

# DIAGNOSTIKA RANÉHO VÝVOJE

**Daniela Sobotková**

[dsobotkova@email.cz](mailto:dsobotkova@email.cz)

*Fakulta sociálních studií MU, Brno, 31. března 2014*

# SPECIFIKA RANÉHO VĚKU

- **Důležitost kvality vztahu mezi matkou/pečovatelem a dítětem pro další optimální vývoj dítěte. Základem je synchronní dialog mezi matkou a dítětem – přispívá k regulaci chování.**
- **Význam regulace chování, jejíž poruchy se odrážejí např. v poruchách spánku, příjmu potravy, organizaci hry, v kontrole emočních projevů.**

**Zejména druhý bod bývá označován za nejdůležitější posun v náhledu na psychopatologii v raném dětství (DC:0-3 –r. 1994, DC:0-3R –r. 2005, Zero to Three).**

# VÝZNAM SYNCHRONNÍHO DIALOGU

Podporuje:

- **neurobehaviorální vyžívání dítěte**
- **regulaci biologických systémů dítěte**  
(např. termoregulaci, srdeční akci)
- **regulaci chování** (např. bdění, vzrušení, zaměření pozornosti).

Působí tím také na:

- **kognitivní vývoj**
- **sociální a emoční vývoj**

(Belsky, de Haan 2011, Clark et al. 2008, Feldman, 2007, Feldman, Eidelman 2007, Maughan ad. 2007, Treyvaud ad. 2009).

# SPECIFIKA RANÉHO VĚKU

- **Důležitost kvality vztahu mezi matkou/pečovatelem a dítětem pro další optimální vývoj dítěte. Základem je synchronní dialog mezi matkou a dítětem – přispívá k regulaci chování.**
- **Význam regulace chování, jejíž poruchy se odrážejí např. v poruchách spánku, příjmu potravy, organizaci hry, v kontrole emočních projevů.**

**Zejména druhý bod bývá označován za nejdůležitější posun v náhledu na psychopatologii v raném dětství (DC:0-3 –r. 1994,**

**DC:0-3R –r. 2005, Zero to Three).**

# Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC:0-3R).

- Americká organizace Zero to Three (Nationala Center for Infants, Toddlers, and Families) vydala v roce 1994 Diagnostickou klasifikaci duševního zdraví a vývojových poruch raného dětství (0-3 roky).
- V roce **2005 – revize DC:0-3, obsahuje 5 následujících os:**
  - osa I - **Klinické poruchy** (ústřední část klasifikačního systému)
  - osa II - **Klasifikace vztahu** (mezi dítětem a rodiči či širší rodinou)
  - osa III - **Zdravotní a vývojové poruchy** (posouzení stavu dítěte dalšími odborníky dle stávajících klasifikací – např. MKN-10)
  - osa IV - **Psychosociální stresory** (akutní – např. náhlé onemocnění dítěte či rodiče a separace, dlouhodobé – např. chudoba, zneužívání, týrání)
  - osa V - **Emocionální a sociální chování** (zda je přiměřené vývojové úrovni dítěte)

# Osa I: KLINICKÉ PORUCHY<sub>1</sub>

- **100. Postraumatická stresová porucha – traumatická situace je**

- **náhlá a neočekávaná** (např. zemětřesení, automobilová nehoda, teroristický útok, napadení zvířetem)
- **trvající, chronická** (např. pohlavní zneužívání, týrání)

Musí být splněny **4 podrobně definovaná kritéria. 5. kritériem je trvání možných symptomů minimálně 1 měsíc.**

- **150. Deprivační porucha (Deprivation/Maltreatment Disorder)**

**hrubé zanedbávání rodičovské péče, dokumentované fyzické či psychické násilí, střídání pečujících osob**

**Závažné narušení vazby (attachment - přilnutí) k jedné osobě – ztráta hledání opory a ochrany.**

# Osa I: KLINICKÉ PORUCHY 2

- **200. Afektivní poruchy – obecná charakteristika:**

Dítě má potíže s regulací emocí – **depresivní nálada, úzkost, strach, hněv, vztek** (vyskytují se častěji než se dříve předpokládalo)

- **210. Dlohotrvající zármutek – zejména při ztrátě rodiče** (symptomy se vyskytují během většiny dne po dobu více než 2 týdny).

- **220. Úzkostné poruchy v raném dětství** – je jich více, zmíněny dále

- **230. Deprese v raném dětství – typ I: Závažná deprese**  
– typ II: **Depresivní porucha nesp.**

- **240. Smíšená porucha vyjádření emocí** – musí být nepřiměřené vývojové úrovni dítěte

## 220. Úzkostné poruchy v raném dětství

- **Nutné odlišit od běžného zvýšeného projevu strachu a úzkosti , které začíná zhruba od 7. měsíce (strach z cizích osob a při odloučení od rodiče), vrcholu obvykle dosahuje mezi 9. – 18. měsícem, většinou klesá po 2. - 2½ roce života.**
- **Odlišit od úzkostného temperamentu (inhibovaného chování)**
- **Tyto poruchy mohou být diagnostikovány u dětí starších 2 let**
- **221. Separační úzkostná porucha**
- **222. Specifická fobie** (porucha trvá minimálně 4 měsíce)
- **223. Sociálně úzkostná porucha** (strach z dětí i dospělých)
- **224. Generalizovaná úzkostná porucha** (trvá minimálně 6 měsíců)
- **225. Úzkostná porucha nespecifikovaná**



## Osa I: KLINICKÉ PORUCHY 3

- **300. Adaptační porucha** – např. odmítání jít spát a jiné opoziční chování, časté záchvaty vzteku, úzkostnost, staženost jako reakce na vnější změny – objeví se v průběhu 1 měsíce a trvá nejméně po dobu 2 týdnů
- **400. Regulační poruchy senzorického zpracování** –  
je jich více – zmíněny dále
- **500. Poruchy spánku** – hodnotí se u dětí starších 12 měsíců, musí trvat nejméně 4 týdny a vyskytovat se minimálně 5 dnů v týdnu (doporučit rodičům, dělat si záznamy)
- **510. Porucha usínání**
- **520. Porucha nočního buzení**

# 400. Regulační poruchy senzorického zpracování 1

**Obtíže musí být přítomny ve třech oblastech:**

- 1) potíže se zpracováním senzorických informací** (vnímání pohybů v prostoru, uvědomování si vlastního těla v prostoru, nejistota při taktilních podnětech – stříhání nehtů, vlasů, horší vizuální percepce)
- 2) motorické potíže** (horší motorická koordinace, problémy s rovnováhou, horší jemná motorika, orálně motorické obtíže včetně problémů s výslovností)
- 3) specifické vzorce chování** (např. přehnaná či nedostatečná reaktivita na podněty – světlo zvuky, teplotu, vůně, horší ovládání afektů).

**Děti mívají obtíže v organizování svých fyziologických pochodů,  
senzorických podnětů a svého chování –**

Většinou jsou popisovány jako dráždivé, vzteklé, afektivně labilní, úzkostné,  
nadměrně plačtivé

## 400. Regulační poruchy senzorického zpracování 2

- **410. Hypersenzitivní – 411: typ A: bázlivý/opatrný**

**412: typ B: odmítavý/vzdorovitý**

- **420. Hyposenzitivní/minimálně reagující** – někdy vykonává opakující se senzorické aktivity – např. kývání, skákání na posteli

- **430. Hledající senzorickou stimulaci/impulsivní** – potřeba vysoké intensity, frekvence, nebo dlouhé trvání senzorického podnětu, než se objeví reakce.

Tyto děti se aktivně snaží uspokojit zvýšenou potřebu senzorických podnětů, někdy je jejich chování destruktivní až agresivní, aniž by měly důvod – tento vzorec chování však není záměrný.

Možné spojení s poruchou ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder)

# Osa I: KLINICKÉ PORUCHY 4

- **600. Poruchy potravního chování** – dítě není schopno regulovat pravidelný příjem potravy v souladu s fyziologickými pocity hladu nebo nasycení.
  - **601. Porucha příjmu potravy ve vztahu k regulaci stavu chování** – např. dítě je spavé nebo příliš excitované a neklidné
  - **602. Porucha příjmu potravy ve vztahu k chování pečovatel-dítě** – např. dítě nereaguje očním kontaktem, úsměvem při krmení na reakce pečovatele
  - **603. Infantilní anorexie** – odmítání přiměřeného množství potravy minimálně 1 měsíc u dětí mladších 3 roky
  - **604. Sensorická averze k potravě** – odmítání specifické potravy
  - **605. Porucha příjmu potravy ve vztahu ke zdravotnímu stavu** – po zlepšení zdravotního stavu problémy zcela nemizí
  - **606. Porucha příjmu potravy jako následek podráždění gastrointestinálního traktu** – např. reflux, intubace, dítě může přijímat potravu jen určitým způsobem-lžičkou, pít za spánku, odmítá zaujmout pozici při krmení

# Osa I: KLINICKÉ PORUCHY 5

- **700. Poruchy vztahů a komunikace** – jedná se o závažné potíže ve vztahu k druhým a komunikaci, kombinované s obtížemi v regulaci procesů fyziologických a sensorických, pozornosti, potíží v oblasti kognitivní, emoční i motorické.

**V jiných klasifikacích nemocí jsou tyto poruchy označovány jako**

**pervazivní vývojové poruchy** (např. dětský autismus, Aspergerův a Rettův syndrom ad.)

- **710. Multisystémová vývojová porucha** - je spíše popisná než založená na definovaných kritériích, **užívá se u dětí mladších 2 let**. **Potíže ve 4 oblastech: ve vztazích, komunikaci, citech, sensorickém zpracování**
- **800. Jiné poruchy** – obsaženy v jiných klasifikacích nemocí  
**DSM-IV, ICD 10, MKN-10**

# HODNOCENÍ VZTAHU RODIČ-DÍTĚ

Hodnocení by mělo probíhat ve třech rovinách (First ad. 2002):

- **Pozorování interakce rodič-dítě**  
standardizovanými metodami evokovat a pozorovat interakce matka-dítě (nejlépe pomocí videozáznamu)
- **Dotazníkové metody**  
zaměřené jednak na matku či otce, jednak na dítě pro pochopení a popsání individuálního vnímání vztahu u konkrétní dvojice, poznat další charakteristiky rodičů i dítěte.
- **Strukturované klinické interview**  
pro doplnění informací získaných z pozorování a dotazníků, je potřebné znát potřeby rodiny a její možnosti, rodinné události a širší rodinné zázemí.

# METODY PRO HODNOCENÍ VZTAHU RODIČ-DÍTĚ<sup>1</sup>

Citováno z knihy: Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment (Eds. R. DelCarmen-Wings, A. Carter, 2004)

## Parent-Child Early Relational Assessment – PCERA (Clark 1985)

pro věk: od narození do 5 let, (široce užívaná ve výzkumu i v klinické praxi)  
obsahuje subškály hodnotící: rodiče, dítě, vztah rodič-dítě, interview s rodičem u nahrávky  
hodnotí se 4 situace: krmení, strukturovaná a volná hra, separace

## The Insightfulness Assessment – IA (Koren-Karie, Oppenheim ad., 2002)

nahrávka dítěte a rodiče při hře, hodnoceno je interview u nahrávky pomocí  
10 škál vystihujících míru empatického porozumění dítěti  
Výsledkem jsou 4 možné druhy klasifikace: Positively Insightful, One-Sided, Disengaged, Mixed, (vhodné pro výzkum i klinické účely)

## Nursing Child Assessment Satellite Training – NCAST (Barnard, 1978)

obsahuje subškály hodnotící: matku a dítě v domácím prostředí – v situaci při krmení – Feeding Scale - 76 položek (0-12 měs.) a při učení – Teaching Scale - 73 položek (0-36 měs.)  
V r. 1994 revize: Parent-Child Interaction (PCI) Program

# METODY PRO HODNOCENÍ VZTAHU RODIČ-DÍTĚ 2

Citováno z knihy: Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment  
(Eds. R. DelCarmen-Wings, A. Carter, 2004)

## **HOME Inventory for Families of Infants and Toddler** (Caldwell, Bradley 1978)

pro věk: od narození do 3 let, (užívaná ve výzkumu i v klinické praxi)  
zaměřeno na hodnocení matky ve vztahu k dítěti a prostředí domácnosti,  
obsahuje 5 subškál (založeno na pozorování v domácím prostředí a  
interview).

## **Clinical Problem-Solving Procedure** (Crowell a Feldman, 1988 – užití: 24-54 měs., modifikováno Zeanah ad., 2000 – pro věk od 12 měsíců), (vhodná v klinické praxi) založeno na přímém pozorování chování rodiče a dítěte - není dlouhé, jednoduché skórování.

metoda obsahuje 9 situací: jako např. volná hra, separace i návrat a 4  
úkoly pro učení volené podle vývojové úrovně dítěte (od nejjednoduššího po  
nejtěžší, poslední již přesahují možnosti dítěte).



# METODY PRO HODNOCENÍ VZTAHU RODIČ-DÍTĚ 3

Citováno z knihy: Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment  
(Eds. R. DelCarmen-Wings, A. Carter, 2004)

## **Parenting Stress Index – PSI** (Abidin, 1986)

dotazník, pro věk od 1 měs. do 12 let, (užívá se ve výzkumu i v klinické praxi)  
zaměřeno na hodnocení nepříznivých charakteristik, pocitů a událostí,  
u rodiče se hodnotí 8 oblastí, u dítěte 6 oblastí

## **Working Model of the Child Interview – WMCI** (Zeanah a Barton 1989)

pro kojenecký a batolecí věk, (užívá se ve výzkumu i v klinické praxi)

hodinové interview – zkušenosti rodičů s dítětem – 10 oblastí  
(vychází z teorie attachmentu)

# METODY PRO HODNOCENÍ VZTAHU RODIČ-DÍTĚ 4

**Condon, J.T., & Corkindale, J.C.** – metody vyvinuty v Austrálii v r. 1998  
pro věk 1-24 měsíců

hodnocení kvality citové vazby matka-dítě, otec-dítě na základě hodnocení  
vlastních prožitků a pocitů vůči svému dítěti

## Maternal Postnatal Attachment Scale – MPAS

interview osobní nebo telefonické – celkem obsahuje 19 položek:

Quality of attachment (9) , Absence of hostility (5) Pleasure in interaction (5).

## Paternal Postnatal Attachment Questionnaire – PPAQ

dotazník, celkem obsahuje 19 položek: Patience and tolerance, Pleasure in interaction,  
Affection and pride.

Každá položka se hodnotí na 5 bodové škále (od 1 do 5), čím nižší hodnocení, tím méně  
kvalitní citová vazba rodiče k dítěti

# DALŠÍ METODY VÝVOJOVÉ DIAGNOSTIKY

Velmi dobrý přehled uveden v diplomové práci :

**Gesellova vývojová škála a její užití v praxi ústavní výchovy**

Autor: **Tomáš Kufa**

vedoucí dipl. práce: prof. Tomáš Urbánek

MU, Filosofická fakulta, Psychologický ústav 2012

Není zde uveden neverbální test rozumových schopností:

**SON – R 2½ - 7** (vydán 1998, v ČR 2008 – standardizován)

Tellegen P.S., Laros J., Heider D.

6 subtestů:

Mozaiky, Kategorie, Skládanky, Analogie, Situace, Vzory

2 škály:

**Performační a Úsudková**

# Nancy Bayley



- Narozena 1899, zemřela 1994
- 1926 PhD v psychologii
- California First-Year Mental Scale (Bayley, 1933)
- California Preschool Mental Scale (Jaffa, 1934)
- California Infant Scale of Motor Development (Bayley, 1936)  
(jednalo se o standardizované metody hodnotící vývoj dětí raného věku pomocí skóru)
- Vycházela z různých metod (**Gesell** – The mental growth of the preschool child-1925, **Kuhlman** – Handbook of Mental Tests-1922, **Preyer** – Die Seele des Kindes, 1882) – eklektický přístup
- Je autorkou nových testových položek

# Vývojové škály Bayleyové

- **1969 Bayley Scales of Infant Development (BSID)**

1983 Psychodiagnostika vydala pod názvem:

„Stupnice dětského vývoje“ (přeložil doc. J. Koch)

výsledkem: Mentální a Psychomotorický vývojový index (**MVI, PVI**) a hodnocení **Chování**

- **1993 Bayley Scales of Infant Development -  
Second Edition (BSID-II)**

výsledkem: Mentální a Psychomotorický vývojový index (**MVI, PVI**) a hodnocení **Chování**

- **2006 Bayley Scales of Infant and Toddler Development -  
Third Edition (Bayley-III)**

výsledkem: „Composite scores“ (průměr 100, SD 15) pro **Mentální škálu**, škálu **Řeči** (podškály: Receptivní a Expresivní komunikace - průměr 10, SD 3) a **Motorickou škálu** (Hrubá motorika, Jemná motorika - průměr 10, SD 3) – hodnocení chování pomocí dotazníků: „Social-Emotional Scale“ a „Adaptive Behavior Scale“. Kritika: **málo senzitivní** pro hledání dětí s vývojovým opožděním - nadhodnocuje

# Bayley Scales of Infant Development - Second Edition - BSID II

**Metoda patří k nejrozšířenějším vývojovým testům ve světě**

- uplatnění v oblasti klinické, vzdělávací, výzkumné
- vychází z nových poznatků o vývoji dítěte raného věku

Testem můžeme hodnotit vývoj dětí od 1 měsíce do 42 měsíců pomocí 3 vývojových škál:

**Mentální škála - 178 položek**, seřazeny vzestupně dle obtížnosti  
s narůstajícím věkem

**Motorická škála - 111 položek**, seřazeny vzestupně dle obtížnosti  
s narůstajícím věkem

**Škála chování - 30 položek**

# UŽITÍ BSIB-II

(klinická praxe, výzkum, vzdělávání)

- Pro popis aktuální vývojové úrovně
- Při diagnostice opožďení či poruchy vývoje
- Při plánování terapeutických postupů
- Pro kontrolu intervenčních programů
- Jako nástroj vzdělávání o vývoji dítěte

# STANDARDNÍ POSTUPY PŘI ADMINISTRACI

- Doba vyšetření 30 – 60 minut
- Prostředí a uspořádání vyšetřovny
- Přítomnost rodičů
- Navázání kontaktu s dítětem i rodičem
- Udržení pozornosti dítěte
- Flexibilita pořadí položek
- Standardní zadávání položek a jejich hodnocení



# VÝSLEDNÉ HODNOCENÍ

- **Mentální škála** - mentální vývojový index - **MVI**
- **Motorická škála** - psychomotorický vývojový index - **PVI**

**Kategorie hodnocení pro obě výše uvedené škály dle Bayleyové:**

nadprůměrný výkon	(vývoj. index: 115 a více)
v mezích normy	(vývoj. index: 114 - 85)
mírně podprůměrný	(vývoj. index: 84 - 70)
významně podprůměrný	(vývoj. index: 69 a nižší)

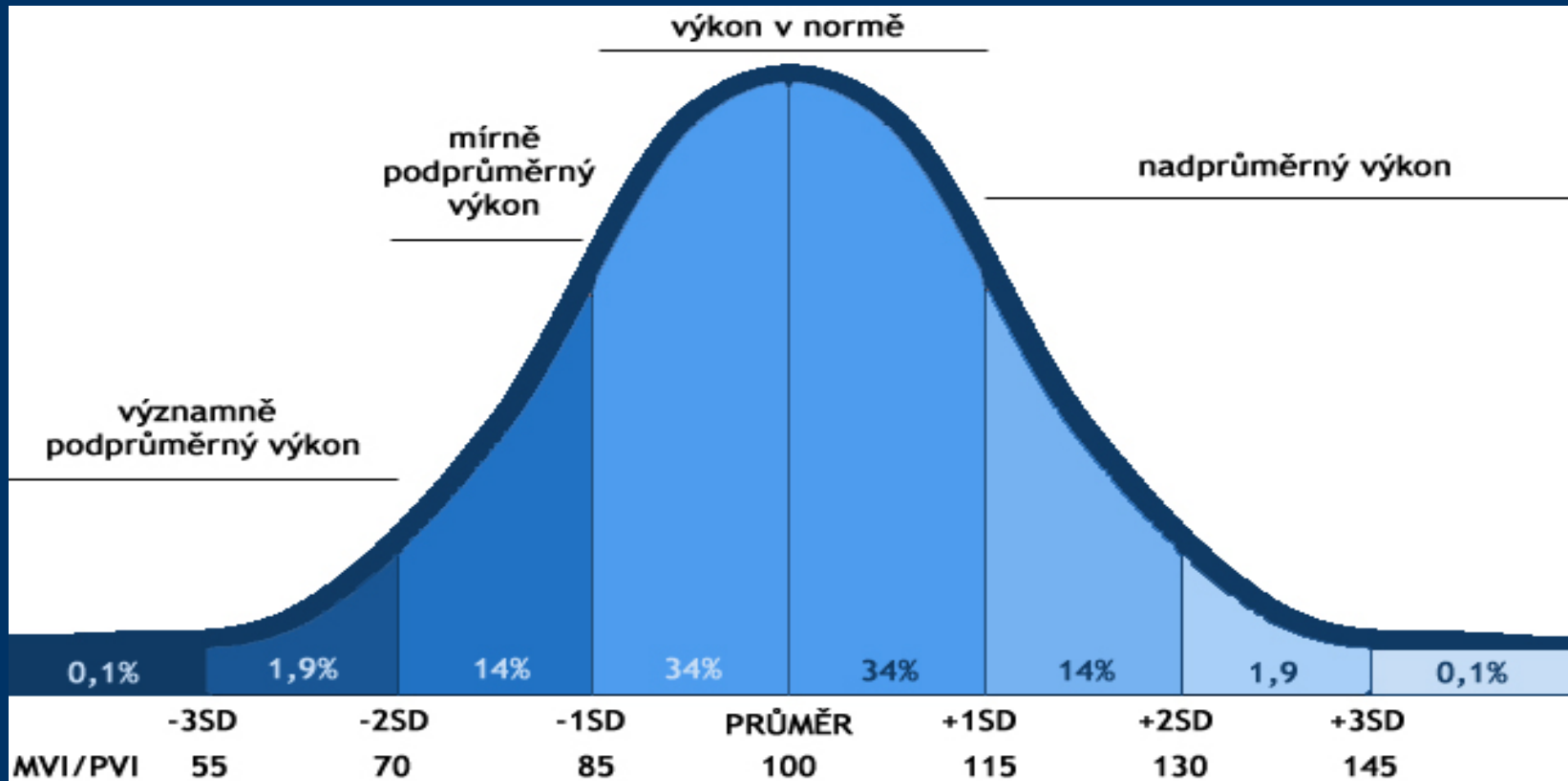
**Změny našeho hodnocení:**

středně podprůměrný	(vývoj. index: 69 - 50)
významně podprůměrný	(vývoj. index: nižší než 50)

**Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize:** mentální retardace (IQ)

lehká (69-50), střední (49-35), těžká (34-20), hluboká (20 a méně)

# GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ NORMÁLNÍHO ROZLOŽENÍ



# MENTÁLNÍ ŠKÁLA

- **Kognitivní vývoj** - rané formy učení - habituace na zrakové a zvukové podněty, výběrovost zrak. vnímání, procesy paměti, generalizace a kategorizace, řešení problémů, raný koncept počtu
- **Řeč** - vokalizace, expresivní a receptivní složky řeči, zvládnání gramatických pravidel – zájmena, minulý čas, věty, vyjádření děje
- **Sociální vývoj** - sociální komunikace, uvědomování si sebe, sociální hry

# Kognitivní vývoj – ukázka řešení problémů





# Sociální vývoj -

(sociální komunikace, sociální hry, uvědomování si sebe)



# MOTORICKÁ ŠKÁLA

- **Hrubá motorika** - pohyby trupu, hlavy končetin v různých polohách - leh na zádech, na bříšku, při manipulaci s dítětem, sed, lezení, stoj, chůze, běh a další dovednosti jako např. chůze po schodech, skákání, udržení rovnováhy, napodobování pohybu apod.
- **Jemná motorika** - pohyby ruky, prstů, úchop, čárání, kreslení, stupeň percepčně motorické integrace
- Hodnocení zaměřeno nejen na určitou dovednost, ale také na kvalitu pohybu

# VÝVOJ od ASYMETRIE k SYMETRII



asymetrická poloha hlavy a končetin  
se s mění na symetrickou





# VÝVOJ v POLOZE na BŘÍŠKU





# VÝVOJ v POLOZE na BŘÍŠKU





# MOTORICKÁ ŠKÁLA

## ■ Jemná motorika –

pohyby ruky, prstů,  
vizuo-motorická koordinace,  
grafomotorika



# ŠKÁLA CHOVÁNÍ

4 faktory:

- **Pozornost – bdělost**
- **Orientace - zájem**
- **Emoční regulace**
- **Kvalita motoriky**

**Celkové skóre** (součet všech hodnocených položek na 5 bodových stupnicích, maximální počet položek =30)

**Kategorie hodnocení pro 4 faktory i celkové skóre:**

- |            |                         |
|------------|-------------------------|
| v normě    | (99. - 26. percentil)   |
| hraniční   | (25. - 11. percentil)   |
| problémové | (10. a nižší percentil) |

# Faktor POZORNOST - BDĚLOST

pro věk 1 – 5 měsíců

Vypovídá o úrovni bdělosti, čilosti dítěte a jeho pozornosti – teoreticky by mohl být spojen se zralostí korových a podkorových spojení, která modulují bdělost, čilost a pozornost.

Nízké skórování signalizuje neschopnost dítěte setrvat ve bdění a nízký stupeň interakce s okolím.

# Faktor ORIENTACE - ZÁJEM

pro věk 6-12 a 13-42 měsíců

Měří pozitivní či negativní tendenci dítěte k plnění úkolů během vyšetření.

Nízký výkon může signalizovat sníženou iniciativu a zaujetí plnit úkoly i malý zájem o sociální interakce.

# Faktor EMOČNÍ REGULACE

pro věk 6-12 a 13-42 měsíců

Charakterizuje aktivitu dítěte, jeho adaptabilitu, stabilitu a toleranci k frustraci. Uplatňuje se v něm také temperament dítěte, kvalita nálady i citlivost vůči podnětům.

Nízké skóre ukazuje na převahu negativního emočního chování, špatnou adaptibilitu dítěte a na nestabilní neurobehaviorální organizaci.

# Faktor KVALITA MOTORIKY

pro věk 1-5, 6-12 a 13-42 měsíců

Hodnotí různé neuromotorické funkce, charakteristické pro raný věk – svalový tonus, kontrolu jemné a hrubé motoriky, výskyt zpomalených či prudkých pohybů a hodnocení kvality pohybů.

Nízké skórování může být znakem neuromotorické dysfunkce.

# Rozsah vyšetřování v ČR při standardizaci metody BSID-II

## ČECHY

9 vyšetřujících psychologů

**Praha** - . Krejčířová, M. Pilařová, D. Sobotková

**České Budějovice** - ..Štrosová

**Plzeň** - E. Hejduk, N. Kozová

**Liberec** - I. Holubcová

**Kladno** - M. Pospíšilová

**Hradec Králové** - J. Ježková

## MORAVA

6 vyšetřujících psychologů

**Brno** - . Jahnová, E. Pavlíková

**Zlín** - H. Včelařová

**Olomouc** - M.Hradilová

**Ostrava** - M. Jelínková

**Karviná** - R. Kučová

Bylo analyzováno celkem 1963 vyšetření

v 17 věkových obdobích

( 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 36, 42 měsíce )



## Longitudinálně sledovaný soubor v rámci standardizace metody Bayleyové, 2. vydání (BSID-II)

Skupina	Věk při vyšetření	Celkem	Dívky	Chlapci
<b>I</b>	1, 4, 8, 12, 18, 24 měs.	<b>61</b>	<b>29</b>	<b>32</b>
<b>II</b>	2, 5, 10, 15, 21 měs.	<b>79</b>	32	47
<b>III</b>	3, 6 měs.	<b>120</b>	67	53
<b>IV</b>	27, 36 měs.	<b>107</b>	<b>54</b>	<b>53</b>
<b>V</b>	30, 42 měs.	<b>94</b>	<b>52</b>	<b>42</b>
<b>Celkem</b>	hodnoceno 17 věkových období <b>od 1. do 42. měsíce</b>	<b>461</b>	<b>234</b> 50,8%	<b>227</b> 49,2%

# Korelace mezi hodnoceními mentálního vývoje – MVI ( Pearson)

Věk	4 měs.	8 měs.	12 měs.	18 měs.	24 měs.
1 měs.	0.08	-0.03	-0.01	0.10	0.06
4 měs.		0.22	<b>0.26*</b>	0.21	-0.08
8 měs.			<b>0.60 **</b>	<b>0.44 **</b>	0.24
12 měs.				<b>0.69 **</b>	<b>0.52 **</b>
18 měs.					<b>0.68 **</b>

Sig. (2-tailed) \* P < 0,05 \*\* P < 0,01

# Korelace mezi hodnoceními motorického vývoje – PVI ( Pearson)

Věk	4 měs.	8 měs.	12 měs.	18 měs.	24 měs.
1 měs.	0.19	0.12	-0.01	0.11	<b>0.25*</b>
4 měs.		<b>0.52 **</b>	<b>0.33**</b>	0.22	0.07
8 měs.			<b>0.57 **</b>	<b>0.33 **</b>	0.16
12 měs.				<b>0.60 **</b>	0.18
18 měs.					<b>0.54 **</b>

Sig. (2-tailed) \* P < 0,05 \*\* P < 0,01

# Korelace mezi celkovým hodnocením chování ( Pearson)

Věk	4 měs.	8 měs.	12 měs.	18 měs.	24 měs.
1 měs.	0.01	-0.04	0.11	-0.01	0.10
4 měs.		<b>0.26 *</b>	0.01	-0.06	-0.20
8 měs.			<b>0.41 **</b>	<b>0.33 **</b>	0.14
12 měs.				<b>0.31 *</b>	<b>0.45 **</b>
18 měs.					<b>0.51 **</b>

Sig. (2-tailed) \* P < 0,05 \*\* P < 0,01

# Korelace mezi dvěma hodnoceními v čase ve škále mentální, motorické a chování

( Pearson)

Korelace mezi věkem	Mentální škála	Motorická škála	Celkové chování
27 a 36 měs.	0.65 **	0.44 **	0.37 **
30 a 42 měs.	0.66 **	0.50 **	0.52 **

Sig. (2-tailed) \*\* P < 0,01

# SOUHRN

- Možnosti predikce dalšího vývoje dítěte z hodnocení stavu v nejranějším věku jsou omezené.
- Komplexnější charakter raného hodnocení (behaviorální a fyziologické proměnné, vztahy mezi nimi a jejich setrvalost) mají větší prediktivní validitu.
- Ranému vývoji porozumíme lépe jen tehdy, hodnotíme-li více ukazatelů, pokud možno opakovaně, a v širším kontextu, včetně sociálního prostředí.
- Čím je časové období mezi vyšetřeními kratší, tím je vazba těsnější.
- S přibývajícím věkem se vazba mezi hodnoceními zvyšuje a to i pro delší časové úseky.

## Jaký význam má psychol. vyšetření v raném věku, když má nízkou predikční validitu?

- záchyt dětí s vývojovými odchylkami, aby se mohly zahájit intervenční programy co nejdříve, kdy je CNS nezralý a plastický a šance na úspěch nápravy největší,
- naučit rodiče správně pozorovat a porozumět chování dítěte a jeho možnostem, případně pomoci napravit narušené interakční chování mezi dítětem a rodiči.

# ZÁVĚR

## Důležitost psychodiagnostických metod pro raný věk

- **Ve vyspělých státech je zájem soustředěn na snižování dětské morbidity včetně poruch psychického vývoje.**  
(SZO pro evropský region: „ Zdraví 21 – zdraví do 21. století)
- **Potřebné zabezpečit včasný záchyt rizikových dětí,** jejichž psychický vývoj je ohrožen, neboť včasné zahájení stimulační a terapeutické péče, kdy je CNS ještě nezralý a plastický, je nejefektivnější.
- **Nutné mít k dispozici vhodné diagnostické nástroje pro raný věk.** V ČR je však stále **nedostatek psychologických metod pro hodnocení vývoje dětí raného věku** a neexistují žádné standardizované metody pro hodnocení důležitého vztahu rodič-dítě.

**Velká výzva pro nastupující generaci psychologů !!!**

**DĚKUJI  
ZA  
POZORNOST**

