

Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Atelier arteterapie

Bakalářská práce

Depresivní symptomatika u dětí a jejich výtvarný projev

Symptoms of depression in children And their expression through art.

Dobříš, 2006

Vedoucí bakalářské práce:

Pavel Štěpo

Phdr. Rostislav Nesnídal

Prohlášení :

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracoval samostatně a s použitím uvedené literatury.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'David Čížek', written in a cursive style.

podpis

Obsah:	Strana
I. Teoretická část	
1. Pojem deprese	1
Obecně co to je, vývojové hledisko	
1.1 Deprese a depresivní symptomatika u dětí	7
Dítě a citový vývoj	
1.2 Klasifikace deprese v MKN-10 a DSM IV	9
1.2.1 MKN-10	9
1.2.2 DSM IV	11
2. Teorie vzniku deprese	13
2.1 Rizikové faktory vzniku depresivní symptomatiky	15
2.1.1 Charakteristiky dítěte	16
2.1.2 Charakteristika rodičů a rodinného prostředí	18
2.1.3 Vliv prostředí a jiné	20
2.2 Ochranné faktory a odolné děti	21
2.3 Interakce rizikových a ochranných faktorů	22
3. Diagnostika deprese u dětí	23
3.1 Projektivní metody	24
3.2 Dotazníkové a posuzovací techniky	26
4. Výtvarný projev dětí trpících depresivními symptomy	27
4.1. Typické znaky ve výtvarném projevu	28
4.2. Vývoj tvorby klientů	33
5. Možnosti arteterapie	37
6. Přílohy, práce dětí s depresivními symptomy	40
Literatura	

Contents:	Page
1. The concept of depression and suppressed symptoms	1
What is depression, a progressive point of view	
1.1 Depression and depressive symptoms in children	7
Child and emotion's evolution	
1.2 Classification of depression in MKN-10	9
1.2.1 MKN-10	9
1.2.2 DSM IV	11
2. The theory of the source of depression in children	13
2.1 Risk factors in the source of depressive symptoms	15
2.1.1 Characterization of a child	16
2.1.2 Characterization of parents and family environment	18
2.1.3 Influence of environment and others	20
2.2 Protective factors and resistant children	21
2.3 Interaction of risk and protective factors	22
3. The diagnosis of depression in children	23
3.1 Projective methods	24
3.2 Formulated and reviewing techniques	26
4. Artistic supression in children suffering from symptoms of depression	27
4.1 Typical signs in artistic expression	28
4.2 The development of client's artwork	33
5. The possibilities of art therapy	37
6. Supplements, children's artworks	40
Literature	

I. Teoretická část

1. Pojem deprese

V současnosti se pojmem deprese označuje fyziologická varianta nálady nebo už psychopatologický symptom, který může, ale nemusí být součástí depresivního syndromu. Při depresi jakožto onemocnění se příznaky projevují po řadu týdnů až měsíců, kdy se míra a struktura těchto příznaků vyhodnocuje pomocí posuzovacích stupnic. První fáze afektivní poruchy se vyskytuje většinou před 30. rokem věku, ale depresivní porucha může přijít v kterémkoli životním období. Mezi spouštěcí mechanismy patří alkohol, chronická tělesná onemocnění, ztráta rodiče v dětství a další zátěžové faktory. Způsob dědičnosti zatím není znám. Höschl C. (1999) dále uvádí, že, je-li jeden z rodičů postižen bipolárním onemocněním, při kterém se střídá deprese a mánie, je u dítěte asi 25% pravděpodobnost výskytu. Jsou-li postiženi oba rodiče, je pravděpodobnost výskytu 50-70%. Pro jednovaječné dvojče je při výskytu u druhého pravděpodobnost 40-70% a u *dvojvaječných* je to 20%. U depresivní poruchy unipolární (bez výskytu mánie) je při postižení jednoho rodiče pravděpodobnost výskytu u dítěte 10-13%.

Deprese jako symptom je smutná, patická nálada. Depresivní patická nálada se liší od smutku svou intenzitou, trváním, nezávislostí svého vzniku na psychogenních faktorech. Nedá se změnit psychickým působením a doprovázejí ji somatické příznaky. Höschl C. (1997) k této charakteristice patické depresivní nálady připojuje stísněnost, snížené sebevědomí, hypobulie až abulie a spjatost s bradypsychizmem. Uvádí dále kritéria pro rozlišení normální a patologické nálady :

1. Intenzita
2. Délka trvání
3. Vztah k podnětům náladu vyvolávajícím – vzniká bez podnětu nebo je podnět nedostačující či neadekvátní
4. Odklonitelnost je nízká
5. Ovlivňuje ostatní duševní děje

Deprese jako symptom a syndrom může být primární, či sekundární při různých somatických chorobách /např. revmatická artritida/ a jiných psychiatrických poruchách /např. schizofrenie/. Deprese jako onemocnění se označuje tehdy, když má depresivní syndrom

charakteristický klinický obraz, průběh, odpověď na terapii, určitý biologický a biochemický korelát. Podle Kadlecové (1983) vývoj depresivní symptomatiky u dětí je dán jejich vývojem a zráním. Čím mladší dítě, tím hůře dokáže intelektualizovat, verbalizovat své problémy a převádí je do „jazyka“ psychosomatického. S postupujícím věkem přibývají psychické příznaky typické pro dospělé a ubývá psychosomatických stesků. Vývoj této symptomatiky ovlivňuje též úroveň inteligence a osobnostní zralosti, což platí též pro dospělé. U psychicky jednodušeji strukturovaného dospělého je tendence k somatizovaným depresím.

To potvrzují i transkulturální výzkumy, jež udávají, že „méně intelektualizované kultury“ vyjadřují depresi spíše psychosomaticky. Dalším zjištěním, které to potvrzuje, je větší osobnostní zralost dětských pacientů s depresivním symptomem (Kadlecová, 1983).

Podle Říčana (1997) byly depresivní reakce popsány již u nejmenších dětí, i experimentálně – kdy kojenci reagují na nereaktivní obličej matky tak, že se od ní odtahují, ztrácí zájem o okolí, mají smutný výraz v obličeji a celkově je utlumena jejich hybnost a mimika. Pro děti v kojeneckém a batolecím věku je typická anaklitická deprese jako reakce na separaci od matky. Zpočátku na tuto událost dítě reaguje pláčem a volá svou matku, postupně se však stává apatickým, utlumeným. Po čase se od matky odpoutá a je schopné přijmout náhradního pečovatele.

V *batolecím věku* jsou typické náhle vzniklé reaktivní poruchy jídla a spánku, častěji se vyskytuje autostimulační chování, ztráta zájmu o hru a mnohdy i zesílený negativismus při současném zesílení závislosti na matce s nárůstem separační úzkosti (Říčan, 1997).

Kadlecová (1983) popisuje klinický obraz deprese u *předškolních dětí*, u kterých se střídají fáze hyperaktivity a útlumu za přítomnosti široké škály somatických obtíží. Nejčastější jsou bolesti břicha a hlavy. Dále uvádí charakteristickou ztrátu zájmu o hru a radost z ní, častou izolaci od vrstevníků. Někdy přibývá denního snění a fantazie dítěte se pak vztahují k tématům bolesti, agrese a smrti, což se může projevit destruktivním a agresivním chováním a mimo jiné také ve výtvarném projevu.

Ve *školním věku* je celkově podle Říčana (1997) obvyklé nízké sebehodnocení, pocity viny a bezmoci, depresivní témata (úraz, ostuda, ztráta blízké osoby, odmítnutí druhým, kritika) převládají ve hře i fantazii. Prvním projevem bývá náhlé zhoršení školního výkonu vlivem nezájmu o učení, potížemi při soustředění. Kontakt se spolužáky bývá také narušen.

Kadlecová (1983) uvádí, že v *mladším školním věku* je charakteristický útlum a agrese se závažným narušením interpersonální komunikace, které okolí hodnotí jako **zlobení** (s tímto jsem se často setkal při skupině arteterapie – stížnosti ze strany pečujících osob).

Přítomno je také mnoho psychosomatických příznaků – bolesti hlavy a zad, žaludeční obtíže, poruchy spánku apod. Ve *starším školním věku* se pak obraz deprese začíná přibližovat mladistvému a dospělému věku. Je porušeno sebehodnocení, přítomny jsou **pocity viny**, kolísání nálad, suicidální jednání a myšlenky, hypochondrické tendence. Vliv má i pohlaví - u dívek převažuje pasivní utlumenost, u chlapců – spíše agresivní vydrážděnost s poruchami interpersonálních kontaktů.

Říčan (1997) sděluje, že v *pubertě a adolescenci* je jistá tendence ke kolísání nálad a drobným dysforickým rozladám normálním jevem. Důležité je odlišení patologické deprese, ke které jsou dospívající náchylnější a která sebou nese vysoké riziko sebevražedných sklonů v tomto věkovém období. Klinický obraz je analogický k depresi dospělých se zřetelnou poruchou nálady, sníženou energií, únavou a tendencí k izolaci. Typicky je nízké sebehodnocení, někdy se dospívající při útěku před pocity bezmoci a beznaděje uchylují k abúzu alkoholu a drog. U dívek se někdy objeví i promiskuitní sexuální chování. Varovným signálem mohou být také náhlé zhoršení ve škole, náhlé poruchy chování, některé somatické problémy.

Höschl, Říčan (1997) uvádějí, že deprese bývá nejčastěji dětskou reakcí na ztrátu blízké osoby a na jiná akutní a chronická traumata. Až u 40% dětí s poruchami učení se zjišťuje deprese, avšak právě u této skupiny dětí nebývá deprese včas rozpoznána rodiči ani školou, což sebou nese riziko suicidálního chování.

Můžeme si všimnout depresivních nálad u klientů, kdy tyto nálady mohou být subjektivně sdělovány (děti často říkají, že jim je smutno, cítí prázdnotu) nebo pozorovány (např. pláč). V arteterapeutické skupině jsme si mohli často všimnout nápadně sníženého zájmu a potěšení v téměř všech činnostech. Mezi příznaky dále patří i významný hmotnostní úbytek či přírůstek; nespavost nebo nadměrná spavost; psychomotorický útlum nebo neklid; únava a ztráta energie, pocity zbytečnosti; nadměrné nebo nepřiměřené pocity viny (mohou být i bludné); snížená schopnost myslet a soustředit se; nerozhodnost; vracející se myšlenky na smrt.

Celkově klinický obraz deprese obsahuje:

1. **psychické příznaky** – na prvním místě je dysforická nálada, která má vliv na celou psychiku nemocného, pacient je smutný, plačtivý, úzkostný, až apatický, ztratil schopnost radovat se, je pesimistický, bez sebedůvěry, je nerozhodný, náchylný k autoakuzaci, bez naděje v budoucnost, někdy s vyskytnou i depersonalizační pocity.

Při vrcholné úzkosti může dojít až k vystupňované formě melancholie, kdy se nemocný může dopustit agrese vůči sobě či druhým.

Jiným znakem je tichá a pomalá řeč. Velké změny se objevují i v oblasti kognitivní, kde je patrný útlum, pacient hůře chápe, pomalu si vybavuje, myšlení je jednotvárné /týká se hlavně vlastního utrpení/. Patická nálada někdy umožní vznik bludů – nejčastěji je blud autoakuzační (*sebeobviňování*). Někdy se objeví blud megalomaničtý /ahasverismus/, hypochondrický, nebo perzekuční. Přítomny mohou být také obsese a fobie. Velice často se vyskytují sebevražedné myšlenky a tendence, které nemocní často disimulují.

Rosenbaum a kol. (1996) sledoval *psychosociální odlišnosti* v závislosti na depresi a zjistil, že následující charakteristiky jsou na depresi:

a. *nezávislé* : nespokojenost v rodině, práci; vnímaná kontrola událostí - depresivní skupina častěji vypovídala o menší vlastní kontrole nad životními událostmi.

b. *závislé* : negativní očekávání nebo pesimismus, zapojení se v příjemných a nepříjemných událostech; frekvence sociálního kontaktu; nespokojenost se sebou, s přáteli, okolím; iracionální přesvědčení; pozitivní a negativní očekávání.

Tyto charakteristiky nebyly ovlivněny věkem, rodem ani depresivní historií jedince.

2. příznaky somatické a vegetativní – ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze, dyspeptické potíže, zácpa, poruchy spánku, sucho v ústech, úbytek sexuální apetence.

Zvolský (1997) vyčleňuje několik druhů depresivních syndromů:

- a) **anxiosní** - při kterém je přítomen strach či úzkost nemotivovaná a bez obsahu. Úzkost se často promítá do určité orgánové oblasti /např. hrdlo, hrudník, břicho/. Při úzkostném neklidu vždy hrozí raptus.
- b) **agitovaný** – úzkost se stupňuje v psychomotorickou agitovanost a hrozí raptus.
- c) **stuporosní** – v popředí jsou mikromanické bludy, někdy spolu s verbálně sluchovými halucinacemi.
- d) **vegetativní** – žádný depresivní syndrom není bez somatické a vegetativní symptomatiky. Někdy tato symptomatika překrývá depresivní náladu a pacient depresi vůbec neprožívá. Pro tyto projevy se vžil pojem *larvovaná deprese* a může se projevovat monosymptomaticky pod obrazem únavy, nespavosti, impotence, hypochondrie, depersonalizace, obsese, fobie, nebo častěji polysymptomaticky v podobě problémů v oblasti gastrointestinální, kardiovaskulární, urogenitální atd.

Tyto projevy mohou předcházet plnému rozvinutí deprese, nebo se mohou v somato – vegetativní podobě opakovat během života.

Toto dělení syndromů je rozdílné u různých autorů a vychází ze seskupení symptomů, jejich kvality a kvantity.

Vývojové hledisko deprese

Malá (1989) rozvádí tři základní perspektivy pohledu na dětskou depresi:

I. perspektiva věku – bylo zjištěno, že existují rozdíly ve výskytu depresivních poruch v závislosti na věku, pohlaví a také na změnách hormonálních, fyzických a psychických v období puberty. Dívky jsou depresivnější než chlapi právě po pubertě.

Ryan a kol.(v Malá, 1989) rozdělil symptomový profil dětí a adolescentů podle věku do 15 a nad 15 let. U dětí /do 15 let/ převládaly psychosomatické stížnosti, agitovanost, separační úzkost, fobie. U adolescentů to byla neschopnost těšit se z maličností, beznaděj, zoufalství. Obě skupiny měly společné *kognitivní zhoršení, změny apetitu, poruchy kontaktu.*

1) kognitivní zhoršení

1a) zhoršení procesů úsilí a námahy při získávání a zpracování informací,

1b) poměrně malé zhoršení automatických procesů, které jsou registrovány mimoděk,

1c) zhoršení krátkodobé i dlouhodobé paměti.

2) změny apetitu byly spojeny se změnami hmotnosti v závislosti na věku. Mladší děti více přibývaly na hmotnosti, kdežto adolescenti spíše váhu ztráceli a byli také více unavení a spaví.

3) poruchy kontaktu se u dětí projevovaly iritabilitou, u adolescentů disociabilitou.

S depresivními poruchami úzce souvisí suicidální chování. Podle Hillmana (1997) u dětí a adolescentů, kteří spáchali tentamen suicidií, byly vždy přítomny *beznaděj /při řešení stresové situace/ a impulzivita, iritabilita a často antisociální aktivita.*

II. perspektiva kontinuity a diskontinuity – u deprese se jedná o diskontinuitní proces. Většina dospělých depresivních nemocných nemá počátky v dětství, minimum případů dětské deprese pokračuje do dospělosti (Malá, 1989).

Na rozdíl od dospělých, kdy je deprese často spojena se suicidiem, je suicidium v adolescenci vázáno spíše na diagnózu schizofrenie než deprese. U většiny adolescentů hraje důležitou roli sociální kontext a v jeho rámci hlavně tzv. *kumulace ztrát* /především ztráta milované osoby, její lásky/, jejichž nahromadění může vést k suicidu (Hillman, 1997).

III. perspektiva hledání kauzálních mechanismů – u adolescentů s nedevariantním chováním byly nalezeny tři významné *ochranné faktory* (Malá, 1989): víra, úroveň vzdělání, harmonické rodinné prostředí /hlavně emoční vztahy v nukleární rodině/.

1.1 Deprese a depresivní symptomatika u dětí

Je velmi nepravděpodobné, že některá z poruch osobnosti by měla jednoduchou příčinu, ať výchovnou nebo biologickou. Pravděpodobnější je, že etiologie poruch osobnosti představuje komplexní kombinaci mezi temperamentem (genetickými a dalšími biologickými faktory) a charakterem (vývojovými faktory). I když stupeň toho, jak se které faktory uplatňují v etiologii, bude u různých poruch osobnosti různý, všechny tyto faktory jsou vždy důležité (Praško a kol., 2003).

Jak se dnes ukazuje, historie podceňovala či přezírala nejen úroveň dětského vývoje, ale i raných dětských zkušeností, či přesněji intenzity citových prožitků dítěte. Navíc existuje závažná otázka zda vede dětská deprese k depresi v dospělosti, nebo je pouze její predispozicí?

Mnoho výzkumného úsilí se zaměřilo na pochopení příčin deprese, zejména však u dospělých. Teprve nedávno se zájem soustředil na dětské pacienty. Oblasti výzkumu byly stejné jako při výzkumu dospělých – genetika, chemické procesy v mozku, osobnostní vývoj a významné životní události. Nic z toho však zcela nevysvětluje vznik deprese. Svou úlohu nepochybně hrají i tlaky prostředí a životní události (Höschl C., 1998). Děti jsou, snad ještě více než dospělí, citlivé na atmosféru a nároky ostatních. Když dítě žije v prostředí, které je chudé na podněty, kde nemá dostatek příležitostí ke hře, a rodina má omezené finanční možnosti, pak může dojít k oslabení pozitivního myšlení a dítě vstupuje do každého nového dne s očekáváním něčeho zlého (J. Elliott, M. Place, 1998).

Dítě a citový vývoj

Vývoj dítěte probíhá ve stádiích a zkušenosti z jednotlivých etap vývoje si dítě nese s sebou i do dalšího stadia. Rané životní zkušenosti se podílejí na rozvoji dovedností a dítě, které se úspěšně vypořádalo s obtížnými úkoly předešlých vývojových stadií, je dobře vybaveno pro zvládnutí dalšího stadia. Pokud se v určitém stadiu vyskytly nějaké problémy, může to potom vést k nedostatkům, které se projeví v budoucnu. Dítě je tak do dalšího vývojového stadia nedostatečně vybaveno k zvládnutí nových úkolů.

Wernerův ortogenetický princip vysvětluje, jak problémy v určitém věku mohou ovlivňovat život mnoho dalších let (Werner, v Elliot, Place, 1998).

Lidský citový život se podle mnoha autorů (např. Lane a kol., v Koukolník, Drtilová, 1996. Florian, 1996) vyvíjí ve stupních, podobně jako třeba vývoj poznávacích funkcí.

Drtilová a Koukolník (1994) popisují *pět stupňů citového vývoje*:

V *prvním stupni* novorozenec odpovídá na podněty automaticky, což se projevuje např. změnou hybnosti. Pravděpodobně si v tomto období neuvědomujeme svou odlišnost od okolí, zejména od matky.

Druhý vývojový stupeň se liší především tím, že dítě začne měnit svůj citový stav prostřednictvím vlastní aktivity nasměřované do okolí. Tato aktivita je zaměřena na dosažení co největšího blaha a snížení jakéhokoli pocitu nepříjemnosti. Tyto dva stupně trvají první rok života.

S prvními slůvky začíná *třetí stupeň*, ve kterém si dítě uvědomuje, jestli se cítí dobře, nebo zle, ale nezvládá dosud hloubku a rozsah svého citového prožívání. Paclt a Florian (1997) uvádí, že asi ve čtyřech letech věku už existuje shoda v tom, co u dítěte vyvolává čtyři základní emoce: štěstí, strach, smutek, hněv.

Podle Drtilové a Koukolíka (1994) se počátek školního věku vztahuje k začátku *čtvrtého stupně*, kdy si děti postupně uvědomují směsi pocitů. Jsou schopné takovou směs pocitů vytvořit, prožít a sdělit ji okolí. Začínají být schopné zvládat citové krajnosti. Poprvé se prožívání zaměřuje více do nitra jeho nositele než do okolí.

Pátý stupeň má počátek s nástupem puberty. Prohlubuje se schopnost vytvořit, prožít, sdělit emoční směs, dále schopnost pochopit pocity druhých lidí. Často už děti dokáží velice přesně pojmenovat své pocity, získat od nich odstup. Citové prožívání je v tomto období výrazně zaměřeno do nitra svého nositele.

Samozřejmě, že jde o zjednodušené schéma a citový vývoj pokračuje vlastně po celý život jedince.

1.2 Klasifikace deprese v MKN-10 a DSM-IV

V DSM-IV se objevuje nová porucha osobnosti: *depresivní porucha osobnosti*. Jako porucha osobnosti je chápán přetrvávající vzorec prožívání a chování, který se významně odlišuje od očekávání v kultuře, ve které jedinec žije, je rozsáhlý a nepružný, má počátek v adolescenci nebo raném dětství, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození.

Základním projevem jsou podle obou systémů depresivní epizody a pro diagnózu deprese stačí jediná zřetelně vyjádřená a časově ohraničená depresivní epizoda.

1.2.1 MKN-10

Podle MKN-10 představují poruchy osobnosti extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy s druhými. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologických projevů. Jsou často sdruženy s jistým stupněm subjektivní tísně a problémy v adaptivní společenské aktivitě a v dosahování žádoucích cílů.

Poruchy osobnosti se projevují charakteristickou a trvalou vnitřní strukturou a projevy chování jedince, které jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného chování dané společnosti (nebo od normy)

V ICD – 10 /MKN -10/ je *depresivní fáze* charakterizována skleslou náladou, snížením energie a aktivity. Je zhoršena schopnost radovat se, dochází k poklesu zájmů a ke zhoršení koncentrace. Obvyklá je značná unavitelnost i po nepatrné námaze. Praško a kol. (2003) uvádí, že pro diagnózu depresivní fáze by měla depresivní epizoda trvat alespoň 2 týdny. Jiné obvyklé příznaky pro všechny tři typy depresivní fáze /mírná, středně těžká a těžká/ jsou :

- a) zhoršené soustředění a pozornost,
- b) pocity viny a bezcennosti /i při atace mírného typu/,
- c) smutný a pesimistický pohled do budoucnosti,
- d) myšlenky na sebepoškození a sebevraždu,
- e) poruchy spánku,
- f) snížená chuť k jídlu.

Pro každý ze tří typů depresivní fáze se liší nejmenší nutný počet příznaků pro jeho diagnostikování.

Deprese patří v Mezinárodní klasifikaci nemocí /MKN-10/ do kapitoly „Poruchy nálady“ F30-F39/. Tato klasifikace je podrobnější než předešlá verze a stále vychází z členění na poruchy *bipolární a unipolární* a dále z toho, jaká je intenzita příznaků depresivních či manických, v jaké etapě se onemocnění nachází, jaké faktory specifikují současnou epizodu:

- a) míra závažnosti epizod poruch nálady – hypománie, mánie; mírná, středně těžká a těžká deprese
- b) přítomnost či nepřítomnost psychotických příznaků
- c) přítomnost či nepřítomnost somatického syndromu

Nakonec jsou přiřčeny poruchy nálady, které nesplňují přesně daná kritéria pro manické a depresivní stavy a které nebyly dříve řazeny k maniodepresivitě.

I když se *úzkost* často pojí s poruchami emotivity, jsou úzkostné poruchy klasifikovány jako zvláštní kategorie.

V současné klasifikaci se vlastně stále využívá konceptu endogenní a reaktivní deprese *skrze tzv. somatický syndrom*, ve kterém jsou zahrnuty znaky a příznaky, které odlišovaly tyto dva protipóly /v DSM-IV se nazývají „melancholické rysy“/ (Smolík, 1996)

Kapitola Poruchy nálady /afektivní poruchy/ v MKN-10 se dělí na tyto podskupiny:

- F30 Manická fáze
- F31 Bipolární afektivní porucha
- F32 Depresivní fáze
- F33 Periodická (rekurentní) depresivní porucha
- F34 Trvalé poruchy nálady
- F 38 Jiné poruchy nálady
- F39 Nespecifikované poruchy nálady

Základem těchto poruch je změna nálady směrem k *depresi* nebo k *elaci*. Většina poruch má tendenci k periodickému opakování a začátek jednotlivých fází se často váže ke stresovým událostem, situacím. Tato část klasifikace se týká všech věkových kategorií. *Manická fáze* a *těžká depresivní fáze* tvoří dva póly afektivních poruch.

Nejvýznamnějším onemocněním z poruch nálady je tzv. velká deprese, která se střídá s maníí a označuje se jako *Bipolární afektivní porucha* /maniodepresivita/. Při současném výskytu psychotických symptomů se označuje jako *maniodepresivní psychóza* (Höschl, 1997).

Pro děti je specificky vyhrazena část F90 – F98 „Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci“. Zde můžeme, pod souhrnným názvem „Smíšené poruchy chování a emocí“ /F92/, diagnostikovat Depresivní poruchu chování F92.0, jestliže je přítomna porucha chování spolu s depresivní náladou.

Dále v MKN-10 najdeme i jiné diagnózy s depresí, diagnostikovatelné u dětí:

F06.31 Organická bipolární porucha,

F06.32 Organická depresivní porucha,

F1x.54 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, psychotická porucha s převahou depresivních příznaků,

F20.4 Poschizofrenní deprese,

F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ,

F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha,

F43.20 Porucha přizpůsobení – Krátkodobá depresivní reakce,

F43.21 Porucha přizpůsobení – Protrahovaná depresivní reakce,

F43.22 Porucha přizpůsobení – Smíšená úzkostná a depresivní reakce.

1.2.2 DSM-IV

Podle kritérií v **DSM-IV** je *Velká depresivní epizoda* definována jako syndrom, kde alespoň pět z následujících symptomů musí být přítomno po dobu čtrnácti dnů :

- 1) depresivní nebo iritabilní nálada,
- 2) zmenšený zájem nebo ztráta potěšení téměř ze všech aktivit,
- 3) problémy se spánkem,
- 4) změna tělesné váhy nebo poruchy apetitu,
- 5) snížená koncentrace nebo nerozhodnost,
- 6) myšlenky na sebevraždu nebo o smrti,
- 7) psychomotorická agitace nebo retardace,
- 8) nedostatek nebo ztráta energie,
- 9) pocity vlastní bezcennosti nebo nepatřičné viny.

Jedním ze symptomů musí být snížený zájem-potěšení nebo depresivní nálada. Symptomy musí způsobit závažný distres nebo narušení fungování jedince v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.

V americké klasifikaci DSM-IV jsou poruchy nálad uspořádány odlišně od MKN-10, i když základní východiska jsou pro oba systémy shodné. Přehled podle Smolík (1996), Keller a kol. (1996):

1. Epizody poruchy nálady

Velká depresivní epizoda

Manická epizoda

Smíšená epizoda

Hypomanická epizoda

2. Depresivní poruchy

Velká depresivní porucha

Dystymní porucha

Depresivní porucha, blíže nespecifikovaná

3. Bipolární poruchy

Bipolární porucha I

Bipolární porucha II

Cyklotymní porucha

Bipolární porucha, blíže nespecifikovaná

4. Jiné poruchy nálady

Poruchy nálady způsobené ... (uvádí se somatické onemocnění)

Poruchy nálady způsobené substancemi

Poruchy nálady blíže nespecifikované

Dále manuál uvádí specifikující charakteristiky :

Manická a depresivní epizoda – lehká, středně těžká, těžká bez psychotických rysů, těžká s psychotickými rysy /náladě odpovídající, či neodpovídající/, v částečné remisi, v plné remisi;

Průběh specifikující charakteristiky – chronický, s rychlými cykly, se sezónními rysy, se začátkem po porodu;

Symptomové rysy – melancholické, atypické, katatonní

Pro oba manuály jsou tedy společné následující charakteristiky, které dále specifikují depresivní epizody (Smolík, 1996):

- a) míra závažnosti;
- b) přítomnost, nepřítomnost somatického syndromu;
- c) přítomnost, nebo nepřítomnost psychotických příznaků, které odpovídají, nebo neodpovídají náladě

DSM-IV uvádí navíc: 1) chronicita; 2) katatonní rysy; 3) atypické rysy; 4) začátek po porodu.

2. Teorie vzniku deprese u dětí

V minulosti se výzkum pátrající po příčinách deprese zaměřoval zejména na dospělé pacienty a až v poslední době se zájem soustředil na pacienty dětské. Oblasti výzkumu byly stejné jako při výzkumu dospělých – genetika, chemické procesy v mozku, osobnostní vývoj a významné životní události. Nic z toho však zcela nevysvětluje vznik deprese. Svou úlohu nepochybně hrají i tlaky okolního prostředí a životní události Kendler (v Praško, 2003)

Pokud se zabýváme genetickými aspekty, je třeba odlišit pacienty s bipolární nebo těžkou depresivní fází, protože dědičnost nemoci této skupiny se odhaduje kolem 80%. To kontrastuje s mírnějšími formami poruchy (*kteří tvoří převážnou většinu případů*), kde je vliv dědičnosti odhadován mezi 10 a 50 % (McGuffin a Katz, 1989) Ve skutečnosti jsou důkazy pro významný genetický vliv na tyto mírné depresivní poruchy jen slabé a je pravděpodobné, že v těchto případech má především vliv rodinné prostředí (Radke-Yarrow, 1992). Obecně platí, že pokud onemocnění začne před pubertou nebo má závažný průběh, pak se zde velmi pravděpodobně uplatňuje genetický vliv (Strober, 1992).

Jednou z nejdéle uznávaných teorií o kauzalitě deprese je aminová hypotéza Deakin a Crow (v Höschl, 1997), kteří vidí příčinu deprese v chybném fungování chemických transmiterů, monoaminů, v mozku. Má se zato, že při jejich nedostatku vzniká deprese. Důkaz pro to vychází ze skutečnosti, že pokud jsou podávány léky, o nichž je známo, že snižují hladinu aminů, pak dochází k depresi a naopak – mnoho léků, které se používají ke zmírnění

deprese, zvyšuje úroveň těchto chemických látek v mozku. Mladí lidé s depresí však nereagují na tyto léky stejně pozitivně jako dospělí. Tato skutečnost nebyla doposud objasněna.

Vedle zájmu o biochemické souvislosti choroby je potřeba se zaměřit na to, jaký vliv mohou mít otázky prostředí, stres, životní události a podobné faktory na vznik depresivního onemocnění.. Skutečnost, že u každé následující generace se zvyšuje prevalence deprese a snižuje věk nástupu onemocnění Weisman (v Praško, 2003), podpořila názor, že životní události hrají při vzniku deprese významnou úlohu.

Jedním faktem, který vedl k mnoha spekulacím, jsou změny prevalence této nemoci u mužů a žen v průběhu času. Četnost výskytu deprese u dospělých žen je asi dvakrát vyšší než u mužů, i když se tento rozdíl s postupem času zmenšuje. **U dětí mladších dvanácti let se však deprese vyskytuje častěji u chlapců.** To znamená, že v určitém období se poměr výskytu deprese mezi muži a ženami změní. Na počátku dospívání je u dívek větší pravděpodobnost vzniku depresivního onemocnění a k převrácení poměru výskytu dochází uprostřed období dospívání . Otázkou je, zda je možné to vysvětlit? Ukazatelem mohou být, podle Elliota a Place (1998), způsoby, jakými se každý rod vypořádává se stresem spojenými s dospíváním. Chlapci mají tendenci emoce *externalizovat* – shromažďují se do skupin a mají rádi akce, např. hrají fotbal, ale mohou provozovat i mnohem riskantnější aktivity, jako je například jízda kradeným autem

Děvčata se většinou vypořádávají s problémy prostřednictvím *internalizace* emocí – důvěrně a upřímně si povídají s blízkými přítelkyněmi, a zřejmě právě toto „analyzování“ emocí se stane mechanismem, který v pozdějším věku ženy používají k řešení závažných problémů.

Jedním z důležitých faktorů je rodina. Bylo prokázáno, že těžké psychiatrické onemocnění rodičů zvyšuje riziko závažnějšího onemocnění dítěte (Elliot, Place, 1998). Navíc jiné studie prokázaly souvislost mezi manželskými neshodami, rozvodem a vznikem depresivních symptomů u dětí. Obtížnější je ale vysvětlit, proč děti rodičů s klinickou depresí častěji trpí těžkou depresivní fází než jejich vrstevníci Weissman (v Praško, 2003). Roli zde mohou hrát genetické vlivy, ale stejně tak to může být soužití se depresivním rodičem a rodinné prostředí, které takové onemocnění způsobuje.

2.1 Rizikové faktory vzniku depresivní symptomatiky

Existuje mnoho faktorů, které na dítě působí a ovlivňují jeho chování. Jedním z prvních je genetická výbava, kterou dítě zdědilo po rodičích. Spousta studií, mezi nimi i studie *dvojčat*, postupně podpořily názor, že genetické vlivy se často podílejí na vzniku emočních poruch a problémů s chováním, s nimiž se u dětí setkáváme (Elliot, Place, 1998). S genetickými vlivy souvisí též tělesná stavba a především komplex chemických struktur, které řídí všechny naše tělesné systémy a ovlivňují emoce a chování (Höschl, 1999). Praxe v průběhu let ukázala, že určité poruchy (zvláště deprese, úzkost a poruchy příjmu potravy) jsou častěji pozorovány u žen, zatímco jiné (jako alkoholismus, agresivita a sebevražedné jednání) jsou častěji pozorovány u mužů. Nové cesty možného léčení deprese by mohl odhalit výzkum chemické látky serotonin, která může hrát v mozku významnou úlohu při vzniku či přetrvávání uvedených poruch Steiner (v Höschl, 1997).

Dalším klíčovým faktorem je temperament dítěte. Některé děti reagují na nepříznivé zážitky klidně, zatímco jiné neustále bojují. Tyto rysy jsou velice zajímavé, pokud žádný z rodičů takové vlastnosti nemá. To rodiče často zneklidňuje, protože se tím jejich dítě v rodině vymyká (jejich vzorcům, nastavení vlastních norem apod.).

Třetím významným faktorem je osobní historie. V osobní historii dítěte jsou často nalézány významné okamžiky a témata, které nepochybně měly silný vliv na formování současného způsobu chování. Smrt rodiče, vážná nemoc sourozence, pohlavní zneužívání nebo zanedbávání rodiči, to vše jsou velmi mocní činitelé podněcující specifický druh chování a emoční reakce, které se tak mohou stát běžnou reakcí dítěte.

Žádná z poruch osobnosti nemá jednoduchou příčinu vzniku. Jde spíše o multifaktoriální biologické determinanty jako: *genetické vlivy; perinatální poškození, záněty mozku apod.* a vlivy z okolního prostředí, kde nás především zajímá rodinné prostředí (dále sociální a kulturní vlivy, psychotraumatické životní události apod.) Predispozice ke vzniku poruchy osobnosti je dána pravděpodobně geneticky, může však také souviset s prenatálním obdobím vývoje dítěte, kdy vlivy z vnitřního prostředí plodu, ale i zevní zátěžové faktory působící na matku (stres, onemocnění apod.) mohou ovlivnit vývoj mozku dítěte. Podobně mohou mít vliv i drobná mozková poranění během porodu. Rodinné prostředí v raném dětství hraje významnou roli při formování postojů dítěte. Psychosociální vlivy – neúplnost rodiny; konfliktní a emočně vypjaté rodinné prostředí; příliš trestající, restriktivní nebo tvrdá výchova (hodně se odráží ve výtvarné tvorbě), na druhé straně i přílišné rozmazlování – to vše má velmi výrazný vliv na rozvoj dispozic k porušení osobnosti. V dalším vývoji se k těmto

vlivům přiřazuje vliv školy, vrstevníků (chlapecké a dívčí party) a také kulturní vlivy, které mají akcelerující vliv (děti ve skupině neustále hovoří o násilí v televizi - zprávách, ve filmech, předhánějí se ve zkušenostech s počítačovými hrami apod.).

2.1.1 Charakteristiky dítěte

Praško a kol. (2003) uvádí, že moderní výzkumná i klinická zkušenost ukazují, že jak osobnosti, tak jejím poruchám lze nejlépe porozumět jako interakci temperamentu a charakteru.

Zajímavá je otázka *premorbidní osobnosti* dítěte, kterou se zabýval např. Berney a kol. (1991). Depresivní děti se lišily od nedepresivních /jinak narušených/ především častější přítomností obsesivních rysů v osobnosti, zvláště u dětí s tzv. endogenní depresí /tento termín se již dnes nepoužívá/. Častější přítomnost obsesivních rysů v osobnosti depresivních pacientů potvrzují např. Alnaes a Torgersen (1989, 1990), kteří vycházejí z údajů o dětství dospělých pacientů s poruchou nálady a uvádí poruchy osobnosti spojené s poruchami nálad – *závislá, anxiousní /vyhýbavá/, pasivně agresivní a hraniční osobnost*.

Významným faktorem je **temperament** dítěte, především tzv. „problémové dítě“.

Mezi temperamentové rysy, které jsou podle Praška a kol. (2003) přinejmenším mírně dědičné, patří především **vzrušivost, nesmělost, úroveň aktivity, útlum v chování, senzibilita, vyjadřování negativních emocí**. Všechny tyto rysy jsou často součástí klinické symptomatologie depresivního jedince.

Stejně jako nesmělost, tak i úzkost a nadměrně vysoká sebekritičnost se pojí s pozdější depresí. Praško (2003) doplňuje, že temperament ovlivňuje vztahy dětí k okolí a je základem pozdější osobnosti a dále, že faktory výchovy, zvláště kvalita vazby s matkou v časném dětství, ale i další interakce s prostředím, mohou formovat, popřípadě měnit řadu projevů temperamentu.

Mnoho studií o vlivu **pohlaví** potvrzuje (např. Höschl, 1997; Magnussen, 1991), že dívky jsou depresivnější než chlapci, což se však projeví až v období adolescence. Poměr četnosti deprese u chlapců a u dívek se udává 1:2 (např. Höschl, 1997).

Podle Schraggeové (1993) je zajímavé, že se větší náchylnost žen k depresi projevuje jen v určitých kulturních podmínkách. Schraggeová (1993) uvádí nápadný rozdíl mezi západní kulturou, která má silnější tendenci internalizovat zkušenost, a ekonomicky zaostalými společnostmi, kde jsou běžnější somatické projevy deprese.

Podle studií Floriana (1996) **dívky, které byly později depresivní, byly popisovány jako nadměrně socializované, trestající samy sebe, nadměrně se kontrolující, nesmělé a vyhledávající samotu.** Chlapci měli pomíjivější vztahy s vrstevníky a snažili se „roztahovat“ hranice různých limitů. V rané adolescenci byli negativističtější, citliví na kritiku a méně důvěřiví.

Vyšší IQ u dívek znamenalo vyšší riziko pro depresi, zatímco depresivní chlapci měli IQ nižší (Florian, 1996).

Věk – obecně je období nástupu puberty jakýmsi kritickým obdobím pro začátek vyššího výskytu deprese v dětské populaci. S nástupem puberty se navíc „obraz“ dětské deprese přibližuje depresím u dospělých. Raný počátek choroby /do 20 let/ je spojen s dvojnásobně vyšším rizikem afektivní poruchy u příbuzných tohoto jedince, ve srovnání s pozdějším nástupem choroby (Höschl, 1997).

Kovacová a kol. (1984) zjistila ve své longitudinální studii, že čím dříve dojde k nástupu velké depresivní poruchy a dystymie u dítěte, tím déle trvá a naopak, čím je dítě starší, když se poprvé objeví depresivní onemocnění, tím kratší je doba zotavení se.

Studie Lewinsohn a kol. (1994), která sledovala věk dítěte při nástupu velké depresivní poruchy přináší sedm charakteristik významně spojených s časným věkem nástupu onemocnění: **1) ženský rod; 2) nižší vzdělání rodičů; 3) komorbidita – dystymie; 4) úzkostné poruchy; 5) poruchy chování; 6) abúzus návykových látek; 7) pokus o suicidium v anamnéze.**

Magnussen (1991) uvádí charakteristiky depresivních dětí, ve kterých se významně odlišovaly od nedeprativního psychiatrického souboru dětí:

- 1) **ženský rod;**
- 2) **úzkost**
- 3) **hyperaktivita** – nedeprativní děti byly podle předpokladu více hyperaktivní;
- 4) **neadekvátní sebepojetí**
- 5) **kognitivní dysfunkce** – nedeprativní děti měly více tzv. kognitivních problémů, jako je hyperaktivita a nesoustředěnost;
- 6) **školní neúspěchy** – u depresivních dětí byla tendence mít více takových problémů, jako je hláskování slov, problémy v matematice;
- 7) **jiné školní problémy** – depresivní děti měly méně problémů s chováním ve třídě;
- 8) **problémové vztahy rodiče – dítě** – u depresivních dětí shledána tendence k větší četnosti problémů, jako: **a.** konflikt ve vztahu otec – dítě; **b.** závislost mezi matkou a

- dítětem; **c.** jeden nebo více chronických problémů – stažení se. vzdorovitost; **d.** závažnost problémů, které naruší budoucí fungování vztahu rodič – dítě;
- 9) psychofyziologické problémy** – celkově nebyl rozdíl významný;

10) motivace – depresivní děti byly méně motivovány a s menší mírou se aktivně zapojovaly v jednotlivých sezeních.

Komorbidity je také důležitou součástí charakteristiky dítěte. Paclt a Florian (1997) uvádí, že nejčastěji bývá zároveň s depresí přítomna *úzkost* /více než 40% případů/, o něco méně se spolu vyskytuje *porucha chování*. Autoři obě poruchy chápou rovněž jako rizikové faktory pro depresi. Florian (1996) dále uvádí, že ryze depresivní děti jsou predisponovány k depresi v dospělosti, zatímco komorbidity deprese a poruchy chování směřuje v dospělosti k alkoholismu a kriminalitě.

Deprese navíc, jak poznamenává Vinař (1996), výrazně zhoršuje prognózu tělesného onemocnění a zvyšuje jeho mortalitu, neboť bývá spojena se snížením imunitních funkcí.

2.1.2 Charakteristika rodičů a rodinného prostředí

Charakter (povaha) je získaná složka osobnosti, která vzniká psychosociálním učením během raného vývoje Praško a kol. (2003). Rozvíjí se působením vnějších vlivů, především blízkých mezilidských vztahů.

Fenoménem, který může výskyt obtíží ovlivňovat, je rodinná atmosféra. Protože jsme vlastně společenští tvorové, cítíme se nejlépe jako součást skupiny, která nás přijímá, respektuje a chce. Jak jsem se přesvědčil děti často reagují na jemné změny atmosféry a často dělají něco kvůli tomu, že v prostředí, ve kterém žijí, je to vnímáno jako správné, ačkoli by to jinak sami neudělaly. Děti se tedy dají ovlivnit míněním skupiny, hledají teprve své hranice, vymezují se vůči okolí. V dospělosti by jim to potom mělo umožnit odolávat vlivům a očekáváním ostatních. Chování mladých lidí je tedy možné ovlivnit prostřednictvím vztahů uvnitř rodiny a způsobem, kterým jsou tyto vztahy vyjádřeny (Elliot, Place, 1998).

Děti ve skupině často tvrdily, že se při hádce rodičů stávaly spojencem jednoho z nich, ale pokud byly zataženy do konfliktu mezi rodiče, měly potíže se vypořádat se zmatkem uvnitř sebe. Neuměly své reakce v tomto případě popsat, shodli jsme se nakonec, že se se zmatkem

v pocitech vypořádaly nějakým „vyzývavým“, resp. „zoufalým“ jednáním (rozbití věci, silný křik, vyhrožování útekem apod.).

Pokud jsme brali v potaz rodinné prostředí a atmosféru, musíme také přihlédnout k vlivu skupiny vrstevníků a subkultury, ve které mladí lidé žijí. Potřebu přizpůsobit se přáním a plánům lidí, kteří jsou pro ně vzorem, mají všichni (prošel jsem si tím i já), ale v různých fázích života se jejich vzory mění. V dětství mají toto postavení rodiče, ale v období dospívání se stává vlivnější skupina vrstevníků. U dětí v naší skupině (jsou to děti bez přímé výchovy rodičů, žijící převážně v dětských domovech) se vyskytují „náhradní“ vzory, především hrdinové z různých animovaných filmů – *u menších*, a hrdinové převážně akčních filmů – *u starších dětí*. Tyto děti se často účastní delikventního chování, aby si získaly místo v určitých skupinách vrstevníků (kteří pro ně mohou být také vzory). Obávají se kritiky a posměšků (tyto negativní výroky mohou vést k negativnímu sebepojetí jedince).

Jedním z nejzávažnějších faktorů je depresivita rodičů dítěte. Höschl (1997) uvádí, že děti takových rodičů jsou vystaveny šestinasobnému riziku vzniku deprese oproti zdravé populaci. Riziko je ještě vyšší, když deprese trpí oba rodiče. Obzvláště trpí-li matka deprese, bývají u dítěte rozsáhlé emocionální poruchy.

Zajímavé je zjištění, které dále uvádějí, že rodiče depresivních dětí spolu s rodiči dětí, které trpí jinou psychickou poruchou, vykazují zvýšenou míru depresivity. Což podle nich svědčí o důležitosti vlivu prostředí.

Höschl (1999) uvádí, že je-li jeden z rodičů postižen bipolárním onemocněním (střídání deprese a mánie) je u dítěte asi 25% pravděpodobnost výskytu. Jsou-li postiženi oba rodiče je pravděpodobnost mnohem vyšší a to 50-70%.

Studie o genetickém vlivu a vlivu prostředí na depresivní symptomatologii v adolescenci Rende (v Höschl, 1997) zjistila mírný genetický vliv na celou šíři individuálních rozdílů v depresivní symptomatice; naproti tomu extrémní skóry /v CDI/ byly významně ovlivněny vlivy prostředí, ale genetický vliv byl nevýznamný.

Velmi důležitou je kvalita přichylnosti, náklonnosti mezi dítětem a primárním pečovatelem. Kvalita *náklonnosti* má tři základní dimenze (Paclt, Florian, 1997): *stupeň vzájemné důvěry, kvalita komunikace a míra hněvu a odcizení*. Náklonnost souvisí s emoční regulací, a ta s dovednostmi vyrovnat se s problémem či zvládnout obtížnou životní situaci.

Nedobrá náklonnost podle (Kobak, Seery, 1988; v Paclt, Florian, 1997) vede u dětí k osamělosti, hostilitě vůči vrstevníkům, úzkosti a sebepodceňování; tyto děti ovšem hodnotily sebe sama jako kompetentní a odolné vůči stresu. Snížený pocit bezpečí a

sounáležitosti ve vztahu k rodičům odlišil podle těchto autorů depresivní dospívající od dospívajících s jinou psychickou poruchou.

Za klíčovou a naprosto základní považují Elliot a Place (1998) sepiatost tří činitelů: **1) vzájemná náklonnost a něha v rodině dítěte; 2) emoční seberegulace; 3) schopnost řešit problémy v životě.**

Magnussen (1991) zjistil jisté rozdíly v rodičovských charakteristikách při porovnání rodičů depresivních dětí s rodiči psychiatrických dětí, které však depresí netrpí. Rodiče depresivních dětí měli silnější sklon *zasahovat* do života dítěte, *ochraňovat ho* a měli tendenci „*podkopávat*“ proces učení dítěte - např. tak, že matky tolerovaly nebo podporovaly absence dítěte ze školní výuky. Častější byly komunikační problémy v rodině depresivního dítěte a rodiče těchto dětí byli méně citliví při vnímání pocitů vlastních potomků.

Děti vnímaný *nedostatek podpory* ze strany rodičů významně souvisel s vyšší depresivní symptomatikou u 5531 chlapců a dívek z Kalifornie ve studii Patten a kol. (1997). Zvláště dívky žijící pouze s otcem, kterého vnímaly jako málo podporujícího, byly v této studii zranitelnější ve smyslu depresivní symptomatiky.

Můžeme obecně shrnout, že stejně jako pro ostatní poruchy i pro vznik deprese u dítěte je rizikovým faktorem především disfunkční rodina.

2.1.3 Vliv prostředí a jiné

Vliv prostředí – podle Elliot a Place (1998) je u dětí a dospívajících vystavených nežádoucím událostem vyšší riziko deprese a jiných psychopatologií. Ve školním věku může úmrtí blízké osoby předznamenat depresi. V tomto věku dle studie Berney a kol. (1991) zažilo úmrtí blízké osoby na 60% depresivních dětí, v porovnání se 40% dětí nedepresivních, ale s jinými psychiatrickými syndromy. Většinou se jednalo o úmrtí prarodiče.

Schraggerová (1996) ve svém výzkumu dospěla k závěru, že při patologické poruše nálady souvisí velikost deprese spíše s nedostatkem radostných událostí. Avšak u běžné populace zjistila pozitivní vztah mezi množstvím neradostných událostí a velikostí deprese. Zdůrazňuje, že přínosnější je nezkoumat množství událostí, ale zaměřit se na proces jejich vlivu, tzn. jak je taková událost anticipována, jak probíhá, jaké má důsledky pro jednotlivce, který má určitou sociální podporu, osobnostní faktory a je specificky zranitelný, křehký.

Praško a kol. (2003) připomíná, že běžně můžeme u dětí s poruchou nálady nalézt **nekvalitní vztahy** s rodiči, sourozenci a vrstevníky.

Berney a kol. (1991) ve své studii zaznamenal vztah **abnormálního porodu** k vyššímu výskytu dětské deprese.

2.2 Ochranné faktory a odolné děti

Elliott a Place (1998) uvádí, že když víme, že existuje možnost předvídat četnost budoucích problémů u rizikových skupin, je přirozené, že se ptáme, co se dělá pro to, aby se zabránilo vzniku těchto závažných psychických obtíží u mladých lidí. Některé práce u dospělých zkoumaly, zda dlouhodobé užívání antidepresiv může zabránit relapsu. Výsledky studií ukazují, že dlouhodobá léčba snižuje pravděpodobnost relapsu, ale nezabrání možnosti návratu některých příznaků (Paykel, 1993). Neexistuje žádný důkaz o tom, že by medikamentózní léčba byla účinná u dětí a mladých lidí. Ani nic nenasvědčuje tomu, že by dlouhodobé užívání léků snižovalo pravděpodobnost relapsu.

U mladých lidí se osvědčuje kognitivní terapie, která mimo jiné snižuje pravděpodobnost návratu deprese. Tento terapeutický přístup lze kombinovat s faktory, které působí jako prevence relapsu.: podpora mimoškolní činnosti; pomoc při budování dobrých vztahů v rodině a s přáteli; naučit klienta zvládat nepříznivé situace. Tato opatření posílí sebeocení, a tím zmenší pravděpodobnost vzniku dalších problémů.

Jak se dalo předpokládat, bylo též prokázáno, že pozitivní emoční atmosféra doma a rodičovská podpora jsou v prevenci duševní nemoci mnohem důležitější než pouhé vnější zdání fungující rodiny (Garrison a kol., 1997). Práce s rodinou se v těchto případech musí zaměřit na posílení autentického emočního ovzduší a na poskytnutí hmatatelné podpory.

Koukolík a Drtilová (1996) uvádí, že větší počet současně působících rizikových vlivů nemusí automaticky vést k poškození vývoje jedince. Některé děti jsou vůči takovým vlivům odolné, a to na základě jejich vrozených vlastností a vlivů z jejich prostředí.

Vlivů, které zvyšují odolnost, je podle těchto autorů nejméně 23, z toho 11 v dětech samotných /tedy do jisté míry dědičných/, 12 je jich v prostředí.

Ty nejúčinnější v dětech samotných jsou: **schopnost úspěšně se vyrovnat s tlakem okolního světa** /např. schopnost získat a udržet si řadu přátel/; **autonomie**; **schopnost dobře spolupracovat a navazovat pozitivní vztahy s učiteli a dospělými**; **vědomí**

vlastní hodnoty a dobrý intelekt; dobrá kontrola vlastních vznětů; vrozená energie (Koukolník, Drtinová, 1996).

Z vlivů prostředí je to především **věkové pořadí** sourozenců. Nejodolnější jsou podle těchto autorů nejstarší a prvorozené děti, dobré je, jde-li o jedináčka, či o počet čtyř a méně dětí, mezi nimiž je věkový rozestup alespoň dvou let.

Odolnost podle nich zvyšuje také zaměstnání matky mimo domácnost.

Dalším pozitivně působícím faktorem je hluboký a trvalý citový vztah alespoň k jednomu z rodičů nebo k jiným dospělým v rodině, případně k dalším dospělým v okolí. Důležitá jsou jasná a pevná pravidla v životě rodiny a společně sdílené hodnoty. Nejméně významným zevním vlivem ve vztahu k odolnosti dítěte jsou zásahy všech institucí zdravotnických, sociálních či církevních.

2.3 Interakce rizikových a ochranných faktorů

Jak uvádí Yalom (1999), různé druhy terapie zdůrazňují různé kombinace terapeutických faktorů. Klienti se hodně liší v mnoha rysech, jako je síla ega, motivace, cíle a typ a závažnost psychopatologie. Podle toho si také volí a hodnotí jednotlivé aspekty terapeutického procesu. Pro většinu klientů je velmi důležité dodávání naděje, jelikož jsou často velmi demoralizováni svou nastalou životní situací a dokud pacient nezíská potřebnou naději a motivaci k tomu, aby se zapojil do terapie, nemůže dojít k žádnému pokroku.

Při vytváření terapeutických skupin v jakémkoli zařízení, je nutné zvážit vhodné cíle a terapeutické faktory, které by této skupině mohly nejspíše pomoci. Je třeba věnovat pozornost tomu, aby se vazba pacient – terapeut příliš nelišila v hodnocení terapeutických faktorů, protože pokud je tento rozdíl příliš velký, může být terapeutický proces narušen (nastane v situaci když terapeut zdůrazňuje faktory, které nejsou v souladu s potřebami a možnostmi členů skupiny). Vneseme tak mezi pacienty zmatek, mohou začít klást odpor, ale tuto situaci nemusí „ustát“ ani terapeut.

Formulace cílů:

Yalom (1999) dále uvádí, že každý terapeut by měl mít jasný přehled faktů, které patří ke klinické situaci – počet členů skupiny, délka terapie, délka a četnost skupinových setkání, druh a závažnost patologie, možnost koterapeuta. Dalším krokem by mělo být vytvoření rozumného souboru klinických cílů, které pomohou poskytnout úlevu od symptomů a také změnit strukturu charakteru. Důležité je také získat pacienta jako plnoprávného spolupracovníka při léčbě. Pro usnadnění spolupráce je potřeba jasně vyjádřit cíle a způsob

práce skupiny a objasnit členům, jak jim způsob práce v terapeutické skupině pomůže dosáhnout těchto cílů.

Skupina by měla představovat úspěšnou zkušenost (do skupiny přicházejí s pocitem zklamání, neúspěchu, oslabené morálky) a poslední, co potřebují je další neúspěch.

Grant (1996) nabízí tři možné vysvětlující modely:

1. kompensační model

Stresové události, rizika a zranitelnost se sčítají. Jde pak spíše o nahromadění rizikových faktorů než o vliv jakéhokoli jednotlivého faktoru. Působení rizikových faktorů se synergicky zvyšuje v negativním rodinném prostředí nebo během životních stresových událostí.

2. model „výzvy na souboj“

Popisuje vztah stresu, který posiluje u dítěte kompetenci, dokud není stresová událost příliš náročná na psychiku dítěte. Model byl také spojen se slovy jako „naočkování“, „zocelení“.

3. model „ochrany“

Předpokládá, že protektivní faktory mění dopad nebo chrání před působením stresoru.

Záleží také na osobnosti dítěte, jeho životním prostředí, vývojovém stupni, ve kterém se nachází apod.

3. Diagnostika deprese u dětí

Klinický obraz deprese je variabilní, porucha nálady nemusí být patrná a symptomy jsou většinou nespecifické, což diagnostiku značně ztěžuje. Důležité je podle Liebmann (2005) kvalitní pozorování hry a neverbálních projevů dítěte a zapojení projektivních technik, v nichž se mohou objevit témata nedostatečné péče, zanedbání, studu, kritiky, bolesti, smrti a suicidální myšlenky. Tato témata se objevují také v rozhovoru. Úroveň výkonu je obvykle snížena, chybí radost ze hry a tvůrčí činnost. V kresbě je významnější obsahová stránka, formálně bývají kresby depresivních dětí malé, směřující dolů a častěji jsou umístěny vlevo dole. Přínosná jsou sdělení rodičů a školy, avšak dospělý často symptomy deprese u dítěte nezaznamenají. Oproti tomu jsou spolehlivá hodnocení ze stran vrstevníků.

3.1 Projektivní metody

Z projektivních technik jsou u nás využívány především Rorschachovy tabule /ROR/. Podle Říčana (1997) je vhodné pro děti do 6 let používat upravené instrukce a této metody lze pak použít již od 3 – 4 let. Již v předškolním věku lze v odpovědích zachytit úzkosti a strach dítěte – „strašidla“ a „bubáci“, „čerti“, ale i „vosy“, „pavouci“ atd. Takovéto odpovědi vypovídají o tendencích k úzkosti a fobiím.

Celkově podle Říčana (1997) ROR citlivě rozpozná ze skupiny emocionálních poruch: *syndrom anxiousní, depresivní a citovou deprivaci*. Pro depresivní syndrom svědčí: malý počet odpovědí, absence barev i pohybů, defektní /např. rozbité věci/ nebo dysforicky pojaté obsahy a někdy prodloužený reakční čas.

Kresba lidské postavy podle Davido (1998) je oblíbeným nástrojem pro vytváření předběžných hypotéz o zkoumané osobě. Davido (1998) dále uvádí některá kritéria z nichž jsou ve vztahu k depresivitě nejvýznamnější:

1. *velikost postavy* – velmi malé postavy kreslí děti úzkostné, s pocity nejistoty a nedostačivosti, s neurotickými rysy. Obecně je nápadnost ve velikosti postavy signálem potíží v sebepojetí a ve vztazích k životnímu prostředí dítěte.
2. *umístění postavy* – malá postava nakreslená v rohu může znamenat citovou nevyrovnanost, potíže se sebehodnocením a skutečné či hrozící adaptační problémy.
3. *kvalita čar* – slabé, nejisté, črtané či přerušované čáry, stínování, začernění, nápadně mnoho oprav a škrtání nebo gumování svědčí pro *úzkost, depresi*. Obrysové čáry mohou odrážet velikost psychické bariéry mezi dítětem a prostředím.

Během arteterapeutické práce jsme si všimli, že **ve volné kresbě převládá výběr černých barev a témat prázdnoty nebo smutku.**

Pro diagnostiku dětí a dospělých je rozšířen *Tematicko apercepční test /TAT/*. Podle Říčana (1997) je možné jej omezeně, tzn. při vhodném výběru obrázků podle Bellaka z roku 1971, použít už ve věku 7 – 11 let. Vlastní metoda spočívá ve vyprávění příběhů k předkládaným obrázkům se scénami z lidského života. Existuje mnoho způsobů rozborů a interpretace příběhů, z nichž nejužitečnějším je přístup klinický.

Od TAT byl odvozen CAT – *Children s aperception test* (Bellak, 1949), který používá na obrázcích scény ze života zvířat a jeví se podle Koluchové a Morávka (1991) vhodným pro děti ve věku 3 – 10 let.

Doplňování příběhů podle M. Thomasové a *Doplňování vět* /ty mají několik variant/ považují Koluchová a Morávek (1991) také za vhodné metody pro zjišťování depresivity u dětí, jelikož se v tematických a doplňovacích testech někdy objevují i důvody smutku a deprese.

Nový projektivní test /metoda Davido-CHaD/ (Davido, 1998) je používán především v arteterapeutické práci s klienty, kdy se vyžadují od klienta čtyři kresby: *kresba z dětství (C)*, *kresba rukou (Ha)*, *kresba ruky, která vadí (D)* a *volná kresba (FD)*. Chronologické seřazení série čtyř obrázků umožní získat obraz o tom, čím subjekt byl (C), čím se stal (Ha), čím se může stát (D) a čím je v současnosti (FD). Při interpretaci jsou zohledňovány následující prvky kresby:

- proporce každého tématu a jejich rozmístění na ploše papíru;
- kvalita a druh čáry;
- užití barev (především na rukou);
- jaká je prodleva před nakreslením rukou nebo ruky, která vadí (u týraného dítěte může být tato doba tak dlouhá, že dítě není schopné začít kreslit);
- koherence mezi kresbou a komentářem dítěte.

Důležité je mít na paměti, že snížená výkonnost v *percepčně kognitivních testech* může být způsobena i depresí.

Kresba z dětství (C) – obvykle jí není přikládán velký význam, ale může nám odpovědět na Některé otázky: *byl v dětství významný konflikt? jakého druhu? jaká je povaha*

patologie, kterou způsobil?

Ve svém komentáři subjekt svou kresbu z dětství vždycky situuje.

Tato kresba nám asi vždy neumožní přesně datovat vznik psychických problémů, ale většinou umožní určit dobu, kdy potíže vznikly.

Kresba rukou (Ha) – musíme mít na vědomí, že tyto ruce patří subjektu a konají, nebo nekonají, což je vlastně také druh aktivity. Podle ztvárnění můžeme dále interpretovat.

Kresba ruky, která vadí (D) – většinou se jedná o nějakou odpudivou ruku, u „normálního“ dítěte to může být ruka čarodějnice, nebo levá ruka subjektu (pokud je pravák), obecněji to může být ruka sestry nebo bratra. Kresba ruky,

která vadí, může odhalit některá důležitá témata pro další terapeutickou práci.

Volná kresba (FD) – tato kresba se porovnává s kresbou z dětství ze dvou hledisek:

- pokud je kresba regresivní, zatímco kresba z dětství nikoliv, svědčí o výskytu určitého konfliktu a časově ho zařazuje;
- pokud je naopak vývojově zralejší než kresba z dětství, lze předpokládat, že konflikt byl příznivě vyřešen.

Chronologické seřazení série čtyř obrázků umožní získat obraz o tom, čím subjekt byl (C), čím se stal (Ha), čím se může stát (D) a čím je v současnosti (FD).

Luscherův test a **Barevný pyramidový test** mohou sloužit jako metody doplňující celkový klinický obraz. Interpretace je však poměrně složitá a nebyla u nás provedena restandardizace (Svoboda, 1992).

3.2 Dotazníkové a posuzovací techniky

Obecně jsou užitečnější směrem k dospělosti hlavně proto, že děti jsou hůře schopné verbalizovat svoje pocity a emoce. Ovšem v klinické praxi jsou nepostradatelné.

Při využívání dotazníků u dětí je třeba, aby děti byly normálně čtenářsky vyspělé a otázky byly formulovány pro dítě pochopitelným způsobem. Podle Řičana (1997) lze dotazníky používat u dětí asi od 10 let a mladším je možné otázky předčítat.

Z přehledu dotazníkových metod používaných běžně u naší dětské populace, uváděných v naší literatuře, je patrné, že zde chyběla na dětskou depresivitu zaměřená, u nás standardizovaná sebesposuzovací metoda.

Sebesposuzovací škála depresivity u dětí (CDI), vycházející z BDI pro dospělé byla standardizována na českou dětskou populaci (Preiss,).

Koluchová a Morávek (1991) uvádí pouze *Dotazník afektivních poruch* (Matthews – Heuyer), který screeningově rozděluje psychopatologie do 8 syndromologických skupin: prostá emotivita; obsese a psychastenie; schizoidní tendence; paranoidní tendence; *depresivní* a hypochondrické tendence, instabilita; antisociální sklony.

Neoficiálně se například používala dětská verze *Beckovy sebesposuzovací škály deprese (BDI)*.

V zahraničí se dále k diagnostice deprese a poruch chování u dětí úspěšně používá škála *Kiddie – SADS*, což je modifikace Inventáře pro afektivní poruchy a schizofrenii, vhodná pro děti ve věku 6 – 17 let (Kolvin, 1990).

Vzhledem ke spojitosti deprese a úzkosti se pro diagnostiku deprese osvědčily i škály zaměřené na zjišťování úzkosti.

Škála zjevné úzkosti pro děti (CMAS) – je používána pro děti od 9 let a byla odvozena z verze pro dospělé, která obsahuje vybrané položky z MMPI. Celkově obsahuje 61 otázek a vysoké skóre svědčí pro **depresi**. Je oblíbena pro jednoduchost administrace, vyhodnocení a univerzálnost použití (Koluchová a Morávek, 1991).

Škály k měření úzkosti a úzkostnosti u dětí (ŠAD) – je vhodný pro věkové pásmo 10 - 15 let, v klinické praxi ji lze využít orientačně (Říčan, 1997).

4. Výtvarný projev dětí trpících depresivními symptomy

Psychologické studium dětské kresby se datuje od vzniku empirické, experimentální psychologie (Elliot, Place, 1998).

První psychologická laboratoř byla založena v Lipsku v r. 1879 a první moderní monografie o dětské kresbě byla vydána již v r. 1887. Pro dítě v jeho kresebném vývoji je člověk prvním a provždy klíčovým tématem. Skrze vztah k člověku si dítě uvědomuje samo sebe, skrze druhé se stává sebou samým, proto se každá práce o kresbě nutně zabývá právě kresbou člověka, ať již samotného nebo v lidském společenství, především v tom nejmenším, ale nejvýznamnějším, tj. v rodině. Můžeme se tak dostat k jádru sdělení, které nám kresba podává o dítěti, jeho vztazích a jeho světě.

Ve studiu kresby sloužilo zpočátku její zkoumání zejména k hodnocení poznávacích složek dětského vývoje. Badatelé se hodně zabývali tím, co kresba vypovídá o rozvoji vnímání a jemné motoriky, jak odráží rozvoj utváření kognitivních pojmů (člověk, muž, žena apod.) a intelektu vůbec. Novou dimenzi dostala tato analýza s poznáním, že kresba, podobně jako i ostatní chování člověka, nám odhaluje také osobnostní rysy autora a kvality jeho vztahu, podává sdělení o citovém a prožitkovém světě dítěte (Davido, 1998).

Z kresby se dovídáme o vitalitě a emocionalitě dítěte, o jeho aktivitě a zájmech. Dítě tu však odhaluje i obsahy, o nichž by se mu jinak nevypovídalo snadno, buď proto, že se mu ještě nedostává slov, anebo proto, že si svůj stav neuvědomuje, že obsahy jeho mysli jsou podobně jako ve snu zastřeny do podoby, kterým ani ono samo ne zcela rozumí. Užívá totiž

obrazů a symbolů, které tlumí syrovost nebo naléhavost obsahů a prožitků. Kresba takto tomu, kdo jí rozumí, nabízí klíče k pochopení problémů dítěte.

Psychologové při výkladu dětské kresby hojně využívají znalostí, jimiž psychoterapii obohatila hlubinná psychologie se svým pojetím dětského vývoje a výkladovými principy. Zejména významným směrem hlubinné psychologie je psychoanalýza. Samozřejmě, že je možné se inspirovat poznatky různých teorií, ale spíše ve smyslu hypotéz, jichž může být víc a které tvoří alternativní možnosti výkladu vzniku obtíží a problémů dítěte. Další zkoumání, terapeutická a výchovná práce s dítětem pak tyto hypotézy ověřují, zpřesňují, popřípadě hledají takové, které by byly nosnější.

4.1 Typické znaky ve výtvarném projevu

Ve výtvarném projevu klientů je možné vysledovat některé společné znaky, a je potřeba brát v potaz, respektive zohlednit vývojové hledisko, jak při hodnocení chování klientů, tak při hodnocení výtvarného projevu. Mnohé souvisí s projevem tzv. krize výtvarného projevu, přičemž ale vyjádření je zde navíc podpořeno řadou nepříznivých událostí v jejich životě.

Společné znaky:

Barevnost

- setkáváme se s používáním hlavně černé tužky, kterou si děti předkreslují celý obraz a tento dále, dle momentální „nálady“ domalují, málokdy však sáhnou k většímu počtu barev, negují i instrukce k použití dalších (často se nám stává, že dítě odpovídá slovy: „to přeci každý pozná, není potřeba to jinak vymalovávat“);
- častým znakem je používání minimálního množství barevnostní škály, převažují dvě barvy, které si dítě vybere a které potom i smíchá;
- barevnost je spíše lokální a děti mají potíže s používáním míchaných barev;
- barevná paleta je značně omezená, kdy převládají převážně studené barvy; modrá, zelená, černá, hnědá – jak je již zmíněno tato se objevuje především u deprivovaných dětí;
- celkový obraz kreseb, maleb je převážně chladný, negativní, chmurný.

Obsah

- děti mají tendenci vyhýbat se v kresbě postavám a to i při direktivním přístupu arteterapeuta na základě instrukce, zřejmě se bojí malovat to, co nezvládají, aby se nestaly terčem kritiky nebo posměchu od dalších členů skupiny ;
- ve výjimečných případech se jedná o více než jednu postavu, ale i tehdy jsou postavy bez vzájemného kontaktu (odráží se v tom jejich problém v interakci s druhými lidmi),
- pokud dítě začíná malovat lidské postavy, tyto jsou nejprve velmi malé, které postupným opakováním zvětšuje na sobě únosnou velikost;
- obsahová chudost (barvy, motiv, detail),
- děti často při malbě používají vzory z různých animovaných seriálů, idealizují si je.

Kompozice

- především se jedná o kompozici horizontální a statickou;
- skoro vždy pracují s formátem na šířku;
- mají problém pracovat s plány a prostorem;
- většinou chybí perspektiva (kompoziční prostředek pro obrazový prostor viz. I. Riedel, 2002).

Přiměřenost výtvarného projevu vývojovému období (věku)

- úroveň znázornění figur i perspektivy neodpovídá skutečnému věku „klientů“ (pracujeme s dvěma skupinama dětí: *mladší* tj. 7 – 12 let /obr.č.1/; *starší* tj. 12 – 15 let /obr.č.2/). U skupina mladších dětí, tedy ve věku v rozmezí 7-12 let, odpovídá jejich výtvarnému projevu etapa preschematická, jejíž věková hranice je mezi 4 – 7 lety. Často se však vyskytuje etapa mladšího věku, respektive období čaranic, která se vztahuje k věku 2 – 4 roky. U starších dětí odpovídá spíše než úrovni pseudonaturalistického období nebo období rozhodování, úrovni schematického období jehož věková hranice je mezi 7 – 9 lety Lowenfeld (v E. Perout, 2005). U starších dětí se vyskytuje řazení pásů nad sebe, sklápění do půdorysu, proporce na základě subjektivní důležitosti (I. Riedel, 2005).

Vyobrazení lidské postavy

- velikost postavy a poměr jednotlivých částí těla:
 - pokud děti malují postavy, tak je ztvárňují poměrně malé, což je příznačné především pro úzkostné děti s pocity nejistoty;
 - figury jsou disproporční a deformované.

- hlava
 - většinou je obličej pouze naznačen jen schematicky a bez výrazu, který by vyjadřoval nějakou emoci.

- ruce
 - nabývají různých podob – vidlicovité, kolečka
 - ruce jsou deformované, často zde chybí dlaně a prsty
 - ruce jsou prostředkem kontaktu se světem a pokud jsou takto deformované nebo úplně chybí, může to být výrazem sociálních problémů – nejistota navazovat kontakt s lidmi, problém s komunikací
 - dobře vyznačené ruce vyjadřují sociabilitu

- postup při zobrazení
 - všimli jsme si, že většina dětí začíná malovat postavu od hlavy, kdy namalují kolo (hlava), do které potom, většinou pouze graficky, použitím čar a teček, domalují oči, ústa, nos a zapomínají na uši (můžeme si klást otázku, proč uši, které slouží k tomu, abychom slyšeli, něco se dověděli) – podvědomě nám možná dítě dává najevo svou uzavřenost a odstup od vytváření kontaktů a komunikace
 - potom přecházejí k malbě nohou, vynechávají malbu krku a trupu; hlava je tak napojena přímo na nohy (hlavonožci, obr. 14, 15); jakoby zde měly strach malovat
břicho – obava z transparentnosti (mohlo by být vidět, co je v žaludku?, co jsme strávili?)
 - postavám často chybí krk, nos, dlaně, prsty.

Časté prvky ve výtvarné produkci

- u volných témat se vyskytuje symbolika lásky, smutku, smrti, ale také často i agrese, kdy

je použito různých symbolů: srdce, lebka, smrtka s kosou, oběšenci, oči se slzami, které jsou typické pro pubertální symboliku – tyto symboly se často objevují i u dětí ve věku 8 – 10 let (často „kopírují“ své starší spolužáky, chtějí se jim vyrovnat)

- děti rády malují cizokrajná zvířata, postavy z jiných až exotických krajů, netypické stromy a květiny (hlavně palmy a masožravé rostliny).
- štíty hor, mřížky, ploty vše uzavírající prostor můžeme chápat jako obranu proti interakci s okolím.

Chování v atelieru při výtvarné činnosti

- děti mají rády vlastní proces malování a já je často nechám malovat to, co samy chtějí a vlastně vyčkávám, co se na obraze objeví
- rády si vybírají barvy lesklé a tekuté
- málokdy je vidět spontánní přístup k tvorbě a dlouho trvá, než je práce zaujme
- špatné soustředění se na práci (hlavně na začátku)
- často se objevuje, že děti nadměrně tlačí na používaný výtvarný prostředek štětec, pastel tužku apod.

Velké procento z uvedených znaků souvisí i s projevem tzv. krize výtvarného projevu (především u starších dětí), kdy chybí spontánní přístup k tvorbě a vše je komentováno slovy „neumím malovat, nejde mi to, nechci malovat“ apod., kdy toto může souviset s obavami z neúspěchu, proto je dobře při závěrečném „hodnocení“ a rozboru obrázků kladně hodnotit veškerou předloženou tvorbu a tím tak děti motivovat k další účasti na skupinách.

Přestože je jejich kognitivní vývoj na úrovni formálně logických operací, tak úroveň kresebného vyjádření ustrnula na vývojově mladším stupni. Mají tendenci vyhýbat se postavám, vyskytuje se pubertální symbolika (jak je uvedeno: srdce, lebky, křížky, nože, oči) a mají oblibu přejímat seriálové vzory jako ideály.

U obrázků klientů s poruchou pozornosti a hyperaktivitou je třeba brát zřetel na to, že v jejich výtvarném projevu se mohou navíc vyskytovat některé zvláštnosti, které jsou příznačné pro organické postižení CNS:

- špatná koordinace, která se projevuje v kvalitě čar a jejich vzájemném spojení, kdy je čára roztřesená, přerušovaná, často nenavazuje a tahy jsou nepřesné;
- nezralost kresby

- špatně nebo s obtížemi člení plochu papíru a rozvrhují prostor;
- kresba je asymetrická;
- nedostatek detailů a jejich špatné vyobrazení;
- špatná integrita částí a vynechávání částí;
- chybné spojení k sobě patřících částí, jako například u domů, postav apod.

Tyto děti kreslí většinou ztuhle a při malování impulzivně zesilují tlak na kreslířský nástroj. Při ztvárnění postavy jsou nápadné níže uvedené znaky:

- disproporce jednotlivých částí těla; velikost hlavy v poměru s velikostí trupu, délka končetin, naddimenzovanost jednotlivých částí těla,
- vyhýbání se úběžníkové perspektivě, plošnost v tvorbě
- zpracování jednotlivých částí těla je spíše primitivní; tělo tvoří pouze čára, hlavu kolo, prsty jsou vidlicovité, jednorozměrné zobrazení končetin,
- nedostatečné a chybné spojení jednotlivých částí těla,
- opomenutí podstatných detailů, které dítě zná a dokáže je jindy nakreslit (pokud maluje autoportrét, nebo portrét svého souseda); chybí nos, ústa, někdy i oči nebo některá ze čtyř končetin – projev výkyvů pozornosti?
- bizarní tvary těla, používání geometrických tvarů,
- stereotypie, ulpívání pozornosti (počet prstů, knoflíky na oblečení apod.) rigidita.

U některých témat se problémy a potíže klientů projevovaly obzvláště výrazně a můžeme na nich demonstrovat výše uvedené znaky.

Při zadání tématu „*Můj ostrov*“ (obr. 3 - 6) jsme museli dlouhou dobu diskutovat ve skupině o tom, co ostrov vlastně je. Děti nebyly schopny verbalizovat tento pojem a na začátku jejich snahy přenést ho do obrazové podoby se neustále přesvědčovaly, jestli ostrov malují dobře. My jsme je v této fázi nechali bez dalších metodických pokynů. Ostrovy, které vznikly jsou prázdné, ploché, bez sociálních vazeb, bez náznaku jakékoliv komunikace.

„Hra o předsudcích“ nám dává možnost poznat u dětí, jak přijímají podněty z okolí a zda jsou schopny si vytvořit vlastní názor, nebo zda jej pouze „kopírují“ od jiných osob z jejich prostředí. Hra o předsudcích patří spíše do řízené imaginace, kterou celkem často využíváme k uvolnění dětí a jejich emocí, před samotným zahájením atelieru. Navodíme u dětí pocit jízdy vlakem, např. návrat od moře, kdy musí do svého kupé přijmout ještě jednoho cizího

člena. Mají na výběr ze 4 osob (dle uvážení terapeuta): uprchlík, legionář, zloděj apod. Nejprve si každý člen skupiny vybere jednu osobu, se kterou by chtěl cestovat a musí uvést důvod proč. Děti se potom samy vyjadřují k jednotlivým možnostem nabídky. Během diskuse se snažíme s dětmi porozumět nabízeným pojmům „spolucestujících“. Celkem často u dětí převládá zkreslená představa. Jako uprchlíka vnímají pouze zločince, který uniká před trestem, často se objevuje přirovnání k stejnojmennému filmu. Za legionáře považují pouze vojáka, který sloužil v zahraničí, i když se často jedná právě o zločince, kteří si legii vyberou jako úkryt před spravedlivým trestem. Některým dětem, které se v celkem raném věku setkaly s delikventním jednáním, imponuje postava zloděje, kterého mají spojeného pouze s krádežemi a vlastně ho mají jako vzor. Po ukončení diskuse necháme děti malovat vybranou osobu spolucestujícího a snažíme se do instrukce zanést pokyn, aby ji zachytily v nějakém situaci, která nám ji přiblíží (viz. obr. 7, 8). Petr K., 11 let, který je v naší skupině jako delikvent, namaloval ke svému obrázku na požádání ještě svá KTC, jako momentální pocit. (obr. 9).

4.2 Vývoj tvorby klientů

Od prvních skupin arteterapie se nám často nedařilo u dětí dosáhnout zájmu o novou činnost, volnou a spontánní tvorbu, kdy se s tímto setkáváme i v současné době. Možná je to zapříčiněné tím, že děti v dětských domovech nemají moc času na sebe, chybí jim tu intimita a proto často začátek skupin „sabotují“. Bohužel jim nemůže dát, vzhledem k řádu Dětských Domovů, možnost skupinu opustit, můžeme jim pouze nabídnout pasivní účast na arteskupině, což vlastně funguje také jako terapie, dítě má možnost zvolit si vlastní cestu, kterou mi respektujeme. Ale i tento přístup musíme činit s rozvahou, děti vědí, že mají právo zřici se účasti na skupině, ale musí této skupině svůj postoj také vysvětlit. Už na začátku tedy funguje určitá zpětná vazba, kdy se skupina zapojuje do své „role“.

Zde je na místě využít nějaké hry, jejímž cílem je stmelit lidi dohromady, pomáháme jim vlastně uvolnit se, „usadit se“ před tím, než se vrhnou do nějaké zkušenosti, která pro ně může být nová, nesnadná a náročná. Pokud se setkáme s novým členem skupiny, věnujeme určitý čas vzájemnému představování a tuto fázi často strukturujeme, kdy se ptáme na záliby jednotlivých členů. Děti se v této části celkem uvolní, jelikož můžou předvést své znalosti a zkušenosti, i když často smyšlené. Samozřejmě často zjišťujeme, jak se členové arteskupiny cítí a na co myslí. Vyjádřením pocitů a myšlenek může občas lidem usnadnit mentálně „zapadnout“ a případně nasměrovat se k tématu sezení.

Při tomto úvodním sezení je též potřeba vyjmenovat základní pravidla skupiny, respektive přimět skupinu, aby se dohodla na určitých bodech, jako přestávka, toalety, zapojení se, mluvení apod.

Dětem, kterým se do skupiny a malování nechce často argumentují slovy „nejde mi to namalovat; nejsem šikovný; pojd'te dělat něco jiného“ atd., což je zřejmě způsobeno jejich vlastní obavou z možného neúspěchu.

Když už jsou děti v určité fázi vlastního tvůrčího procesu, můžeme říci, že už se mu věnují zaujatě a soustředěně, i když přechod k této fázi trvá poměrně dlouho. Soustředění na práci však trvá krátce, děti mají tendenci nedokončit obrazy (artefakty), nechávají obrazy rozmalované většinou ve fázi, kdy se jim obraz ještě líbí a potom je již velice složité přimět je k dokončení. Celá jejich další činnost již směřuje k tomu, aby měly „úkol“, po vyřčené instrukci, co nejrychleji odbytý, takže se snaží prostor zamalovat plošně jednou barvou (často se jedná o barvu modrou, ale i červenou). Můžeme říci, že většina členů skupiny tíhne ke kresebnému projevu, kdy používají jako základ linku ztvárněnou černou tužkou. Barevnou skvrnu, jako i prostor a zaplnění prostoru děti odmítali. Pozadí obrazů často chybí, toto se podařilo narušit malováním ve volném prostoru, kde se děti učily používat perspektivní zkratku, nebo malováním tzv. „zátiší“ (obr. 16 – 18), zaměřené na vnímání prostoru za malovaným objektem. Objekty na obrazech jsou často bez kontextu a bez začlenění do prostředí. U dětí se dále často objevuje chudá barevnost a obsah kreseb, i přes snahu direktivního přístupu.

Vzhledem ke značné tendenci odmítání a vyhýbání se postavám, začali jsme s dětmi malovat portréty členů skupiny (viz obr. 10 - 12), ale musíme k nim přistupovat s vědomím, že mají potíže ztvárnit reálný vjem. Pomáhali jsme dětem tím, že jako základ obličeje jsme použili elipsu, kterou jsme se zprvu také velmi dlouho učili a děti s ní měly problémy. Pokud toto překlenuly, byly již schopné celkem dobře „zasadit“ do oválu oči, uši, nos a ústa. Bylo zvláštní, že jsme dětem museli připomínat krk, který zprvu ignorovaly a domalovávali ho až na úplný závěr. K portrétům jsme byli, jak je již uvedeno, donuceni vzhledem k neschopnosti vytvořit reálnější postavu, která by nebyla deformovaná a neměla by pouze schematicky naznačené obličeje. Výrazy v obličeji, jak je volně malovaly děti, nevyjadřovaly žádnou určitou emoci – souvisí to i s jejich vlastním prožíváním a vyjadřováním emocií. Tímto postupem se u některých členů skupiny úroveň jejich výtvarného projevu začala přibližovat jejich skutečnému věku. Ale stále ještě přetrvávají potíže s používáním především perspektivy, vnášením děje do stále statické kompozice.

Tvorba 10 letého Lukáše K., kterého máme jako nového člena skupiny, je značně zpožděná. Nachází se v etapě čáranic (obr. 13) a je velký problém s ním začít v atelieru malovat. Staví se velmi agresivně a negativně k jakékoliv snaze začít tvořit výtvarný produkt. Poslední dvě skupiny se jeho postoj změnil. Změna nastala poté, co jsme si začali povídat o jeho rodném městě Příbrami, kde i já pracuji a znám ho. Lukáš se začal na arteterapii těšit, přijal i funkci „asistenta“ a neprojevuje, alespoň navenek, agresivní sklony a tendence. Samozřejmě to může být pouze krátkodobá změna, ale právě proto se jí musí využít. Nemůžeme očekávat, že z čáranic se ihned dostane do jiné etapy, ale musíme se snažit jej k tomu pomalu „tlačit“. Samozřejmě jde také o jeho osobnost jako celku. K tomuto klientovi jsem zařadil jako ukázkou obrázky hlavonožců, které začal malovat a snad tak opustil pouhé nanášení barev na papír. Různé barvy vždy jednotlivě nanesl na paletu, ale před samotným použitím je všechny smíchal do jedné barvy (obr. 19, 20). Negoval tím možnost použít větší škálu barev. Když jsem ho nechal namalovat obrázek znovu s instrukcí k využití několika čistých barev, opakoval stejný postup při kresbě hlavonožce, ale použil alespoň čisté barvy, i když pouze tři. Myslím, že mu postačila pouhá pozornost jiné osoby, respektive terapeuta, aby nenegoval svou tvorbu. Instrukci přijal v klidu bez známek nevole (obr. 15)

U dětí však stále přetrvává až taková statická kompozice, disproporce a deformace postav, takže jsme rádi, když občas někdo ze členů skupiny začne pracovat s celou plochou. U klientky Pavly K. (13 let) se nám to nedařilo několik let. Jak je uvedeno výše, také ona začínala ve svých deseti letech se skvrnami, kdy pouze nezaujatě namáčela štětec v barvě a přenášela jí na papír úplně apaticky bez zájmu. Toto období bylo u spousty dětí obdobné. Pomalu potom přecházela k postavám, které byly zprvu velmi malé (obr. 21), usazené na spodní lince a bez vzájemného vztahu, to přetrvává i v současné době. Občas se po metodické instrukci podaří objem postav zvětšit, ale není to spontánní reakce (tvorba) klientky. Je dobré, že se dostala alespoň k tomu, že zobrazila nějakou konkrétní situaci (viz. obr. 22), na kterém je ztvárněna postava princezny z pohádky o Šípkové Růžence, kterou si sama vybrala při zadání tématu „*Má oblíbená pohádka*“, ke kterému jsme se uchýlili jako k další možné technice k uvolnění emocí klienta, k navázání klidu, kdy jsme si před tím ve skupině o pohádkách vyprávěli.

Jak jsem se zmínil o zaplnění plochy obrazu u klientky Pavly K. na obrázku se Šípkovou Růženkou, očekávali jsme, že to bude krok, který jí pomůže vyrovnat se s prostorem i na následujících arteskupinách. Další obrázek, který namalovala byly tulipány (obr. 18). Ty byly malovány podle předlohy, kdy byly umístěné ve váze před klientkou. Sama si je však ztvárnila na volném prostoru a využila raději centrální kompozice přes celou plochu, aby

nemusela pracovat s prostorem vzadu. Zásah do pozadí sama odmítla se slovy, že by se tím obraz zničil, stejně jako její dětství (matka jí opustila ve 3 letech, kdy prodala byt a stala se z ní bezdomovkyně). K tomuto namalovala vlastní obrázek (obr. 21), jak máma odchází z domova. Při jedné z dalších hodin atelieru bylo téma rodiny a domova, které ztvárnila na obr. 24, ale do současné doby ho nikterak nekomentovala. Klientka se potom uzavřela do sebe a do konce skupiny již dále nemalovala. K tématu rodiny a domova se vrátila ještě jednou (obr. 23), konfrontaci s předchozím obrázkem tvrdě odmítla. *Chtěla pouze vyprávět o svém novém obrázku, na kterém má vyobrazeného zajíčka, protože má ráda zvířata, na střeše je v jakémsi pouzdru komíník (čert), který chodí do DD na kontrolu komínů, aby od nich nevznikl požár. Dále je tam sklopený rybníček s rákosem (připomíná spíše kontrolující oko), kde je vždy klid.*

Pokud se dostaneme do podobné situace s klientem, jak je výše uvedeno u Pavly K., celkem se nám daří zmírnit jeho postoj a emoce následnou výstavou obrázků, kde děti jako „odborníci“ hodnotí svá díla a vyjadřují své pocity před začátkem skupiny a během malování. Je dobré jednotlivé obrázky chválit a nechat na ně reagovat celou skupinu. Rozebírá se „veselý“ a „smutný“ obrázek, kdy se zabýváme využitím barev (děti se tak samy učí rozlišovat, vnímat a používat barvy), situací a objektů v obrázcích (jak na koho situace a jednotlivé objekty emočně působí). Skupina je tak schopna opět přimět člena k vlastním úvahám nad obrázky.

U dětí v obou našich skupinách bylo velmi důležité, aby se zpočátku vždy vzájemně seznamovali (viz. výše), tím získaly mezi sebou bližší vazby a necítily se tak ohrožené. Dalo se vypořádat, že jsou postupem času vnímavější k metodickým instrukcím a projevovala se i větší ochota řídit se těmito instrukcemi. Také se nám osvědčilo, pokud jsme dostali do skupiny viditelně agresivnějšího jedince, jmenovat ho jakýmsi „asistentem“, který pomáhá dětem připravovat barvy, pomůcky, ale také zklidnit skupinu pokud někdo vyrušuje (což by za normálních okolností dělal také). Větší barevnosti se nám daří dosáhnout především malováním předloh, kdy jsou děti nuceny malovat barvami, které vidí na předloze (používají teplejší barvy jako je oranžová, žlutá, červená).

Možná, že i v souvislosti s používáním „nových“ barev, se začala objevovat potlačovaná agresivita a to jak v obsahu samotné kresby (např. obr. 7, 8), tak i v samotném grafickém ztvárnění. Mohli jsme si všimnout jak silně některé děti tlačily na kresebný nástroj (štětec, tužka, pastel), nebo dokonce roztrhaly papír. Několikrát jsme, podle nastalé situace, změnili výtvarný materiál. Především jsme pro hodně agresivně se projevující děti vyzkoušeli práci s hlinou nebo techniku mačkaného papíru, kdy se skutečně často „vybily“ tím, jak intenzivně

a silou ji zpracovávaly, nebo jak dlouho a důkladně mačkaly papír. U práce s hlinou bylo dobře vidět, jak využívají sílu k úderům dlaní nebo sevřenou pěstí do hlíny, a že je to skutečně určitým způsobem uvolňuje, stejně tak, jako házení hlíny na podložku. Pokud jde o samotný proces vytvoření „konkrétního objektu“ z hlíny, toto se málokdy podařilo. Děti vše ihned ničily z důvodu, že se jim věc nedaří ztvárnit nebo to není podle jejich představ. Raději hlinu pouze mačkaly v dlaních a vytvářely jednoduché geometrické tvary (koule, kostky, válečky).

Za dobrý výsledek v obou skupinách považujeme používání větší barevné škály bez našeho zasahování, ochotu přijmout pokyny a instrukce (i schopnost o tom diskutovat) a snaha znázornit výraz v obličejí pokud děti malují lidskou postavu, i když ty ještě stále nemají správné proporce. Dobré je i to, že u postav přibývá detailů – což můžeme brát jako projev vnímání okolní společnosti.

5. Možnosti arteterapie

Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, i když dosažení určitého stupně kultivace ve výtvarném projevu lze vnímat jako posun ve vývoji klienta. Mějme na paměti, že výtvarný výrazový prostředek je dostupný každému jedinci a ne pouze výtvarně nadaným. V našich dvou arteterapeutických skupinách jsme používali výtvarné umění ve spojení s hrou, která musí být vždy chápána jako potěšení a zábava, nemá žádné vedlejší cíle (vlastně je neproduktivní), je spontánní, dobrovolná, volena svobodně, ze strany hráčů vyžaduje aktivní účast a vztahuje se k tomu, co hrou není. Piaget (1977) rozdělil hru do tří skupin:

1. senzomotorická hra – dítě se snaží dosáhnout určité dovednosti a pak ji z čisté radosti opakuje (věk 0-2 roky);
2. symbolická hra – dítě si hraje s objekty „na jako“, zachází s nimi jako se symboly věcí (věk 2-6 let);
3. hra s pravidly – při změně pravidel dochází také ke změně povahy hry (skupinové hry od 6 let výše).

Uvedená klasifikace se vztahuje k vývojovým fázím, ale všechny tři skupiny mohou být obsaženy v používání výtvarného umění. Do první skupiny patří zkoumání možného užití výtvarných materiálů. Druhý typ hry má částečně povahu výtvarného umění, které je

symbolickým prostředkem – každá znázorněná představa v umělcově mysli něco zastupuje. Třetí typ hry můžeme nacházet v některých skupinových, výtvarných komunikačních hrách. Při této činnosti jsem si uvědomil, že hra je vlastně prostředkem učení se jazyka a ostatních kognitivních dovedností, stejně tak si děti procvičují sociální role. Hrou si vlastně děti přehrávají problémy a konflikty ve zhuštěné formě. Dítě se tak může stát schopnějším v řešení životních problémů – *těžký zážitek vyjádří symbolicky a znovu si jej prožije a případně i změni jeho rozuzlení.*

Dalším způsobem hry může být využití dětské fantazie, jejímž prostřednictvím můžeme zjistit, co se s dítětem v dané chvíli právě děje. Obvykle jeho fantazijní proces odpovídá je životnímu procesu. Díky tomu můžeme nahlédnout do jeho vnitřního světa a na světlo vynést to, co je skryté nebo čemu se vyhýbá a dále se dovědět, jak na svou situaci nahlíží dítě samo Oaklander (1988). U dětí je proto vhodné podporovat jejich představivost, kterou používáme jako terapeutický prostředek.

Děti si často vytvářejí fantazijní svět, protože v tom skutečném se jim těžko žije. Často si představují věci, které se nikdy nestaly, ale pro ně jsou velmi reálné a drží si je uvnitř v sobě, možná proto se někdy chovají nevysvětlitelným způsobem. Tyto vysněné skutečnosti také často vyvolají pocity strachu a úzkosti. Je ale těžké rozpoznat fantazii a lež. Děti lžou, protože se bojí projevit svůj názor a čelit realitě takové, jaká je. Důležité při práci s dětmi tedy je, vynést veškeré úzkosti a strach na povrch, aby mohly být dále zpracovány. Z těchto důvodů často při práci s dětmi používáme různé druhy fantazijních materiálů.

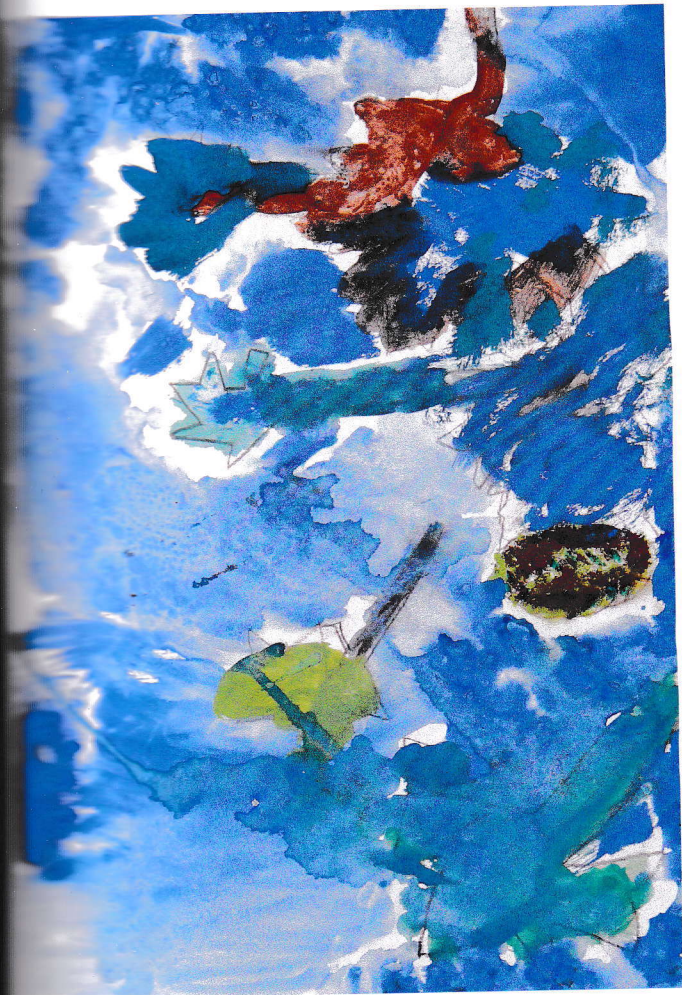
Oaklander (1988) dále uvádí, že dětská imaginativní hra je fantazií, kterou lze využít jako dramatickou etudu se staršími dětmi.. Další formou je vytváření příběhů ve všech různých podobách: vyprávění, kresba, psaní, hra s loutkami apod. Můžeme použít dlouhé řízené imaginace (měly by být při ní zavřené oči) nebo jen krátké příběhy s otevřeným koncem (děti dokončují příběh, dle vlastní spontánní potřeby). Při řízené imaginaci se mi někdy stalo, že některé děti nechtěly zavřít oči, ale nikdy nevysvětlily proč, Domnívám se, že to bylo ze strachu ze ztráty pocitu kontroly (jsou velmi nedůvěřivé, neustále se ujišťují, že se jim nic neděje). Někdy je velmi těžké překonat odpor a neochotu dětí, aby se zapojily do imaginace. Často reagují slovy: „je to hloupé a pro malé děti“. Musíme tedy pracovat s technikami, respektive použít techniky, při kterých mohou mít oči otevřené.

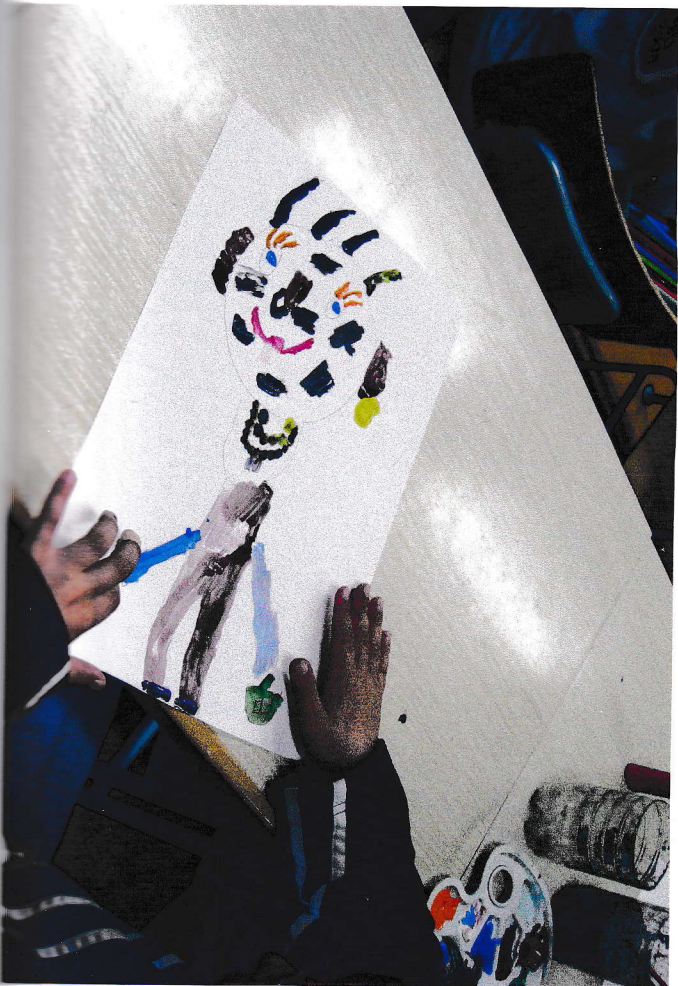
Využití malování jako terapeutického procesu má svou zvláštní hodnotu. Jeho průběh se bezprostředně odráží i v emocích a pocitech, které je občas v průběhu atelieru nechám malovat, samozřejmě je k tomu musím pobízet. Je to dáno tím, že samotná barva, její odstín a také plynulost malování, to vše samo o sobě vyvolává nějaké emoce.

V našich skupinách není bohužel možné používat některé techniky a postupy z Rožnovského atelieru, vzhledem k vývojovým fázím, ve kterých se děti z dětských domovů nacházejí (jsou citelně zaostalé, ale je to dáno skutečně jejich životními zkušenostmi). Není možné děti přesvědčit k použití akvarelových barev, ztrácejí „vlastní schopnost kontroly“ a jsou potom velmi rozrušené, kladou odpor a jsou neochotné dále spolupracovat. Proto raději využívají předkreslování obyčejnou tužkou, kterou v dalších fázích atelieru vymalovávají. Je vhodné používat s dětmi techniky, které obsahují abreaktivní složku k uvolnění napětí, agrese, úzkosti apod.

Arteterapie je vhodná jako „uvolňovací, rozehrívací“ aktivita před jakýmkoliv druhem psychoterapie. Výtvarné aktivity je možné využít jako zahajovací činnost, která přináší nový psychoterapeutický materiál. Výhodou je určitě trvalost produktů, ve kterých je možné sledovat posun a vývoj v čase.

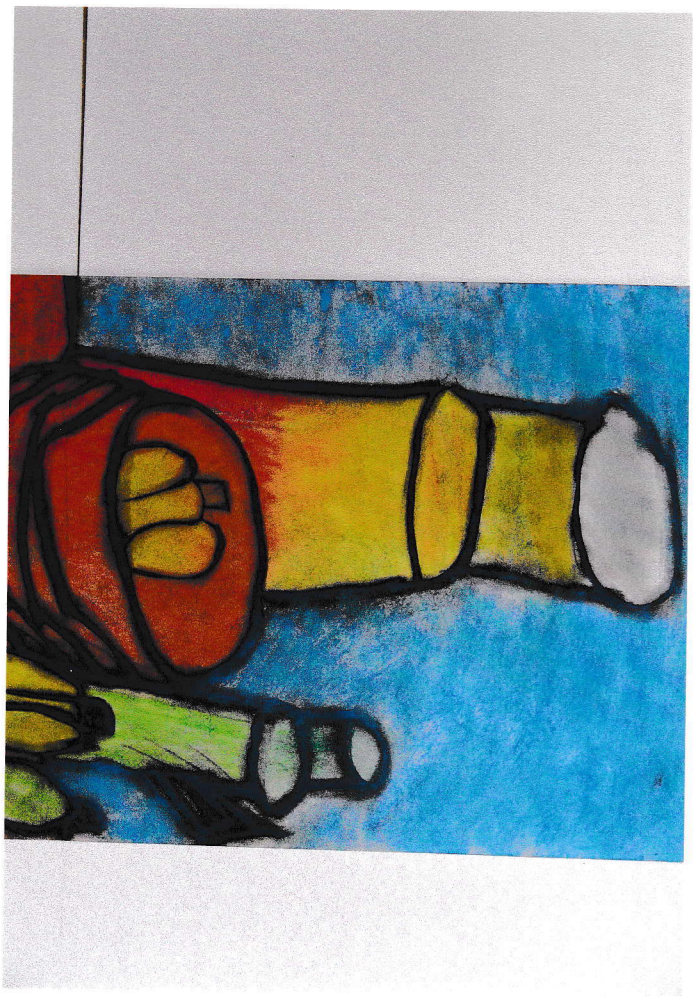
















LITERATURA:

- Davido, R.*: Kresba jako nástroj poznání dítěte. Portál, 1998. ISBN 80-7178-449-4.
- Drtilová, J., Koukolík, F.*: Vzpouora deprivantů. Makropulos, 1996. ISBN 80-901776-8-9.
- Drtilová, J., Koukolík, F.*: Odlišné dítě. Praha: Vyšehrad, 1994, str. 60-63; 124-127.
- Elliot, J., Place, M.*: Dítě v nesnázích. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-247-0182-0.
- Erikson, E.H.*: Dětsví a společnost. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-380-8.
- Erikson, E.H.*: Osm věků člověka. Praha: Propsy, 1995, dostupné www.blisty.cz/2005/7/7/http.
- Florian, J.*: Cesta životem. Praha: Portál, 2004.
- Florian, J.*: Vývojové aspekty deprese. 1996, nepublikováno.
- Hartl, P.*: Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-303-X.
- Hillman, J.*: Duše a sebevražda. Praha: Sagitarius, 1997. ISBN 80-901898-4-9.
- Höschl, C.*: Teorie deprese. Psychiatrie, 1998, str. 78-85.
- Höschl, C.*: Poznamenání ohněm: Normální a patologické nálady, čas. Vesmír č. 76, 1997.
- Kadlecová, B.*: Charakteristiky klinických obrazů deprese v dětském věku. Československá psychiatrie, 79, 1983, 6, str. 396-379.
- Koluchová, J.*: Diagnostika a reparabilita psychologické deprivace. Praha: SPN, 1987.
- Koluchová, J., Morávek, S.*: Psychologická diagnostika dětí a mládeže. Univerzita Palackého, Olomouc, 1991, str. 47-64; 122-128.

Kovacs, M.: Depressive disorders in childhood. Archives of general psychiatry, 41, 1984, str. 229-237.

Kyzour, M.: Rožnovská intervenční arteterapie. Psychologie Dnes, 2002, roč. 8., č. 7/8. ISSN 1212-9607.

Langmeier, J., Matějček, Z.: Psychická deprivace v dětství. 3. doplněné vydání, Praha: Avicenum, 1974.

Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: Dětská psychoterapie. 2. rozšířené a přepracované vydání, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-381-1.

Lewinsohn, P.M. et al.: Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration and time to recurrence. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 1994. 6, str. 809-818.

Lhotová, M.: Arteterapeutická práce s emocemi. Arteterapie, 2000, č. 1.

Liebmann, M.: Skupinová arteterapie. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3.

Lowenfeld, V., Brittain W.L.: Creativ and Mental Growth. New York: Macmillan, 1964.

Malá, E.: Vývojová psychopatologie. Československá Psychiatrie, 85, 1989, č. 6, str. 402-407.

Matějček, Z., Dytrych, Z.: Děti, rodina a stres. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 2000.

Oaklander, V.: Třinácté komnaty dětské duše. Drvoštěp, 2003. ISBN 80-903306-0-6.

Perout, E.: Viktor Lowenfeld a jeho pojetí dvou tvůrčích typů, Arteterapie, 2005, č. 8.

- Perout, E.*: Viktor Lowenfeld a jeho pojetí ontogeneze dětské kresby a malby, *Arteterapie*, 2005, č. 9.
- Pechar, J.*: Prostor imaginace. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992.
- Piaget, J.*: Psychologie inteligence, 2. vydání, Praha. Portál, 1999. ISBN 80-7178-309-9.
- Pogády, J., Nociar, A., Mečíř, J., Janotová, D.*: Dětská kresba v diagnostice a v léčbě. Bratislava: SAP, 1993. ISBN 80-85665-07-7.
- Praško, J. a kol.*: Poruchy osobnosti. Praha: portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.
- Praško, J., Prašková, H.*: Deprese a psychoterapie, *Československá psychologie*, 1990, 2, str. 120-127.
- Říčan, P., Krejčířová, D.*: Dětská klinická psychologie. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-168-2.
- Riedel, I.*: Obrazy v terapii, umění a náboženství. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-531-8.
- Schraggeová, M.*: Životné události a depresi: Časť 2.: Vážnosť stavu depresivity vo vzťahu k životným udalostiam a sociálnej podpore *Československá psychologie*, HL, 1990, str. 488-501.
- Slavík, J.*: Současná arteterapie v České republice a v zahraničí. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Ped. Fakulta, ČAA, 2000. ISBN 80-7290-004-8.
- Šicková-Fabrici, J.*: Základy arteterapie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-6160.
- Uždil, J.*: Výtvarný projev a výchova, 2. doplněné vydání. Praha: SPN, 1978.
- Uždil, J.*: Čáry, klikyháky, paňáci a auta. Praha: SPN, 1978. 14-245-78.

Vágnerová, M.: Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 1997.
ISBN 80-7184-488-8.

Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, 3. rozšířené a přepracované vydání.
Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Yalom, I.D.: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace, 1999.
ISBN 80-86088-05-7.