalosti. Zároveň je tím otevřena možnost i administrátorovi, který právě prostřednictvím následného rozhovoru může získat informace, jež přímo z dotazníku nebyly patrné, případně má také možnost doptat se na nejasnosti, pokud se nějaké vyskytnou.

Podle autorek by v rozhovoru s rodičem měly být probrány následující body ve vztahu k položkám, ve kterých dítě skórovalo:

- frekvence a intenzita chování;
- úroveň znepokojení rodiče v souvislosti s tímto chováním;
- prostředí či čas/situace, v němž se chování objevuje (např. večer, u lékaře atp.);
- kontext, ve kterém se dané chování objevuje (např. objevuje se vždy pouze s jedním rodičem, s druhým ale nikoli);
- význam/cíl konkrétního chování.

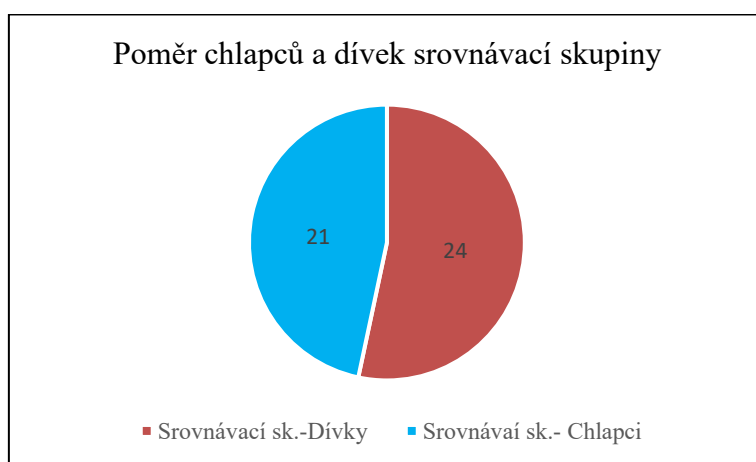
Tyto informace slouží k lepšímu pochopení daného chování jeho celkovém kontextu.

## 8. Výzkumný soubor

Jak bylo uvedeno v předešlých kapitolách, dotazník BITSEA je určen pro rodiče dětí ve věku 12–36 měsíců, jde tedy o specifickou populaci, ze které byl vzorek respondentů získáván. Celkem se studie účastnilo 62 respondentů, z toho 47 ze srovnávací skupiny (dva respondenti byli kvůli nesplnění podmínek vyřazeni), a tak skupina nakonec čítá 45 jedinců. Klinická skupina se pak skládá celkem z 15 dětí. Z celého souboru je 27 chlapců a 32 dívek. Průměrný věk dětí zahrnutých v analýzách je 22,9 měsíců  $\pm$  7,66. Ač nešlo o předem stanovený záměr v obou skupinách, je nasbírán stejný poměr chlapců a dívek.

### *Srovnávací skupina*

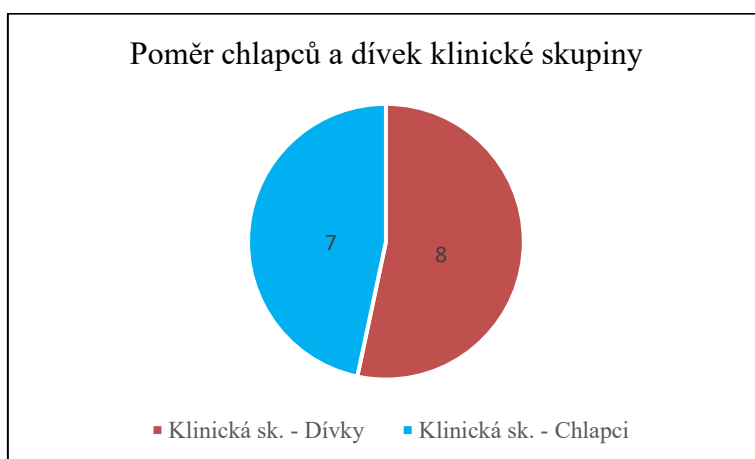
Srovnávací skupina se skládá z dětí s předpokladem běžného vývoje. Respondenti této skupiny vyplňovali dotazník v online prostředí a kritérii zařazení do studie byl souhlas s účastí ve výzkumu, věk dítěte mezi 12–36 měsíci a nedocházení k psychologovi, neurologovi či psychiatrovi, aby byla alespoň částečně ověřena podmínka normálního vývoje. Vzhledem k tomu, že děti ze srovnávací skupiny nepodstoupily další vyšetření prostřednictvím diagnostických metod, které by nám daly spolehlivější informaci o vývoji dítěte, hovoříme pouze o předpokladu, i když očekáváme, že tato podmínka je splněna. Dotazník vyplnilo celkem 47 respondentů, z toho dva byli vyřazeni kvůli nesplnění kritérií pro zařazení do studie. Jeden z nich neuvedl datum narození dítěte, druhý pak nesplňoval podmínku nedocházení k odborníkovi. Soubor tedy ve výsledku čítá 45 respondentů, z čehož je 24 dívek a 21 chlapců (graf 1). Průměrný věk celé skupiny dětí počítaný ke dni vyplnění dotazníku je 21,2 měsíců  $\pm$  7,25. Průměrný věk dle pohlaví je pro dívky 20 měsíců  $\pm$  7,08 a pro chlapce 22,6 měsíců  $\pm$  7,36 (tabulka 5).



**Graf 1** Četnost populace srovnávací skupiny, poměr chlapců a dívek (Srovnávací sk.-srovnávací skupina)

### ***Klinická skupina***

Data klinické skupiny byla sbírána v prostředí ambulance klinického psychologa a dětského neurologa v Oblastní nemocnici Kolín. Tvoří jí celkem 15 jedinců, 8 dívek a 7 chlapců (graf 2). Průměrný věk skupiny je 27,8 měsíců  $\pm$  6,9. Průměrný věk dívek je 31,4 měsíců  $\pm$  5,55 a chlapců 23,7 měsíců  $\pm$  6,21 (tabulka 4). Všichni respondenti splnili podmínky pro zařazení do studie (věk dítěte mezi 12–36 měsíci spolu s kritériem podstoupení vyšetření u psychologa nebo neurologa). Všechny z dětí mají v závěru zprávy z vyšetření v ambulanci potvrzen opožděný psychomotorický vývoj. Kromě toho mají 3 děti přidružené afektivní projevy, další dvě opožděný vývoj řeči a jedno projevy hyperaktivity (tabulka 3). Vzhledem k nízkému věku dětí ještě obecně ve většině případů nedochází ke stanovování konkrétní diagnózy, jak bylo popsáno i v rámci kapitoly o neurovývojových poruchách v literárně-přehledové části. I přes to je však z vyšetření dětí nízkého věku patrné, že je jejich vývoj významně odchylen od normy předpokládané pro daný věk.



**Graf 2** Četnost populace klinické skupiny, poměr chlapců a dívek (Klinická sk. – klinická skupina)

**Tabulka 3** Zastoupení jednotlivých obtíží v rámci klinické skupiny

Obtíže sledované v rámci klinické skupiny	Počet	Procentuální zastoupení
opožděný PM vývoj	15	100 %
afektivní projevy	3	20 %
opožděný vývoj řeči	2	13 %
hyperaktivita	1	6 %

(vlastní zpracování)

Podle validizační studie Briggsové-Gowanové a Carterové (2006), o níž je zmínka v rámci výzkumné části, měly děti s vývojovým opožděním signifikantně rozdílné výsledky od kontrolní skupiny, a to s vyššími skóry škály problémů s velikostí efektu  $d = -0,54$  a signifikantně nižšími skóry pro škálu kompetencí s  $d = 1,1$ . Proto lze považovat uvedenou klinickou skupinu za adekvátní. I přes to, že při stanovené velikosti efektu pro škálu problémů by bylo žádoucí mít vzorek větší, škála kompetencí má takovou velikost efektu, pro kterou je vzorek dětí s obtížemi adekvátní, aby bylo možné srovnávání s dětmi s normálním vývojem. I vzhledem k tomu, že jde pouze o pilotní projekt, jehož cílem není metodu standardizovat, je považována velikost vzorku za dostatečnou.

**Tabulka 4** Průměrný věk v obou skupinách – celkový a dle pohlaví

Průměrný věk v měsících	srovnávací sk.	klinická sk.
celkový	21,2 ± 7,25	27,8 ± 6,9
chlapci	22,6 ± 7,36	23,7 ± 6,21
dívky	20 ± 7,08	31,4 ± 5,55

(vlastní zpracování)

### ***Kognitivní interview***

Specifický je výzkumný soubor zvolený pro kognitivní interview. Rozhovory byly prováděny rovněž s rodiči, ale nyní se sbíraná data netýkala jejich dětí, ale znění položek dotazníku. Výběr respondentů byl nenáhodný, osloveni byli ti jedinci, kteří byli primárními distributory dotazníku při sběru dat (metoda *snowball*) – 3 z dotázaných souhlasili s účastí na rozhovoru. Celý soubor se ve výsledku skládá z žen ve věku mezi 30–47 lety, jež předtím vyplňovaly online formu dotazníku a jsou matkami dětí s předpokladem normálního vývoje ve věku, na který se dotazník soustředí.

## 9. Výsledky

### 9.1 Kvantitativní analýza dotazníku

Níže v rámci jednotlivých podkapitol budou popsány výsledky kvantitativního zkoumání dotazníku BITSEA na vzorku české populace.

#### *Reliabilita v podobě vnitřní konzistence škál*

První zkoumanou oblastí byla vnitřní konzistence obou škál českého překladu dotazníku BITSEA. Tato analýza byla provedena na vzorku dětí s předpokladem normálního vývoje a byla počítána prostřednictvím Cronbachova  $\alpha$ . Obě škály na základě výpočtu vykazují dostatečnou reliabilitu. Pro škálu problémů byla získána vnitřní konzistence  $\alpha = 0,85$ . Tento výsledek je v souladu s výzkumy uvedenými v jedné z předcházejících kapitol. Pro škálu kompetencí je koeficient  $\alpha = 0,72$ , který vyšel o něco vyšší, než uvádí manuál BITSEA i další studie.

Dále bylo zkoumáno, zda se reliabilita změní v případě, že bude některá z položek vynechána. Při vynechání jakékoli (jedné) položky ze škály problémů nebude významným způsobem reliabilita škály ovlivněna a stále se bude pohybovat v rozmezí  $\alpha = 0,84–0,85$ . U kompetenční škály existují položky, jejichž vynechání snižuje reliabilitu pod 0,70, která je obecně považována za minimální hranici přípustné reliability (Kline, 1993). Mezi tyto položky patří č. 13, 15, 22, 25 a 29, kdy se při vynechání jedné z nich sníží reliabilita na úroveň mezi 0,67–0,69. V případě kompetenční škály se i tento výsledek dá považovat za přijatelný vzhledem k výsledkům z dalších studií a především pak vzhledem k teoretickému předpokladu nižší konzistence této škály, což je uvedeno i v kapitole o konstrukci dotazníku. Tyto nuance mohou být způsobeny i menším počtem položek ve škále. Kromě stanovené minimální hranice reliability je důležité zvažovat účel tvorby dané škály s tím, že konkrétně u škály kompetencí je přijatelná i nižší reliabilita.

V informacích k vyhodnocení dotazníku, které jsou uvedeny v samostatné podkapitole výše, autorky uvádí, že ve škále problémů může být až 5 položek nezodpovězených a škálu lze i přes to vyhodnotit. Pro škálu kompetencí jsou to pak 2 položky. Proto lze předpokládat, že i při vynechání některých položek by reliabilita škál měla být stále dostatečná. Vynechání 1 položky by ji nemělo výrazně ovlivnit, jak je znázorněno i ve výsledcích našeho zkoumání. Dalším záměrem pak může být zkoumání reliability s více chybějícími položkami.



### ***Rozložení skóre srovnávací skupiny a výpočet orientačních percentilů***

V rámci této subkapitoly bude popsáno zkoumání rozložení skóre skupiny dětí s předpokladem normálního vývoje spolu s následným označením orientačních percentilů.

Pro celou skupinu byl průměrný skóre u škály problémů  $HS = 14,1 \pm 7,87$ . Pro škálu kompetencí byl  $HS = 16,3 \pm 4,19$ . Dále byl zkoumán rozptyl skóre dle pohlaví, kde dívky získávaly v průměru  $HS = 13,3 \pm 7,5$  v problémové škále a  $HS = 16,3 \pm 3,52$  pro škálu kompetencí. U chlapců byl v problémové škále průměrný  $HS = 15,6 \pm 7,82$  a ve škále kompetencí  $HS = 17,1 \pm 3,41$  (tabulka 6). V návaznosti na to byly stanoveny percentily pro celou skupinu dohromady a pro rozdělení podle pohlaví. Hlavním důvodem jejich výpočtu je orientační znázornění rozložení percentilů v rámci českého vzorku a jejich porovnání se zahraničními studiemi. Spočítán je u obou skupin 25 a 50 percentil pro lepší představu rozptylu  $HS$  v rámci percentilů, následně je u škály problémů uveden a vyznačen 75 percentil, který je stanoven jako práh citlivosti pro screening prostřednictvím tohoto nástroje. U škály kompetencí je naopak uveden a vyznačen 15 percentil, jenž je také stanoven jako práh citlivosti pro screening prostřednictvím této škály (tabulka 5).

**Tabulka 5** *Percentily stanovené na základě hrubých skóre skupiny dětí s předpokladem normálního vývoje*

	Celkem	Chlapci	Dívky
<b>Percentily – škála problémů</b>			
75 %	18	19	17
50 %	13	14	11
25 %	8	9	8
<b>Percentily – škála kompetencí</b>			
50 %	17	18	17
25 %	14	15	14
15 %	12	13	13

(vlastní zpracování)

Percentily hrubých skóre rozdělené dle pohlaví jsou uvedeny vzhledem k faktu, že předešlé výzkumy upozornily na rozdíly mezi dívkami a chlapci, co se týká dosažených hrubých skóre v rámci screeningu BITSEA. Opět jde pouze o orientační dělení, které ukazuje rozložení v rámci této konkrétní zkoumané skupiny. Bylo by žádoucí mít možnost rozdělit percentily i podle věkových kategorií, což však vzhledem k velikosti vzorku není vhodné, protože by získaná data neměla příliš vypovídající hodnotu.

U problémové škály jsou v porovnání se standardizací originální verze dotazníku všechny průměrné hrubé skóry na úrovni 75. percentilu vyšší. V původní studii se u všech věkových kategorií i v rámci pohlaví pohybuje práh citlivosti mezi skórem 13–15 (Briggs-Gowan & Carter, 2006). Jak je viditelné v tabulce 5, v rámci našeho vzorku se hranice pohybuje mezi skórem 17,8–19,8. Studie Kruizingy a dalších (2012), která probíhala na populaci nizozemských dětí, pak udává rozmezí prahu citlivosti pro tuto škálu v rámci všech věkových kategorií i obou pohlaví mezi 9–11 body HS. K takto rozdílnému výsledku jistě přispěla velikost vzorku využitého v rámci studie. Percentily byly tvořeny s vědomím toho, že vzorek pro jejich stanovení není dostatečně velký. Proto jsou nazvány pouze orientačními a slouží především pro představu a zachycení skóru prahu citlivosti konkrétně pro tuto skupinu.

U škály kompetencí takový rozdíl pozorován nebyl. V původní studii (Briggs-Gowan & Carter, 2006) byl hrubý skór na stanoveném patnáctiprocentním prahu citlivosti pro všechny supiny i pohlaví mezi HS 11–15. V rámci námi zkoumaného vzorku se tyto skóry pohybovaly mezi HS 12,9–13,4. I výše uvedená studie (Kruizinga et al., 2012) nepopisuje významné rozdíly v prazích citlivosti v rámci škály kompetencí.

Když pomíneme velikost tohoto výběrového souboru, jedním z důvodů, proč jsou ve škále problémů získávány rozdílné hodnoty u prahů citlivosti, mohou být kulturní vlivy. Při zohlednění procesu tvorby percentilů lze říct, že když je hrubý skór prahu citlivosti vyšší, získávají děti obecně v rámci dané populace vyšší skóry. V takovém případě by HS, dle prahů citlivosti z uvedené studie (Kruizinga et al., 2012), již byly označeny za signifikantní, ale podle prahů citlivosti uvedených v manuálu BITSEA nebo podle prahů citlivosti získaných prostřednictvím našeho zkoumání by tomu tak ještě být nemuselo. Je tedy jistě žádoucí vytvořit, pokud je to možné, pro každý z překladů vlastní normy, aby bylo porovnávání co nejspolehlivější. I přes to, že se dá tvorba norem považovat za jakousi podmínku využití diagnostického nástroje, v praxi se setkáváme i s používáním norem původních (zahraničních), neadaptovaných na českou populaci.

Důvod, proč je rozdíl v prahu citlivosti u škály problémů, ale nikoli u škály kompetencí, může být například v tom, že vnímání problémového chování v rámci kultury je odlišné (v některých kulturách je tolerována vyšší míra problémového chování), avšak nárůst kompetencí dětí v takto nízkém věku není vázán až do takové míry na kulturní vlivy jako na psychomotorické vyžívání. Nelze to však říct s jistotou, neboť informace uvedené

v literárně-přehledové části odkazují i na to, že ke správnému rozvoji kompetencí rovněž přispívají sociální vlivy. Může zde však hrát roli míra působení sociálních vlivů na problémové chování a kompetence. Tato oblast je jistě dalším zajímavým okruhem, který může být podnětem pro další zkoumání.

### ***Rozložení skóru klinické skupiny***

Rozložení skóru klinické skupiny je stejně jako rozložení skóru srovnávací skupiny shrnuto v tabulce 6. Průměrný skór pro celou skupinu byl v rámci škály problémů  $18 \pm 8,73$  a u škály kompetencí  $14,5 \pm 5,18$ . Průměrná hodnota škály problémů celé skupiny zhruba odpovídá prahu citlivosti stanovenému na 75. percentilu skupiny srovnávací. Pro dívky je průměrný skór škály problémů  $17,8 \pm 10,2$  a pro škálu kompetencí je průměrem  $13,8 \pm 6,39$ . Pro chlapce je pak u škály problémů průměrný HS  $18,3 \pm 7,45$  a u škály kompetencí  $15,3 \pm 3,68$  (tabulka 6). I při rozdělení dle pohlaví odpovídá průměrný skór problémové škály zhruba 75. percentilu stanoveného v rámci skupiny srovnávací. I přes to, že mají jednotlivé hodnoty poměrně velký rozptyl, poskytují nám alespoň rámcovou představu o rozložení dat v populaci.

Podle prahů citlivosti nastavených ve srovnávací skupině této studie získalo 7 z 15 jedinců v klinické skupině signifikantní výsledek na škále problémů a 5 z 15 jedinců na škále kompetencí. Z toho 3 signifikantně skórovali na obou škálách, 4 na škále problémů a 2 pouze na škále kompetencí. Celkem tedy získalo signifikantní skór 9 z 15 jedinců.

V případě, že by byl prahem citlivosti stanoven původní hrubý skór udávaný v manuálu BITSEA, získalo by signifikantní výsledek na škále problémů 10 z 15 testovaných dětí, na škále kompetencí pak 7 z 15 testovaných. Z toho 6 jedinců mělo signifikantní skór v obou škálách, 4 pouze ve škále problémů a 1 pouze ve škále kompetencí. Celkem by tedy podle prahů citlivosti stanovených podle Briggsově-Gowanové & Carterové (2006) signifikantně skórovalo 11 z 15 jedinců (získané hrubé skóry jsou znázorněny v příloze 2).

Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o skupinu, kde byly u všech dětí potvrzeny obtíže odborníkem (opožděný psychomotorický vývoj), je u nich předpokládán vysoký poměr výskytu obtíží v sociální a emoční oblasti. Tento předpoklad byl podpořen výsledkem, kde 11 z 15 dětí signifikantně skórovalo na škále BITSEA. I přes to je nutností další výzkum a tvorba vlastních norem pro české prostředí.

Z tak malého vzorku nelze usuzovat na senzitivitu a specificitu, ale vzhledem k tomuto výsledku je zřejmé, že přesnější stanovené percentily jsou v rámci původní studie, což není překvapivé. I přes to by ale podle percentilů stanovených v rámci této studie byla odhalena více než polovina z vyšetřených, což se dá považovat vzhledem k velikosti vzorku za poměrně uspokojující, avšak ne dostačující.

**Tabulka 6** Rozložení skóre srovnávací a klinické skupiny

	Celkem		Chlapci		Dívky	
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD
<i>Srovnávací skupina</i>						
škála problémů	14,1	7,87	15,6	7,82	13,3	7,5
škála kompetencí	16,3	4,19	17,1	3,41	16,3	3,52
<i>Klinická skupina</i>						
škála problémů	18	8,73	18,3	7,45	17,8	10,2
škála kompetencí	14,5	5,18	15,3	3,68	13,8	6,39

(vlastní zpracování)

### **Testování výzkumných hypotéz**

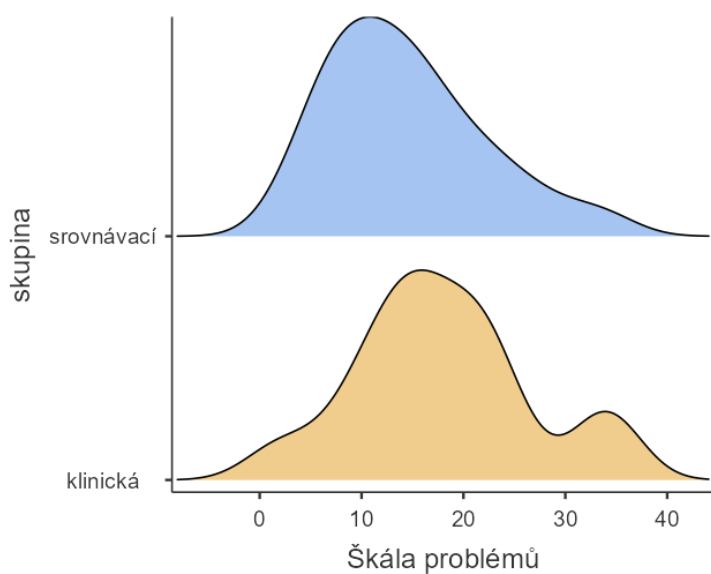
Samotné porovnání srovnávací skupiny se skupinou klinickou bylo provedeno Studentovým t-testem. Nejprve proběhlo ověření normálního rozložení dat prostřednictvím Shapiro-Wilkova testu, který vyšel pro škálu obtíží ( $W = 0,962$ ,  $p = 0,053$ ) i pro škálu kompetencí ( $W = 0,912$ ,  $p = < 0,001$ ) signifikantní a naznačuje tedy, že data nemají normální rozložení. Levenův test, který testuje zda je variabilita srovnávaných skupin zhruba stejná, vyšel pro škálu obtíží ( $F(1,59)=2,88$ ,  $p = 0,683$ ) i pro škálu kompetencí ( $F(1,59) = 2,88$ ,  $p = 0,095$ ) nesignifikantní. Díky centrální limitní větě můžeme použít dvouvýběrový t-test i přes signifikantní Shapiro-Wilkův test, vzhledem k tomu, že variabilita dat by neměla být signifikantně odlišná, což je patrné i z grafů níže (graf 3,4).

První testovanou hypotézou je předpoklad, že se budou průměry skupin v rámci jednotlivých škál od sebe významně lišit. Výsledek t - testu pro škálu problémů ( $t(59)=-1,53$ ,  $p=0,131$ ) i pro škálu kompetencí ( $t(59)=1,87$ ,  $p=0,067$ ) je nesignifikantní. Tato hypotéza podpořena nebyla a jednotlivé skupiny se od sebe signifikantně neliší. Je však vidět, že u škály kompetencí se výsledek blíží hranici signifikance.

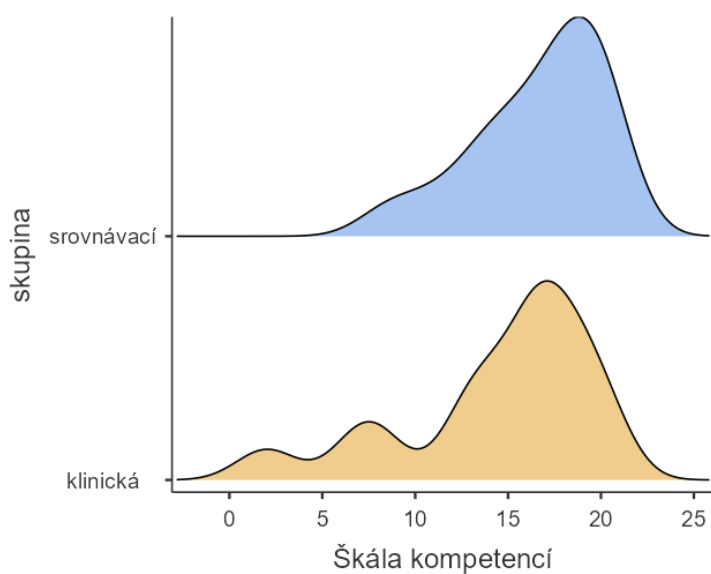
Následně byla testována druhá hypotéza, kde byl výzkumnou otázkou předpoklad, že děti v klinické skupině budou získávat signifikantně vyšší skóre ve škále problémů než děti ve skupině srovnávací. Test tohoto předpokladu vyšel nesignifikantní ( $t(59) = -1,53$ ,  $p =$

0,066). Lze však předpokládat, že vzhledem k velikosti efektu a výsledku, který se blíží hranici signifikance by rozdíl byl signifikantní na větším vzorku populace. Naznačuje tomu i graf, na kterém je vidět rozdíl mezi průměry skupin, i přes to, že je rozptyl klinické skupiny velký (graf 5).

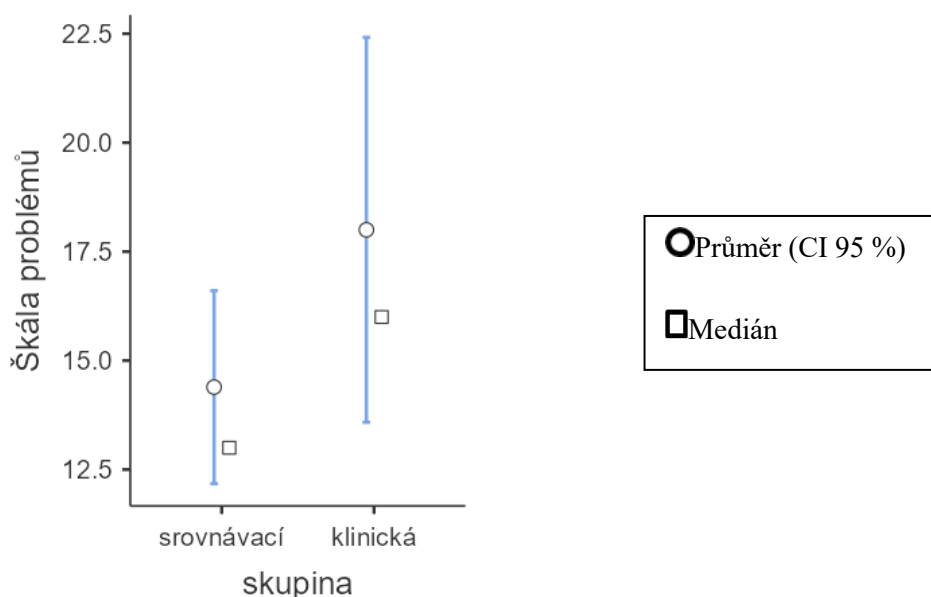
K nesignifikantním výsledkům obou testů přispěla velikost vzorku klinické skupiny, který je poměrně malý. Zároveň mohou hrát roli i špatné formulace položek dotazníku, které kvůli tomu respondent pochopí jinak, než bylo zamýšleno, a tím jsou výsledky zkresleny.



**Graf 3** Variabilita dat v rámci jednotlivých skupin pro škálu problémů

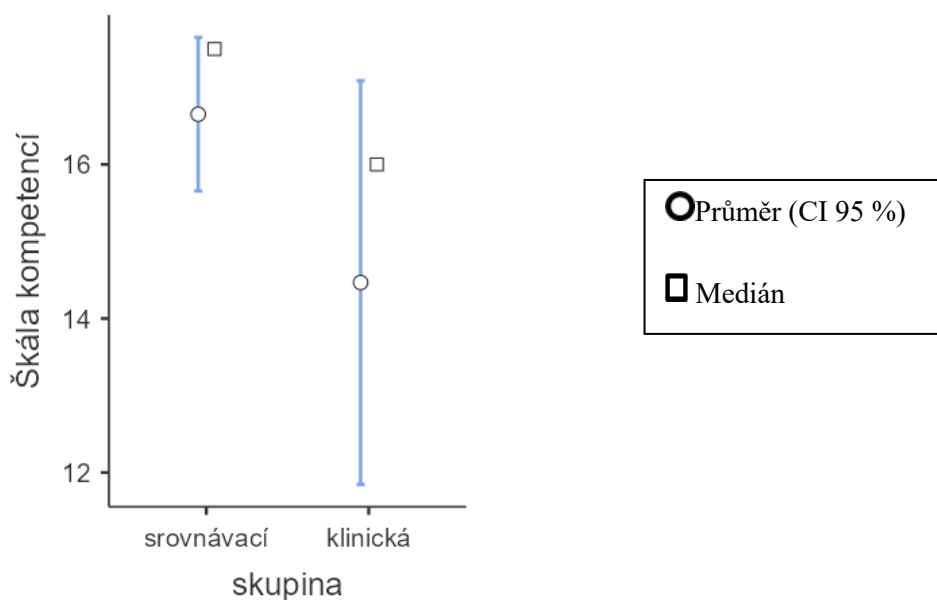


**Graf 4** Variabilita dat v rámci jednotlivých skupin pro škálu kompetencí



**Graf 5** Porovnání průměrů srovnávací a klinické skupiny – škála problémů

Poslední testovanou hypotézou byl předpoklad, že děti ze srovnávací skupiny budou v průměru získávat signifikantně vyšší skóre ve škále kompetencí. Výsledek t-testu  $t(59) = 1,87$ ,  $p = 0,033$  podpořil danou hypotézu. Děti ze srovnávací skupiny získávaly v rámci našeho vzorku signifikantně vyšší skóre v kompetenční škále než děti ze skupiny klinické (graf 6).



**Graf 6** Porovnání průměrů srovnávací a klinické skupiny – škála kompetencí

Dále byla vypočtena velikost efektu, která označuje minimální rozdíl mezi sledovanými hodnotami (Ptáček & Raboch, 2010). V tomto případě jde o průměrný hrubý skóre problémové a kompetenční šály. K získání velikosti efektu došlo prostřednictvím

Cohenova  $d$ . U problémové škály je  $d = -0,455$ , což znamená poměrně velký efekt. V oblasti psychologie jsou i mnohem nižší hodnoty považovány za významné. Kromě toho Ptáček & Raboch (2010) dále zmiňují, že velikost efektu je posuzována vzhledem ke konkrétnímu nástroji a jeho klinickému využití. Tato velikost efektu byla očekávaná a poměrně koresponduje s Briggsovou-Gowanovou a Carterovou (2006), které uvádí velikost efektu při porovnávání skupiny s podobnými obtížemi (opožděný psychomotorický vývoj) se skupinou dětí s normálním vývojem na hladině  $d = -0,54$ . Velikost efektu u kompetenční škály je  $d = 0,556$ . Zde je zjištěna o něco nižší velikost efektu než v původní studii Briggsově-Gowanové a Carterové (2006), která uvádí u kompetenční škály  $d = 1,1$ , pro porovnávání dětí neurotypických a dětí s opožděným psychomotorickým vývojem. I v souvislosti se zmíněnými velikostmi efektu lze předpokládat, že s větším vzorem by byly výsledky testování hypotéz signifikantní.

Vzhledem k velikosti vzorku, jak již bylo zmíněno, nebude v rámci práce studována senzitivita a specificita českého překladu dotazníku, avšak výše bylo uvedeno, kolik jedinců by bylo odhaleno v rámci klinické skupiny v případě využití prahů citlivosti stanovených touto prací a manuálem BITSEA. Senzitivita a specificita mohou být dále na dotazníku zkoumány, pokud se podaří získat relevantní výzkumný vzorek.

### ***Analýza obav rodičů ve vztahu k získanému skóru***

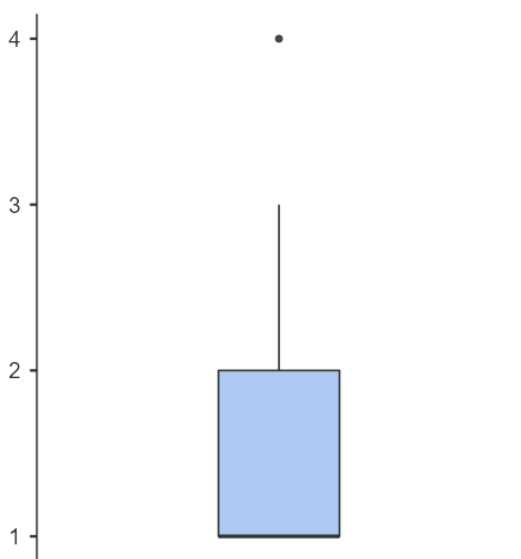
Na základě předpokladu, že rodič, který navštíví s dítětem odborníka, bude více znepokojen vývojem dítěte, byla zařazena analýza výsledků znepokojení rodičů. Výsledky odpovědí rodičů jsou graficky znázorněny a dále rozebrány. Základním předpokladem je to, že rodiče dětí z klinické skupiny, budou vnímat subjektivně vyšší obavy o socio-emoční vývoj svých dětí. U řečového vývoje, na který je zaměřena druhá doplňující otázka, toto očekáváno nebylo, a to především kvůli tomu, že v klinickém vzorku jsou pouze 2 jedinci s opožděným vývojem řeči a dotazník BITSEA přímo na tuto oblast zaměřen není. Pro lepší zhodnocení by bylo vhodné použít jinou metodu, a sice specificky určenou ke sledování vývoje řeči. Proto bude zahrnuta pouze analýza obav o socio-emoční vývoj a chování dítěte.

Porovnání krabicových grafů (graf 7, 8) a výsledků deskriptivních statistik odpovědí rodičů nasvědčuje tomu, že tak výrazný rozdíl v obavách rodičů dětí, které podstoupily vyšetření, a dětí ze skupiny s předpokladem normálního vývoje v rámci zkoumaného vzorku zaznamenán nebyl.

U skupiny dětí s předpokladem normálního vývoje (srovnávací skupina) byl průměrný skór  $1,63 \pm 0,87$  (medián = 1), kde na stupnici od 1 do 4 číslo 1 = žádné obavy (graf 7). Průměrný skór, který udělovali rodiče dětí v klinické skupině, byl  $2,22 \pm 1,08$  (medián = 2), přičemž stupeň 2 je v dotazníku popsán jako drobné obavy (graf 8).

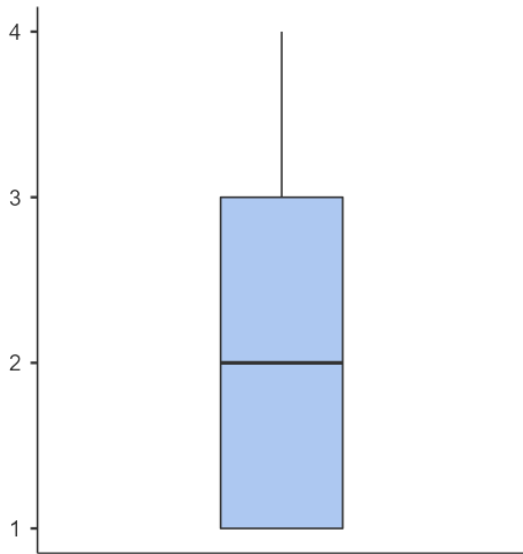
U skupiny dětí vyšetřených odborníkem uvedlo obavy na úrovni 3 (mám obavy) nebo 4 (mám velké obavy) celkem 6 rodičů, přičemž prostřednictvím screeningu BITSEA mělo signifikantní výsledek celkem 11 dětí, a to dle prahu citlivosti uvedeného Briggsovou-Gowanovou a Carterovou (2006). Pouze 54 % rodičů dětí se signifikantním výsledkem vyslovilo obavy o vývoj jejich dítěte v socio-emoční oblasti.

Ve skupině dětí s předpokladem normálního vývoje obavy na úrovni 3 nebo 4 vyjádřili pouze 2 z respondentů. Přičemž signifikantní skór by podle Briggsově-Gowanové a Carterové (2006) získalo celkem 19 ze 45 dětí. Tedy pouze 10,5 % rodičů dětí se signifikantním skórem vyjádřilo obavy o vývoj jejich dítěte v socio-emoční oblasti (hrubé skóry škál dotazníku a zda jsou signifikantní je znázorněno v příloze 2).



**Graf 7** Krabicový graf odpovědí rodičů dětí ze srovnávací skupiny na otázku „Jak velké máte obavy ohledně chování vašeho dítěte, jeho emocí a vztahů s druhými?“ (1 – nemám žádné obavy, 2 – mám drobné obavy, 3 – mám obavy, 4 – mám velké obavy).





**Graf 8** Krabicový graf odpovědí rodičů dětí z klinické skupiny na otázku „Jak velké máte obavy ohledně chování vašeho dítěte, jeho emocí a vztahů s druhými?“ (1 – nemám žádné obavy, 2 – mám drobné obavy, 3 – mám obavy, 4 – mám velké obavy).

Výsledky naznačují, že rodiče obou skupin subjektivně vnímají obtíže dětí podobně. Na to může mít vliv v první řadě velikost vzorku, ale zároveň i fakt, na který upozornila studie Alakortese a dalších (2017), uvedená v literárně-přehledové části, která hovoří o obtížích při rozpoznávání socio-emočních problémů u dětí nízkého věku.

## 9.2 Kvalitativní analýza položek dotazníku

V rámci práce byla provedena i kvalitativní analýza položek dotazníku, a to prostřednictvím kognitivních rozhovorů, které proběhly se 3 účastníky kvantitativní části studie. Každý z rozhovorů trval mezi 60–90 minutami a byl proveden s pečujícími osobami ze skupiny dětí s předpokladem normálního vývoje. Jak již bylo několikrát řečeno, projekt byl realizován za účelem pilotáže dotazníku a v případě dalšího zkoumání na větším vzorku bude rozhodně přínosné upravit některé položky a zpřesnit jejich překlad v případě, že by se vyskytovaly velké rozdíly mezi zamýšleným smyslem položky výzkumníky a vnímáním položky respondenty. Důležité je znovu upozornit na to, že jde o kvalitativní zkoumání a v případě směru většího množství dat bude jistě výhodou provedení kvantitativní analýzy dotazníkových položek, kterou kognitivní rozhovory rovněž nabízí.

V následujících odstavcích budou rozebrány jednotlivé položky, které v rámci rozhovorů odkryly rozdílné vnímání významu. Není překázkou, že dotazovány byly pouze

ženy vzhledem k tomu, že ve většině případů bude dotazník s větší pravděpodobností vyplňovat matka dítěte. I přes to bude dále nutná další analýza.

Položku č. 1, která zní „*Má radost, když se mu něco povede (např. si zatleská apod.)*“, vnímaly dvě z dotazovaných tak, jak byla zamýšlena – že dítě má radost z vykonané aktivity. Třetí z respondentek však uvedla, že zrovna tleskání, které je uvedeno jako příklad, učí cíleně, a proto by zaškrtnla na škále v dotazníku číslo 1, které značí, že se u dítěte občas takové chování vyskytuje, i když v tomto konkrétním případě reálně není spojeno s vlastním vnímaným úspěchem dítěte. Zde by jako možné řešení bylo vhodné přidat více příkladů chování, které mohou být spojeny s radostí z vykonané činnosti, neboť použití pouze jednoho z příkladu může být pro některé z respondentů dotazníku zavádějící.

Další z položek (č. 3) „*Vypadá nervózní, v tenzi či vystrašený(á)*“ 2 ze 3 dotazovaných vnímaly ve vztahu k nějaké konkrétní situaci. I2 tuto položku popsala následovně: „*Představila jsem si, že je to myšleno, jako jestli je dítě vystrašené v situaci, ve které mě překvapí, že je vystrašené a reaguje přehnaně a pro mě neočekávané.*“ Sama položka je zamýšlena spíše jako celkové ladění dítěte, ne pouze v konkrétních situacích, a proto může při vyplňování dotazníku docházet ke zkreslení. V této souvislosti by bylo vhodné zdůraznit hledisko času, a to takovým způsobem, aby bylo jasné, že jde více o ladění dítěte než o reakce na situace. Nové znění by mohlo být následující: a) *Běžně se jeví nervózní, v tenzi či vystrašený*, b) *Vypadá většinu času nervózní, v tenzi či vystrašený*.

U položky č. 6 „*Probouzí se v noci a potřebuje pomoci znovu usnout*“, bylo pro jednoho z respondentů náročné porozumět formulaci s tím, že by uvítal další dovysvětlení. Je pravda, že podobná formulace není běžně využívána a možná by k lepšímu porozumění přispělo, pokud by položka byla formulovaná např. „*Probouzí se v noci a potřebuje znovu uspat druhou osobou*“, aby bylo jasné, že musí pečující osoba k dítěti vstát a uspat je. Další 2 respondentky vnímaly položku tak, že dítě potřebuje jejich přítomnost či blízkost k tomu, aby znovu usnulo.

Další položkou, ve které byla objevena nuance, je položka č. 7 ve znění „*Brečí nebo se vzteká až do vyčerpání*“. Jedna z respondentek uvedla, že v případě, že se snaží odvést pozornost dítěte na něco jiného, tak se to nestane, ale v případě, že by jej nechala, tak by taková situace nastat mohla. Proto si není jista, jak na otázku přesně odpovědět. Další z respondentek uvedla, že se podobné chování někdy objevuje a pokusy o odklon pozornosti či jinou formu uklidnění jsou neúspěšné. I přes to, že v originálním znění není zmíněno, že

se dítě vzteká až do vyčerpání i přes pokusy, které by měly vést k jeho uklidnění, možná by bylo žádoucí tuto informaci do položky zakomponovat.

Položka č. 16 může být kvůli své formulaci také hůře srozumitelná a zní „*Nedotkne se některých věcí kvůli tomu, jaké jsou na dotek*“. Dvě z respondentek podotkly, že jejich dítě se některých věcí nechce dotknout už jen kvůli tomu, jak vypadají, a tak zvolili na škále skór 1 nebo 2. Sama položka je však zaměřena na senzorickeu citlivost ve vztahu k taktilnímu vnímání a necílí na vizuální vnímání, které bylo v tomto případě hlavním důvodem ke zvolení vyššího skóru. K lepší specifikaci dané položky by mohlo přispět přidání konkrétního příkladu chování.

Další položka, která mohla být vnímána poněkud odlišně, je položka č. 24 „*Dáví/dusí se jídlem*“, která sleduje především to, zda má dítě obtíže spolknout nějaké potraviny nebo mu vadí například určitá konzistence. Dvě z dotázaných ji však chápaly spíše jako běžný projev, který se někdy objevuje u všech dětí v tom smyslu, že dítěti občas zaskočí, hodně a rychle jí, má strach, aby mu jídlo nesnědl druhý, popřípadě špatně kouše. I zde by bylo žádoucí uvést nějaký konkrétní příklad, aby bylo podpořeno chápání tohoto chování, které popisuje položka jako běžně se nevyskytující.

Jako č. 25 je označena položka „*Imituje zvuky při hře, když ho/jí pobídnete*“, u níž jedna z respondentek podotkla, že jí trvalo delší dobu, než položce řádně porozuměla. Sama dodala, že by jí možná pomohlo, kdyby místo slova *imituje* bylo slovo *napodobuje*. S přihlédnutím k této zpětné vazbě je možné nad změnou uvažovat, protože samo slovo *napodobovat* je ekvivalentem, který je více využíván v každodenním užívání jazyka.

Zajímavý náhled byl prostřednictvím kognitivního rozhovoru získán na položku č. 29 „*Ukazuje prstem na vzdálené předměty, abyste se na ně podívali*“. Důvodem jejího zařazení do dotazníku je zmapovat sdílenou pozornost, avšak jedna z respondentek interpretovala položku jako problémové chování, a to konkrétně jako neochotu dítěte mluvit, kdy místo toho využívá ukazování, kterým si vynucuje pozornost. Je možné, že jde pouze o ojedinělý případ, kdy respondentka v rámci dalších položek, které jsou zaměřeny spíše na problémové chování, interpretovala i tuto položku jako chování, jež značí obtíž, a vše by se vysvětlilo v následném follow-up rozhovoru. Je ale nutno brát v potaz, že daná položka může být chápána i v podstatě zcela obráceně, než je zamýšlena. I zde by se nabízelo přidat nějaký příklad, avšak uvádět u všech položek příklady by rovněž mohlo být zavádějící, proto je nutné se rozhodnout, u kterých z položek v rámci celého dotazníku uvést příklady. Jako

další se nabízí možnost otázku přeformulovat, avšak k takovému kroku by bylo vhodné se uchýlit spíše až v momentě, kdy by se odhalilo podobné vnímání položky u více respondentů v rámci případné kvantitativní analýzy, která v práci v souvislosti se zněním položek prováděna není.

Další položkou, která zadavatelem dotazníku může být jednoznačně pochopitelná, ale respondentem může být vnímána odlišně, je položka č. 35 „*Řadí věci dle vlastního systému stále dokola a je naštvaný(á)/rozrušený(á), pokud je přerušen(a)*“. Položka cílí na stereotypní chování, které se objevuje u dětí s PAS. Všechny dotázané však položku chápaly spíše tak, že si dítě chce dělat věci po svém, a když mu do toho druhý zasáhne, tak je naštvaný, než ve smyslu stereotypie, i když je zdůrazněn proces opakování spojením *stále dokola*. Důležité je podotknout, že respondentky jsou matky dětí s předpokladem normálního vývoje a v této položce bylo popsáno chování, které odkazuje na specifické projevy, které u svých dětí nepozorují, a tak se snaží si položku vyložit podle vlastního nejlepšího uvážení. Vzhledem k tomu, že si autorky uvědomují specifčnost otázky a tato informace je uvedena i v instrukcích právě k otázkám 35–42, je očekáváno, že tyto položky budou přesněji chápat ty pečující osoby, které se s daným chováním u svého dítěte setkávají, což budou spíše zástupci spadající do skupiny s podezřením na obtíže.

Poslední položkou, která bude v rozboru kognitivních interview zmíněna, je položka č. 42 „*Jí či pije nejedlé věci (např. papír, barvu)*“. Je zcela běžné a v pořádku, že v určitém věku dítě dává do úst a ochutnává množství nejedlých věcí, cílem položky je však zjistit, zda dítě nekonzumuje větší množství nejedlého, což by mohlo naznačovat pica poruchu. Dvě z dotázaných položku pochopily právě jako ono ochutnávání, a proto by bylo vhodné v položce lépe specifikovat, že jde o konzumaci většího množství, ne pouze o ochutnávání či vkládání do úst.

V samotném dotazníku administrovaném oběma skupinám byly některé doplňující otázky ke konkrétním položkám otevřené, a tudíž zde respondent mohl připsat doplňující informace (většinou pak tyto informace sloužily jako podklad k diskusi ve follow-up rozhovoru). Pro kvalitativní rozbor dotazníku je pak zajímavá především položka uvedená i v předešlém odstavci, tedy „*Jí či pije nejedlé věci (např. papír, barvu)*“. V doplňujících informacích 16 ze 45 respondentů, kteří vyplňovali dotazník online, uvedlo, že jejich dítě ochutnává nejedlé předměty, někteří dokonce uvedli, že jim to připadá normální a váže se to k danému vývojovému období, což je pro určitý věk běžné. Mimo to je z těchto doplňujících informací

patrné, že by bylo žádoucí položku přeformulovat, neboť i tyto odpovědi jsou podkladem k tomu, že je položka více vnímána jako to, že dítě ochutnává, než že by mířila na pica poruchu (více k poruše viz literárně-přehledová část).

## 10. Diskuse

Socio-emoční vývoj jedince je základem pro interakci s druhými, která je nezbytná pro fungování ve společnosti. Proces rozvoje v této oblasti začíná podle některých zdrojů již těsně po narození dítěte a je ovlivňován mnoha proměnnými, mezi něž patří biologické vyzrávání spolu s interakcí s primární pečující osobou. Již před mnoha lety se množství odborníků nejen z oboru psychologie touto oblastí zabývalo, avšak v posledních desetiletích se začala věnovat pozornost screeningu a diagnostice, neboť socio-emoční vývoj úzce souvisí s dalšími vývojovými úkoly dítěte. Jeho sledování nám může již v časném věku odhalit, zda se u dítěte vyskytují nějaké nápadnosti, které by mohly okazovat na obtíže ve vývoji.

Ač se může zdát, že v socio-emočním vývoji je na první pohled zřejmé, když se nějaký problém vyskytne, bylo v rámci předešlých kapitol popsáno, že schopnost rodičů včas rozpoznat obtíže související s touto oblastí v rámci vývoje dítěte je velmi omezená. Z toho důvodu pak dochází k tomu, že se rodiče s dítětem dostanou do péče odborníka až v momentě, kdy jsou případné obtíže velmi výrazně znatelné, i když náznaky mohli zaznamenat už dříve. Včasně odhalení obtíží pak přispívá ke včasnému zahájení podpůrných intervencí, které mohou být pro správný vývoj dítěte zásadní.

V českém prostředí existuje několik nástrojů zaměřených na screening autismu, který je specifický deficit právě v socio-emoční oblasti. K těmto deficitům se však pojí i další obtíže, jež jsou ve screeningu zpravidla zahrnuty s cílem odhalit podezření na tuto konkrétní diagnózu. Není to ale pouze autismus, u něhož se mohou objevovat opoždění a deficity v socio-emoční oblasti, pro kterou prozatím není screeningový nástroj k dispozici. Ač je dotazník probíraný v rámci této práce možné využít i ke screeningu autismu, je jeho screeningová využitelnost širší než pouze pro PAS. Literárně-přehledová část popsala několik diagnostických nástrojů nebo jejich částí, které jsou u nás využitelné a jsou zaměřeny právě na oblast sociální a emoční, avšak diferenciální diagnostika a screeningová diagnostika mají zcela odlišné cíle i přes to, že spolu přirozeně souvisí.

V literárně-přehledové části práce je představen socio-emoční vývoj dítěte, na který navazuje kapitola o konkrétních mentálních behaviorálních a neurovývojových poruchách, jež jsou s touto oblastí v kontextu screeningu a diagnostiky dětí spojeny. Dvě navazující kapitoly se pak soustředí právě na screening a diagnostiku spolu s dostupnými nástroji

k jejich provedení ve světě a v České republice. Poslední kapitola pak představuje teoretický podklad dotazníku BITSEA a jeho další využití a zkoumání.

V rámci výzkumné části práce je pak zkoumán dotazník Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA), který je určen ke screeningu sociálních a emočních obtíží a obtíží v chování u dětí ve věku mezi prvním a třetím rokem. Hlavním záměrem výzkumného projektu bylo především představení a překlad tohoto dotazníku spolu s jeho pilotním ověřením na české populaci. Projekt proběhl se záměrem vytvořit podklad pro další zkoumání dotazníku, které by vedlo k jeho standardizaci v našich poměrech.

Cílem diskuse je popis a zhodnocení úskalí proběhlého výzkumu. Vzhledem ke skutečnosti, že šlo o pilotní projekt, jsou níže navrženy i možnosti dalšího výzkumu zaměřeného na tento dotazník v českém prostředí.

První z oblastí, která je v diskusi zmíněna je typ výzkumu a velikost vzorku. Zdá se být vhodná kombinace kvantitativního s kvalitativním výzkumem, avšak je nutno podotknout, že ve vztahu ke kvantitativnímu zkoumání je důležité brát v potaz velikost získaného vzorku. Vzhledem k tomu, že byl cílem výzkumného projektu překlad, představení a pilotní ověření na české populaci, lze považovat vzorek k těmto účelům za dostačující, ale rozhodně ne ideální. S ohledem na výsledky zahraničních studií můžeme následně s jistou dávkou reflexe a kritického uvažování interpretovat výsledky zkoumání. Pro další výzkum dotazníku bude však nezbytné velikost vzorku výrazně rozšířit. V případě snahy o českou standardizaci a vytvoření vlastních norem to bude nutnou podmínkou

Při překladu dotazníku, byl brán ohled na stanovisko překladatele a psychologa. Některé z položek bylo nutno výrazně přeformulovat tak, aby výsledný obsah dával v českém jazyce smysl. Kromě toho bylo v rámci kvalitativní analýzy rozhodnuto o zařazení kognitivních interview, které slouží k poskytnutí prvotního vhledu do další možné úpravy položek. Pohled respondentů, v tomto případě rodičů, je velice důležitý pro to, aby byly položky co nejpřesněji a nejsrozumitelněji formulovány a byla tak podpořena validita výsledků. V případě, že rodič pochopí položku tak, jak je zamýšlena, zvyšuje se pravděpodobnost přesnější odpovědi, když pomineme další možná zkreslení. Rozhovory pouze se třemi respondenty určitě nejsou dostačující k zachycení nuancí v rámci jednotlivých položek a pro budoucí zkoumání by jistě bylo přínosem uskutečnit větší množství rozhovorů spolu se zahrnutím rodičů dětí ze skupiny s obtížemi, neboť v uvedeném zkoumání byli dotazováni pouze rodiče dětí ze skupiny s předpokladem

normálního vývoje. Následná kvantitativní analýza odpovědí nám může poskytnout další náhled na znění položek. Je důležité podotknout, že i na základě rozhovorů, které proběhly v rámci této studie, byly odhaleny některé formulace, u nichž bude nutná úprava znění, aby lépe zachycovaly zamýšlený obsah. Patří mezi ně položky popsané v rámci předešlé kapitoly o kvalitativní analýze položek. Mezi tyto položky spadá i položka č. 42, která cílí na pica poruchu, ale kromě kognitivních interview byla i přímo v dotazníku v mnoha případech chápána odlišně.

Ve spojení s tím by bylo žádoucí kromě rodičů oslovit i více odborníků, kteří by poskytli svůj pohled na položky dotazníku. Získání pohledu odborníků i rodičů by mimo jiné mohlo podpořit konstruktovou validitu překladu dotazníku. Čím lépe jsou formulovány položky, tím lépe vystižen je konstrukt, který dotazník má měřit.

Zkoumání reliability v podobě vnitřní konzistence škál bude třeba rozšířit o další metody ověřování reliability, jako je například test-retest. Samotná vypočítaná reliabilita pak korespondovala s výsledky zahraničních studií (Briggs-Gowan & Carter, 2006; Kruizinga et al. 2012; Wendland et al. 2014) a lze tedy výsledek zkoumání považovat v rámci této studie za uspokojivý.

Oblastí, která je také u diagnostických a screeningových metod studována, je validita. V našem případě jde tedy o to, zda daný dotazník měří stanovený konstrukt. V rámci diskuse proběhne reflexe nad možnostmi zjišťování validity dotazníku BITSEA v českém prostředí. Dále proběhne rozvaha nad získanými informacemi, které mohou validitu naznačovat už v rámci výzkumného souboru této práce. I vzhledem k faktu, že zkoumáme překlad dotazníku, existuje předpoklad, že jde o validní nástroj. K tomu odkazuje i skutečnost, že je dotazník hojně využíván v různých státech. To však neznamená, že není třeba provést validizaci českého znění dotazníku.

Jednou ze součástí zjišťování validity nástroje je porovnávání s daným kritériem, kdy jde o tzv. kriteriální validitu. V případě této studie mohlo být kritériem u klinické skupiny vyšetření odborníkem, tím by mohla být zkoumána souběžná kriteriální validita. Vzhledem k tomu, že ale nebyl blíže popsán konkrétní diagnostický nástroj ani nebyla zvolena varianta vyšetření za užití shody posuzovatelů, kdy lze výsledek vyšetření považovat za validnější, nemůžeme z takového srovnání usuzovat na validitu nástroje. Kromě toho, ani jedno ze zahrnutých dětí nemělo od odborníka stanoveno podezření na opožděný sociální a emoční vývoj. Pro budoucí zkoumání bude potřebné kritérium zpřesnit a uvést konkrétní využitou



diagnostickou metodu. Může jít kupříkladu o vývojovou škálu Byleyové, která je více popsána v rámci literárně-přehledové části a je v českém prostředí dostupná. V takovém případě by bylo zároveň ke zvýšení validity diagnostiky vhodné zařadit právě i shodu více posuzovatelů (diagnostiků), a to v souvislosti s tím, že diagnostický proces může být ovlivněn mnoha dalšími faktory a nezdá se, že závěry dvou různých odborníků se rozcházejí. Tímto způsobem by tedy mohla do budoucna být zkoumána souběžná validita dotazníku BITSEA.

Další vhodnou evidencí o validitě u screeningových nástrojů je prediktivní validita, která vyjadřuje schopnost testu předpovídat výsledky v budoucnu. I tento způsob zjišťování validity by byl vhodným. Je však nutné brát v potaz, že je její zjišťování časově náročnější. Kromě toho může být validizační proces zaměřen i na konstruktovou validitu škály, kterou popisuje ve svých výzkumech např. Briggsová-Gowanová a Carter (2006) nebo Wendland a další (2014). Zdá se také, že jedním ze směrů dalšího ověřování validity v našich podmínkách může být administrace dotazníku skupinám dětí se zjištěnými konkrétními obtížemi, jako tomu bylo ve studii Briggsové-Gowanové a Carterové (2006), která je podrobněji popsána v kapitole o validitě dotazníku. Bude však nutné pracovat s větším vzorkem populace.

V rámci výzkumů provedených v zahraničí, byly ke srovnání využívány jiné standardizované dotazníkové metody jako například CBCL/1,5–5 či ASQ – SE a výsledek byl statistickými metodami porovnáván s výsledkem BITSEA. V českém prostředí tuto možnost bohužel nemáme, neboť i když je proveden překlad některých metod (mezi které se CBCL řadí), není dostupný žádný standardizovaný dotazníkový nástroj, jenž by se specificky zaměřoval na socio-emoční vývoj a chování dítěte.

Samostatnou oblastí je pak validita screeningu BITSEA a jeho psychometrické vlastnosti vůči PAS. Bylo by jistě výhodou mít k dispozici metodu, která pojímá širší spektrum obtíží a zároveň je schopna zachytit i projevy PAS. Proto může být oblast screeningu PAS předmětem dalšího zkoumání, avšak už v tuto chvíli máme k dispozici kvalitní nástroje, které tuto oblast mapují. V literárně-přehledové části jsou pak konkrétně uvedeny metody, jež lze specificky využít právě pro screening autismu u nás.

Výsledky získané v rámci testování hypotéz jsou z větší části nesignifikantní, je však vysoce pravděpodobné, že k dosažení těchto hodnot došlo v návaznosti na velikost vzorku. Ta nebyla dostatečná především u klinické skupiny. K tomu přispělo především to, že není

příliš obvyklé, aby děti ve věku mezi prvním a třetím rokem navštěvovaly ambulance psychologů. A proto byl sběr dat klinické skupiny poměrně obtížný. Do budoucího zkoumání bude nutno oslovit více různých klinických pracovišť. Kromě velikosti vzorku mohly na výsledky získané v dotazníku působit i další vlivy. Mezi ty patří špatné formulace položek, které mohou zkreslovat výsledky především tak, že respondent nedostatečně pochopí, na co se položka zaměřuje. Jako další vstupují do procesu screeningu vlivy ze strany respondenta, kterými jsou například momentální únava, nepozornost, neochota odpovídat, cílené zkreslování odpovědí apod.

Signifikantní výsledek byl zjištěn u hypotézy, která zkoumala, zda jsou průměry dětí ze srovnávací skupiny získané ve škále kompetencí vyšší než u dětí ze škály klinické. Vzhledem k tomu, že se zkoumaná klinická skupina skládala z dětí s opožděným psychomotorickým vývojem, je i oblast vývoje sociálních a emočních kompetencí opožděna oproti vrstevníkům. Dotazník je tedy na základě této škály do jisté míry schopen tyto dvě skupiny odlišit. Bude ale nutné tyto výsledky potvrdit na větším vzorku populace.

Zajímavou oblastí pro budoucí zkoumání bude i schopnost rodičů odlišit, zda se jejich dítě potýká s problémem. Výsledky v rámci praktické části práce naznačují, že tato dovednost je u rodičů nedostatečná. Ve spojitosti s tímto tématem by bylo také zajímavé zkoumat do jaké míry rodiče obtíže reálně nerozpoznají a do jaké míry je zlehčují či popírají.

Česká adaptace dotazníku BITSEA je sice teprve v počátcích, ale tento projekt vytvořil významný podklad pro jeho další možné zkoumání. Dalšími kroky bude úprava znění, získání většího vzorku respondentů z různých klinických skupin pro následnou možnost standardizace a tvorby norem. Je jistě velkou výhodou, že k nekomerčním účelům je možné získat dotazník zdarma, a tak se nabízí prostor pro další studenty, kteří by měli zájem přispět k získání metody do našeho prostředí.

V případě, že by se podařilo provést veškeré kroky standardizace, je dále otázkou praktická využitelnost. I když se dotazník zdá jako vhodná metoda pro odhalování sociálních a emočních problémů a problémů v chování u dětí nízkého věku, můžeme předpokládat, že by případná administrace spadala do kompetence pediátrů, případně center rané péče a podobně. Pak by bylo nutné zvážit, jak by se se screeningem a následnou diagnostikou v klinické praxi pracovalo. Už vzhledem k čekacím lhůtám na vyšetření dětí u psychologů i v souvislosti s poměrně obtížnou dostupností následné péče o děti s obtížemi by bylo nutné se screeningem zacházet opatrně, aby nedošlo k přílišnému zahlcení odborníků, a ještě

většímu náporu na instituce poskytující podpůrné intervence. Tímto jsem chtěla upozornit i na fakt, že v momentě, kdy se budeme snažit zachytit děti již v takto raném věku, musí být zajištěna i možnost následné včasné diagnostiky a péče o dítě, neboť při dlouhé čekací době by celý postup poněkud ztrácel na efektivitě a smyslu.

## Závěr

Tématem diplomové práce je překlad, představení a pilotní ověření screeningového dotazníku Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment na české populaci. Dotazník je určen pro rodiče dětí ve věku od 12 do 36 měsíců.

Literárně-přehledová část je zaměřena na socio-emoční vývoj dítěte a možnosti jeho diagnostiky. První kapitola seznamuje s problematikou sociálního a emočního vývoje z pohledu vývojové psychologie a upozorňuje na některé důležité aspekty, které na vývoj v této oblasti působí. Druhá kapitola navazuje na kapitolu o vývoji a popisuje poruchy, jež mohou být určitým způsobem spojeny s obtížemi v sociální a emoční oblasti. Pracuje s porovnáním MKN-10 a ICD-11 a líčí projevy konkrétních obtíží, které jsou částečně zachyceny v položkách BITSEA. Poslední dvě kapitoly se pak soustředí na screening a diagnostiku. Nejprve jsou v rámci třetí kapitoly uvedeny různé screeningové a diagnostické metody určené k hodnocení zkoumané oblasti. Tato kapitola zároveň uvádí přehled těchto metod a jejich popis, neboť některé z nich jsou využívány i v rámci studií dotazníku BITSEA. Kromě toho chce třetí kapitola být inspirací pro další možné adaptace diagnostických metod do českého prostředí. Poslední kapitola literárně-přehledové části se pak soustředí na důvod tvorby dotazníku BITSEA a na jeho teoretický podklad spolu s popisem jeho škál.

Výzkumný projekt, který byl realizován v rámci této práce, měl několik etap. První etapou bylo získání a překlad dotazníku. Na překladu spolupracovali další odborníci, a to psycholog a překladatel, aby znění položek co nejlépe vystihovalo originální formulaci. Součástí práce na překladu byla i kvalitativní analýza položek dotazníku prostřednictvím kognitivních interview, které proběhly až po sběru kvantitativních dat. Respondenti byli osloveni v řadách rodičů, kteří po souhlasu vyplňovali dotazník. I když proběhly pouze tři rozhovory, tak odhalily, že u několika položek existují poměrně velké rozdíly ve vnímání významu koncovým respondentem, tedy rodičem. Tím pádem upozornily na nutnost úpravy formulace daných položek před zahájením další administrace a zkoumání dotazníku.

Druhou etapou byl sběr dat prostřednictvím přeloženého dotazníku a následně jejich statistické zpracování. Nejprve byla spočítána reliabilita jednotlivých škál v podobě vnitřní konzistence, kde obě ze škál dosáhly uspokojivé reliability (škála kompetencí  $\alpha = 0,72$ , škála problémů  $\alpha = 0,85$ ,  $n = 45$ ). Tyto výsledky se shodují i s jinými studiemi, které zkoumají

vnitřní konzistenci škál (Briggs-Gowan & Carter, 2006; Kruizinga et al., 2012; Wendland et al., 2014).

Jako další byly testovány výzkumné hypotézy. První z nich byla zaměřena na testování hypotézy o rozdílu průměrů srovnávací a klinické skupiny v rámci jednotlivých škál. Výsledky ukázaly, že průměry skupin se ani v jedné ze škál signifikantně neliší, kde pro škálu problémů  $t(59)=-1,53$ ,  $p=0.131$  a pro škálu kompetencí  $t(59)=1,87$ ,  $p=0,067$ . Druhá z hypotéz předpokládala že výsledný skór získaný prostřednictvím dotazníku BITSEA se bude lišit tak, že děti z klinické skupiny budou získávat v průměru vyšší skóry ve škále problémů oproti dětem ze skupiny srovnávací. Test tohoto předpokladu vyšel také nesignifikantní ( $t(59) = -1,53$ ,  $p = 0,066$ ). Ač vyšly oba zmíněné testy nesignifikantní, je pravděpodobné, že na výsledky měla největší vliv velikost vzorku. Zisk většího vzorku klinické populace by pak zřejmě zajistil spolehlivější výsledek. Mimo jiné může mít vliv na výsledky i znění položek dotazníku, které ještě bude třeba upravit. Poslední hypotéza, která testuje, zda děti ze skupiny s předpokladem normálního vývoje budou získávat v průměru vyšší skóry ve škále kompetencí ve srovnání s jedinci z klinické skupiny, měla signifikantní výsledek  $t(59) = 1,87$ ,  $p = 0,033$ . Jak popisují uvedené výsledky dvouvýběrového t-testu, předpoklad byl potvrzen a naznačuje, že kompetenční škála českého překladu dotazníku BITSEA dokáže rozlišit děti s obtížemi (konkrétně s opožděným psychomotorickým vývojem) od dětí s předpokladem normálního vývoje.

V rámci vyhodnocení dat byly porovnány i subjektivně prožívané obavy rodičů. Bylo předpokládáno, že rodiče dětí, které spadají do klinické skupiny, budou mít větší obavy o vývoj svého dítěte než rodiče dětí s předpokladem normálního vývoje. V rámci provedeného srovnávání výsledků tento předpoklad potvrzen nebyl. Důležitou roli zde může hrát i fakt, že někteří rodiče mají tendenci u svého dítěte zlehčovat pozorované symptomy. V práci bylo několikrát odkázáno na výzkum, který upozorňuje na špatnou schopnost rodičů rozpoznat socio-emoční obtíže u dítěte ve věku jeden až tři roky (Alakortes et al., 2017).

Hlavním sdělením práce pak bylo především vnesení tématu screeningu a diagnostiky sociálních a emočních obtíží a obtíží v chování dětí do českého odborného prostředí. K tomu byl představen jeden z nástrojů, který je ověřen v praxi v jiných státech, spolu s pilotním testováním jeho českého překladu. Ten má sloužit především jako podklad

pro další zkoumání a možnou standardizaci v České republice, neboť podobný nástroj doposud v českých poměrech chybí.

Závěrem lze říct, že dotazník BITSEA může být do budoucna součástí palety nástrojů, které máme ke screeningu a diagnostice k dispozici, a tím podpořit zkvalitnění péče o děti s obtížemi. Výzkum provedený v rámci této práce totiž odkazuje na jeho možný potenciál a využitelnost i přes to, že je nutné provést další studie za účelem zpřesnění znění položek a získání dalších informací o jeho psychometrických vlastnostech.

## Seznam použité literatury

Accardo, J. A. (2019). *Sleep in Children with Neurodevelopmental Disabilities An Evidence-Based Guide*. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-98414-8>

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000a). *Child behavior checklist 1.5–5*. Lutz, FL: PAR, Inc.

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000b). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington: University of Vermont.

Alakortes, J., Fyrstén, J., Carter, S. A., Moilanen, I. & Ebeling, H. E. (2015). Finnish mothers' and fathers' reports of their boys and girls by using the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant behavior & Development*, 39, 136-147. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.02.016>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

APA (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Baker, J. K., Fenning, R. M., Crnic, K. A., Baker, B. L., & Blacher, J. (2007). Prediction of social skills in 6-year-old children with and without developmental delays: Contributions of early regulation and maternal scaffolding. *American Journal on Mental Retardation*, 112, 375–391. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2007\)112\[0375:POSIY\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2007)112[0375:POSIY]2.0.CO;2)

Bandura, A. (1978). Social Learning Theory of Aggression. *Journal of Communication*, 2, 12–29.

Bayley, N. (2006). *Bayley scales of infant and toddler development, third edition*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

Benson, J. B., & Marshall, M. H. (2009). *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood*. Academic Press: San Diego.

Beuker, K. T., Schølberg, S., Lie, K. K., Swinkels, S., Rommelse, N. N. J., & Buitelaar, J. K. (2014). ESAT and M – CHAT as screening instruments for autism spectrum disorder at 18 months in the general population: issues of overlap and association with clinical

referrals. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 1081–1091. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0561-8>.

Bungaard, A. F., Asmussen, J., Pedersen, N. S. & Bilenberg, N. (2018). Disturbed sleep and activity in toddlers with early signs of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Sleep Research*, 27(5), e12686. <https://doi.org/10.1111/jsr.12686>

Burns, G. L., & Patterson, D. R. (2000). Factor Structure of the Eyberg Child Behavior Inventory: A Parent Rating Scale of Oppositional Defiant Behavior Toward Adults, Inattentive Behavior, and Conduct Problem Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 569–577. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2904\\_9](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2904_9)

Bradstreet, L. E., Juechter, J. I., Kamphaus, R. W., Kerns, C. M., & Robins, D. L. (2017). Using the BASC – 2 parenting rating scales to screen for autism spectrum disorder in toddlers and preschool – aged children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 359–370. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0167-3>

Breinbauer, C., Mancil, T. L., & Greenspan, S. (2010). *The Bayley – III Social – Emotional Scale. Bayley – III Clinical Use and Interpretation*. Amsterdam: Elsevier.

Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (1998). Preliminary acceptability and psychometrics of the Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): A new adult-report questionnaire. *Infant Mental Health Journal*, 19(4), 422–445. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199824\)19:4<422::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199824)19:4<422::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-U)

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2004). The Brief Infant-Toddler-Social and Emotional Assessment: Screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(2), 143–155. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh017>

Briggs – Gowan, M. J., Carter, A. S. (2006). *BITSEA. Brief Infant – Toddler Social and Emotional Assessment*. San Antonio: Pearson.

Briggs – Gowan, M. J., Carter, A. S., McCarthy, K., Augustyn, M., Caronna, E., & Clark, R. (2013). Clinical Validity of Brief Measure of Early Childhood Social – Emotional/Behavioral Problems. *Journal of Pediatric Psychology*. 38(5), 577–587. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst014>



Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., Jones, S. M., & Little, T. D. (2003). The Infant Toddler – Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 495–514. <https://doi.org/10.1023/A:1025449031360>

Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995). *Perspectives on developmental psychopathology*. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. I. Theory and methods* (pp. 3–20). New York: Wiley.

Collis, G. M., & Schaffer, H. R. (1975). Synchronization of Visual Attention in Mother-Infant Pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 315–320. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1975.tb00365.x>

Dawson, G., & Ashman, S. B. (2000). On the origins of a vulnerability to depression: The influence of the early social environment on the development of psychobiological systems related to risk for affective disorder. In C. A. Nelson (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology: Vol. 31. The effects of early adversity on neurobehavioral development* (pp. 245–279). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dunn, J., Brown, J., & Beardsall, L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of children's emotions. *Developmental Psychology*, 27, 448–55.

Egger, H. L., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B. K., & Angold, A. (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 538–549. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000205705.71194.b8>

Ekman, P. (2015). *Odhalené emoce: Naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. Jan Melvil Publishing.

Essau, C. A., Olaya, B., Anastassiou – Hadjicharalambous, X., Pauli, G., Gilvarry, C., Bray, D., O'Callaghan, J., & Ollendick, T. H. (2012). Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 232–245. <https://doi.org/10.1002/mpr.1364>

Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1983). Conduct Problem Behavior: Standardization of a Behavioral Rating Scale with Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12(3), 347–354. <https://doi.org/10.1080/15374418309533155>

Gonya, J., Feldman, K., Brown, K., Stein, M., Keim, S., Boone, K., Rumpf, W., Ray, W., Chawla, N. & Butter, E. (2018). Human interaction in the NCU and its association with outcomes on the Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA). *Early Human Development*, 127, 6–14. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.08.010>

Grusec, J. E. (1992). Social Learning Theory and Developmental Psychology: The Legacies of Robert Sears and Albert Bandura. *Developmental Psychology*, 28(5), 776–786. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.776>

Gillimbrand, R., Lam, V. & O'Donnell, V. L. (2016). *Developmental psychology*. Londýn: Pearson.

Giserman Kiss, I., Feldman, M. S., Sheldrick, R. Ch. & Carter, A. S. (2017). Developing Autism Screening Criteria for the Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 1269–1277. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3044-1>

Haapsamo, H., Kuusikko-Gauffin, S., Carter, A. S., Pollock-Wurman, R. Ebeling, H., Joskitt, L., Larinen, K., Soini, H., Pihlaja, P. & Moilanen, I. (2012). A pilot longitudinal follow – up studi of Brief Infant Toddler Social-Emotional Assessment (BITSEA) in Northern Finland: examining toddlers‘ social – emotional, behavioural and communicative development. *Early Child Development and Care*, 182(11), 1487–1502. <http://dx.doi.org/10.1080/03004430.2011.622756>

Haapsamo, H., Ebeling, H., Soini, H., Joskitt, L., Larinen, K., Penninkilampi-Kerola, V., Carter, A., & Moilanen, I. (2009). Screening Infants with Social and Emotional Problems; A Pilot Study od the Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) in Northern Finland. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(4), 386–393. <https://doi.org/10.3402/ijch.v68i4.17365>

Harrison, P., & Oakland, T. (2003). *Adaptive behavior assessment scales–second edition*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, Inc.

Harrison, P., & Oakland, T. (2008). *Chapter 3 – ABAS – II Assessment Methods*. Practical Resources for Mental Health Professional.

Hsin – Yi Liang, S., Chou J., Wu, Y., Lee, Ch., Kelsen, B. A., & Lee, Y. (2019). Validity and Reliability Study of the Chinese (Traditional) Version of the Devereux Early Childhood

Assessment for Toddlers (DECA – T). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 3375–3385. <https://doi.org/10.2147/NDT.S218943>.

Hukkelberg, S. S., Reedtz, Ch., & Kjøbli, J. (2018). Construct Validity of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). *European Journal of Psychological Assessment*, 34(1), 14–21. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000316>

Kagan, J., Kearsley, R., & Zelazo, P. (1978). *Infancy: Its place in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kamp – Becker, I., Tauscher, J., Wolff, N., Küpper, Ch., Poustka, L., Roepke, S., Rossner, V., Heider, D. & Stroth, S. (2021). Is the Combination of ADOS and ADI – R Necessary to Clasify ASD? Rethinking the „Gold Standard“ in Diagnosing ASD. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.727308>

Keefer, L. R. (2005). Defiant Behavior in Two – and Three-Year\_Olds: A Vygotskian Approach. *Early Childhood Education Journal*, 33(2), <https://doi.org/105–111>. 10.1007/s10643-005-0001-y

Kim, S. H., Thrum, A., Shumway, S. & Lord, C. (2013). Multisite Study of New Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI – R) Algorithms for Toddlers and Young Preschoolers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(7), 1527–1538. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1696-4>

Kochanska, G., Coy , K. C. & Murray , K. T. (2001). The development of self – regulation in the first four years of life. *Child Development*, 72, 1091–1111. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00336>

Khowaja, M. K., Hazzard, A. P., & Robins, D. L. (2015). Sociodemographic Barriers to Early Detection of Autism: Screening and Evaluation Using the M – CHAT, M – CHAT – R, and Follow – UP. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 1797–1808. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2339-8>

Kruizinga, I., Jansen, W., de Haan, C. L., van der Ende, J., Carter, S. A., & Raat, H. (2012). Reliability and Validity of the Dutch Version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Plos one*, 7(6), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038762>

Kruizinga, I., Jansen, W., de Haan, C. L., & Raat, H. (2012). Reliability and Validity of the KIPPPI: An Early Detection Tool for Psychosocial Problems in Toddlers. *Plos one*, 7(11), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049633>

Kuruczová, D., Klanová, J., Pikhart, H., & Binertová-Vašků, J. (2020). Socioeconomic characteristic, family structure and trajectories of children's psychosocial problems in a period of social transition. *Plos one*. 15(6), e0234074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234074>

Lord, K., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra – Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392, 508–520. [https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)

Luby, J., & Belden, A. (2012). Depressive – Symptom Onset During Toddlerhood in a Sample of Depressed Preschoolers: Implications for future Investigations of Major Depressive Disorder in Toddlers, *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 139–147. <https://doi.org/10.1002/imhj.21314>

Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. London: Karnac.

Marvin, L. R., Marvin, D. J., Lipkin, P. H. & Law, J. K. (2017). Analysis of Social Communication Questionnaire (SCQ) Screening for Children Less Than Age 4. *Current Developmental Disorders Reports*, 4, 137–144. <https://doi.org/10.1007/s40474-017-0122-1>

Matthys, W. & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Children*. Oxford: John Wiley & Sons.

McCain, A. P., Kelley, L. M., & Fishbein, J. (1999). Behavioral Screening in Well – Child Care: Validation of the Toddler Behavior Screening Inventory. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(5), 415–422. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/24.5.415>

Meins, E. (2013). Sensitive attunement to infants' internal states: Operationalizing the construct of mind-mindedness. *Attachment and Human Development*, 15, 524–544. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.830388>

Meins, E., Fernyhough, E., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment

at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637–648. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00759>

Moon, S. J., Hwang, J. S., Shin, A. L., Kim, J. Y., Bae, S. M., Sheehy – Knight, J., & Kim, J. W. (2019). Accuracy of the Childhood Autism Rating Scale: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(9), 1030–1038. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1111/dmcn.14246>

Mullen, E. M. (1995). *Mullen Scales of Early Learning AGS Edition*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Incorporated.

Nakayma, H. (2015). Emergence of amae crying in early infancy as a possible social communication tool between infants and mothers. *Infant Behavior and Development*, 40, 122–130. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.06.010>

Norona, A. N., & Baker, B. L. (2014). The transactional relationship between parenting and emotion regulation in children with or without developmental delays. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 3209–3216. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.07.048>

Oakland, T., & Algina, J. (2011). Adaptive Behavior Assessment System – II Parent/Primary Caregiver Form: Ages 0–5: Its Factor Structure and Other Implications for Practice. *Journal of Applied School Psychology*, 27(2), 1003–117. <https://doi.org/10.1080/15377903.2011.565267>

Pace, C. S., Zavattini, G. C., & Alessio, M. D. (2012). Continuity and discontinuity of attachment patterns: A short-term longitudinal pilot study using a sample of late adopted children and their adoptive mothers. *Attachment and Human Development*, 14, 45–61. <https://doi.org/10.1080/14616734.2012.636658>

Paul, R., & Norbury, C. F. (2012). *Language Disorders: form Infancy through Adolescence*. St. Louis: Elsevier.

Piper, B. J., Gray, H. M., Raber, J., & Brikett, M. A. (2014). Reliability and validity of Brief Monitor, and abbreviated form of the Child Behavior Checklist. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(10), 759–767. <https://doi.org/10.1111/pcn.12188>

Ptáček, R. & Raboch, J. (2010). Určení rozsahu souboru a power analýza v psychiatrickém výzkumu. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 106(1), 33–41.

- Roben, C. K. P., Cole, P. M., & Armstrong, L. M. (2013). Longitudinal relations among language skills, anger expression, and regulatory strategies in early childhood. *Child Development*, 84(3), 891–905. <https://doi.org/10.1111/cdev.12027>
- Rodriguez, C., Benassi, J., Estrada, L. & Alessandroni, N. (2017). Early Social Interactions with People and Objects. In Slater, A. & Bremner, G. (Eds.), *Developmental psychology*. New York: Wiley.
- Rosen, W.D., Adamson, L.B., & Bakeman, R. (1992). An experimental investigation of infant social referencing: Mothers' messages and gender differences. *Developmental Psychology*, 28, 1172–78. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.6.1172>
- Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 52, 569–578. <https://doi.org/10.2307/1129176>
- Rubin, K.H., Bukowski, W.M., & Parker, J.G. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon & R.M. Lerner (Series Eds.) and N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology, Vol. 3: Social, emotional, and personality development* (6th ed. pp. 571–645). New York: Wiley.
- Scattone, D., Reiggio D. J., & May, W. (2011). Comparison of the Vineland Adaptive Behavior Scales Second Edition, and the Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition. *Psychological reports*, 109(2), 626–634. <https://doi.org/10.2466/03.10.PR0.109.5.626-634>.
- Sher, A., Harel, J. (2008). Separation and Stranger Anxiety In Benson J., B. & Haith, M. M. (Eds.), *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood* (pp.380–397). Elsevier.
- Sheeringa, M. S., & Haslett, N. (2010). The Reliability and Criterion Validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A New Diagnostic Instrument for Young Children. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 299–312. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0169-2>.
- Schlarb, A. A., Jaeger, S., Schneider, S., In-Albon, T. & Hautzinger, M. (2015). Sleep Problems and Separation Anxiety in Preschool – Aged Children: A Path Analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 902–910. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0262-z>

- Smolík, F., & Bytešníková, I. (2017). Stručný dotazník dětského slovníku: Vývoj a normy nástroje pro screening vývoje jazyka v raném věku. *Československá psychologie*, 61(5), 460–473.
- Squires, J., Bricker, D., Twombly, E., Yockelson, S., Schoen David, M., & Kim, Y. (2002). *Ages and stages questionnaires®: Social-emotional*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2004). Parent – Completed Screening for Social Emotional Problems in Young Children: The Effects of Risk/Disability Status and Gender on Performance. *Infant Mental Health Journal*, 25(1), 62–73. <https://doi.org/10.1002/imhj.10084>
- Squires, J., Bricker, D., Twombly, E. Murphy, E., Hostelton, R., Dolata, J., & Chen, Ch. (2015). *ASQ: SE – 2, Technical Report*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- Strathearn, L. (2011). Maternal neglect: Oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. *Journal of Neuroendocrinology*, 23, 1054–1065. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2011.02228.x>
- Šporclová, V. (2015). Úprava, ověření, standardizace a vydání elektronické podoby screeningového dotazníku Dětské autistické chování (DACH). [Disertační práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/80454>
- Thomann, C., R., & Carter, A. (2008). Social and Emotional Development Theories. In Benson J., B. & Haith, M. M. (Eds.), *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood* (pp.420–428). Elsevier.
- Thompson, R. A., Easterbrooks, M. A., & Padilla – Walker, L. M. (2016). Social and Emotional Development in Infancy. In Lerner, R. M., Easterbrooks, M. A., Místy, J. (Eds.), *Handbook of Psychology: Developmental Psychology* (pp.92–106). Hboken: John Wiley & Sons.
- Wendland, J., Danet, M., Gacoin, E., Didane, N., Bodeau, N., Saïas, T., Le Bail, M., Cazenave, M., Molina, T., Puccinelli, O., Chirac, O., Madeiros, M., Gérardin, P., Cohen, D., & Guédeney, A. (2014). French Version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional

Assessment Questionnaire – BITSEA. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(5), 562–575. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu016>

Wills, G., B. (2015). *Analysis of the Cognitive Interview in Questionnaire Design: Understanding Qualitative Research*. NY: Oxford University Press.

Wolff, M. S., Theunissen, M. H. C., Vogels, A. G. C. & Reijneveld, S. A. (2013). Three Questionnaires to Detect Psychosocial Problems in Toddlers: A Comparison of BITSEA, ASQ:SE, and KIPPI. *Academic Pediatrics*, 13(6), 587–592. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.07.007>.

Wörmann, V., Holodyski, M., Kärtner, J., & Keller, H. (2012). A cross – cultural comparison of the development of the social smile: A longitudinal study of maternal and infant imitation in 6- and 12- week-old infants. *Infant Behavior and Development*, 35(3), 335–347. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1016/j.infbeh.2012.03.002>

Xi, L. & Lantof, J. P. (2020). Scaffolding and the zone of proximal development: A problematic relationship. *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 1–24. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12260>

### **Internetové zdroje**

Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). (n.d). Preschool (Ages 1,5–5) Assessments. <https://aseba.org/preschool/>

Hogrefe – Testcentrum. (n.d.). *Vývojové škály Bayleyové*. [https://hogrefe.cz/kurzy\\_a\\_seminare/kurz\\_bayley](https://hogrefe.cz/kurzy_a_seminare/kurz_bayley)

Hogrefe – Testcentrum. (n.d.). *ADOS – 2 – Diagnostika a hodnocení poruchy autistického spektra*. <https://hogrefe.cz/ados-2>

Pearson assessments. *Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition*. <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Behavior/Adaptive/Vineland-Adaptive-Behavior-Scales-%7C-Third-Edition/p/100001622.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *MKN – 10, 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí*. <https://mkn10.uzis.cz>



World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th revision (ICD – 11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Youth in mind. *SDQ – Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires*. <https://www.sdqinfo.org/>

## Seznam grafů

Graf 1: Četnost populace srovnávací skupiny, poměr chlapců a dívek.....	74
Graf 2: Četnost populace klinické skupiny, poměr chlapců a dívek.....	75
Graf 3: Variabilita dat v rámci jednotlivých skupin pro škálu problémů.....	83
Graf 4: Variabilita dat v rámci jednotlivých skupin pro škálu kompetencí.....	83
Graf 5 Porovnání průměrů srovnávací a klinické skupiny – škála problémů.....	84
Graf 6 Porovnání průměrů srovnávací a klinické skupiny – škála kompetencí.....	85
Graf 7: Krabicový graf odpovědí rodičů dětí ze srovnávací skupiny.....	86
Graf 8: Krabicový graf odpovědí rodičů dětí z klinické skupiny.....	87

## Seznam tabulek

Tabulka 1: BITSEA Prahy citlivosti založené na percentilu rozděleny dle věku a pohlaví.....	71
Tabulka 2: BITSEA Percentily rozdělené dle věku a pohlaví.....	72
Tabulka 3: Zastoupení jednotlivých obtíží v rámci klinické skupiny.....	76
Tabulka 4: Průměrný věk v obou skupinách – celkový a dle pohlaví.....	77
Tabulka 5: Percentily stanovené na základě hrubých skóre skupiny dětí s předpokladem normálního vývoje.....	79
Tabulka 6: Rozložení skóre srovnávací a klinické skupiny.....	82

## Seznam zkratek

ABAS-II	Adaptive Behavior Assessment – second edition
ATD.	A tak dále
ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADI-R	Autism Diagnostic Interview – Revised
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule
APA	Americká psychologická asociace/ American Psychological Association
APOD.	A podobně
ASD	Autism spectrum disorders
ASQ:SE	Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional
BASC-2	Behavior Assessment System for Children – Second Edition
BITSEA	Brief Infant – Toddler Social and Emotional Assessment
BITSEA/C	Brief Infant – Toddler Social and Emotional Assessment competency scale
BITSEA/P	Brief Infant – Toddler Social and Emotional Assessment problem scale
BSID-III	Vývojové škály Bayleyové, třetí revize
CARS2	Childhood Autism Rating Scale, second edition
CBCL/1,5-5	Child Behavior Checklist for 1,5 - 5
CBCL/1,5-5-LDS	Child Behavior Checklist for 1,5 – 5, Language Development Survey
C-TRF	Caregiver – Teacher Report Form
CNS	Centrální nervová soustava
DACH	Dětské autistické chování
DECA-T	Devereux Early Childhood Assessment for Toddlers
DIPA	Diagnostic Infant and Preschool Assessment
ECBI	Eyberg Child Behavior Inventory
ESAT	Early Screening of Autistic Traits questionnaire
ET AL.	Et alii – A kolektiv
GSEGC	Greenspan Social Emotional Growth Chart
HS	Hrubý skór
ICC	Intraclass correlation coefficient
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 <sup>th</sup> revision
ICD 11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11 <sup>th</sup> revision
ITSEA	Infant-Toddler Social and Emotional Assessment
KIPPI	Brief Instrument Psychological and Pedagogical Inventory
KOMP.	Kompetenční
M-CHAT-R	Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MSEL	Mullen Scales of Early Learning
NAPŘ.	Například
PAPA	Preschool Age Psychiatric Assessment
PAS	Poruchy autistického spektra
PLS-4	The Preschool Language , Fourth Edition
PROB.	Problémová
SCQ	Social Communication Questionnaire
SEEC	Vineland Social Emotional Early Childhood Scale
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
TAB.	Tabulka
TBSI	Toddler Behavior Screening Inventory
TZN.	To znamená

ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VABS-II	Vineland Adaptive Behavior Scales – II
WPPSI-III	Wechsler Preschool Sale of Intelligence ,Third Edition

## **Příloha 1. Český překlad položek dotazníku BITSEA**

1. Má radost, když se mu něco povede (např. si zatleská apod.).
2. Často se zraní, takže z něj/ní skoro nemohu spustit oči.
3. Vypadá nervózní, v tenzi či vystrašený.
4. Nevydrží v klidu, neposedí.
5. Dodržuje pravidla.
6. Probouzí se v noci a potřebuje znovu uspat/ pomoci, aby znovu usnul.
7. Brečí nebo se vzteká až do vyčerpání.
8. "Má strach z konkrétních míst, zvířat či věcí.
9. Raduje se méně než ostatní děti.
10. Vyhledává Vás (či druhého rodiče), když je naštvaný/rozrušený.
11. Brečí nebo se na Vás "věší", když se pokusíte odejít/odcházíte.
12. Hodně se strachuje/Má hodně strach nebo je velmi vážný/vážná.
13. Přímou se na vás podívá, pokud vyslovíte jeho/její jméno.
14. Nereaguje, když se zraní.
15. Chová se láskyplně k těm, co má rád(a).
16. Nedotkne se některých věcí kvůli tomu, jaké jsou na dotek.
17. Má potíže usnout nebo se často probouzí/nebo zůstat spát.
18. Utíká/Odbíhá na veřejných místech.
19. "Hraje si s ostatními dětmi (kromě sourozenců).
20. "Dokáže po dlouhou dobu udržet pozornost (u nějaké činnosti) (neplatí pro koukání na TV)."
21. Těžko se přizpůsobuje změnám.
22. Pokouší se pomoci, když je někdo zraněný (př. podává hračku).
23. Často se naštvě/rozruší.
24. Dáví/dusí se jídlem.
25. Imituje zvuky při hře, když ho/ji pobídnete.
26. Odmítá jíst.
27. "Bouchá, strká, kope nebo kouše ostatní děti (vyjma sourozenců).
28. Je destruktivní. Záměrně ničí věci.
29. Ukazuje prstem na vzdálené předměty, abyste se na ně podívali.
30. Bouchá, kouše nebo kope Vás (nebo druhého rodiče).
31. Objímá nebo krmí panenky či plyšáky.
32. Vypadá nešťastně, smutně, v depresi nebo uzavřeně/samotářsky.
33. Záměrně se Vám (nebo druhému rodiči) snaží ublížit.
34. Když je naštvaný(á)/rozrušený(á) ztichne, zamrzne nebo se nehýbe.
35. "Řadí věci dle vlastního systému stále dokola a je naštvaný(á)/rozrušený(á) pokud je přerušena(a).
36. "Opakuje stejnou aktivitu či frázi stále dokola bez potěšení.
37. "Opakuje určitý pohyb stále dokola (např. kolébání, točení se).
38. "Vypíná" pozornost. Není si vědom(a) co se kolem něj/ní děje.
39. Nenavazuje oční kontakt.
40. Vyhýbá se fyzickému kontaktu.
41. "Záměrně si ubližuje (např. bouchá se do hlavy).
42. "Jí či pije nejedlé věci. (např. papír, barvu).

*(Položky jsou seřazeny tak jak jdou za sebou v dotazníku.)*

## Příloha 2. Tabulka skóreů klinické a srovnávací skupiny

		Věk v měsících	HS škála problémů	HS škála kompetencí
K1	Dívka	23	<b>24</b>	14
K2	Chlapec	13	<b>34</b>	<b>8</b>
K3	Chlapec	26	14	17
K4	Dívka	36	8	20
K5	Chlapec	30	16	16
K6	Dívka	36	<b>21</b>	18
K7	Chlapec	18	15	17
K8	Dívka	36	11	<b>13</b>
K9	Dívka	32	<b>19</b>	16
K10	Chlapec	23	12	19
K11	Dívka	27	2	20
K12	Chlapec	29	<b>21</b>	17
K13	Chlapec	27	16	<b>13</b>
K14	Dívka	36	<b>34</b>	<b>7</b>
K15	Dívka	25	<b>23</b>	<b>2</b>
S1	Chlapec	27	<b>26</b>	<b>12</b>
S2	Dívka	20	<b>17</b>	18
S3	Chlapec	36	4	18
S4	Chlapec	23	12	16
S5	Dívka	20	9	20
S6	Chlapec	17	<b>19</b>	19
S7	Dívka	36	5	19
S8	Chlapec	19	14	18
S9	Dívka	30	7	17
S10	Dívka	15	7	21
S11	Dívka	18	4	20
S12	Chlapec	21	<b>23</b>	15
S13	Dívka	22	11	20
S14	Chlapec	15	14	19
S15	Chlapec	12	<b>23</b>	<b>11</b>
S16	Dívka	14	13	17
S17	Dívka	20	9	19
S18	Dívka	29	<b>22</b>	<b>13</b>
S19	Chlapec	21	16	20
S20	Chlapec	13	13	16
S21	Chlapec	36	<b>29</b>	19
S22	Dívka	19	<b>27</b>	<b>8</b>
S23	Chlapec	31	8	20
S24	Dívka	33	<b>17</b>	14
S25	Chlapec	22	<b>20</b>	<b>9</b>
S26	Dívka	19	13	20
S27	Dívka	14	14	17
S28	Dívka	14	<b>33</b>	<b>9</b>

S29	Dívka	12	8	15
S30	Dívka	21	<b>23</b>	<b>11</b>
S31	Chlapec	36	9	20
S32	Chlapec	22	8	19
S33	Chlapec	28	7	20
S34	Chlapec	22	14	18
S35	Dívka	14	19	17
S36	Dívka	27	8	15
S37	Chlapec	19	16	<b>13</b>
S38	Dívka	14	<b>18</b>	16
S39	Dívka	14	10	14
S40	Dívka	29	3	17
S41	Dívka	12	11	14
S42	Chlapec	21	5	21
S43	Dívka	14	10	19
S44	Chlapec	21	17	21
S45	Chlapec	13	<b>34</b>	14

*K1-15 – Klinická skupina, S1-45 – Srovnávací skupina. Šedě podbarveny jsou skóry, které jsou signifikantní dle Brigsové – Gowanové & Carterové, (2006). Tučně vyznačeny jsou skóry, které jsou signifikantní dle prahů citlivosti získaných na vzorku srovnávací skupiny této práce.*