

Niepokojące zachowania dzieci w ocenie krakowskich nauczycieli przedszkolnych*

Worrying behaviours of children in the assessment of kindergarten teachers in Kraków

Maciej Wojciech Pilecki¹, Barbara Anna Cichocka², Małgorzata Kowal²,
Ewa Strycharczyk-Kaleta³

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
Kierownik: dr n. med. M. Pilecki

² Zakład Biologii Człowieka AWF w Krakowie
Kierownik: dr M. Kowal

³ Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Chrzanowie
Kierownik: mgr M. Matecka

Summary

Aim. To assess the prevalence of emotional and behavioural problems among preschool children.

Method. The Disturbing Behaviour Questionnaire (DBQ), which was drawn up on the basis of the opinions of parents and educators, was completed by kindergarten teachers in the following categories: Excessive crying (Cry), Motor awkwardness (Awk), Lagging (Lag), Excessive dependence (Excdep), Developmental delay (Del), Hyperactivity (Hyper), Hyperactivity with aggression (Hypag), Aggression (Ag), Auto-aggression (Aag), Strange Behaviour (Stran), Self-Isolation (Isol), Avoiding Eating (Aveat), Avoiding certain foods (Avfd), Overeat (Overeat), Compulsive eating (Compeat) using the following assessment scale: Absent; Very rare; Rare; Frequent; Very frequent; Always.

Subjects. 961 children aged 3 to 7 years from randomly selected kindergartens from all districts of Kraków aged from 2.7 to 7.9 years (Mean: 5.4; SD 1.13).

Results. “Absent” was noted in 108 (11.3%) of children. 270 (28%) children answered “Always” or “Very frequent” in at least one category, including: Cry 4.2%, Awk 4.3%, Lag 4.3%, Isol 3.1%, Hyper 11.6%, Hypag 3.0%, Ag 1.2%, Aag 0.2%, Excdep 3.5%, Del 1.2%, Stran 1.3%, Aveat 6.4%, Avfd 8%, Overeat 1.3%, Compeat 0.6%. On the overall DBQ and 6 categories (Awk, Lag, Hyper, Hypag, Ag, Del) boys had statistically significantly greater intensity of problems. In terms of correlation of items on the DBQ with age, 6 items were observed to have a statistically negative relation with age (Cry, Isol, Excdep, Aveat, Avfd, Awk) as was the overall scale. Overall scale, Cry and Excdep turned out to be significant for both genders, Ag, Aveat and Avfd for girls, Awk for boys.

Discussion. A series of methodological and interpretational reservations and doubts need be taken into account when interpreting results.

Słowa kluczze: problemy emocjonalne, psychopatologia, przedszkolaki, badanie przesiewowe

Key words: emotional problems, psychopathology, kindergarten, screening

* Praca wykonana w ramach badań własnych nr 204/KA/2006 finansowanych przez AWF w Krakowie.

Kontekst podjęcia badań

Zaburzenia psychiczne i emocjonalne dzieci w okresie przedszkolnym stają się coraz częściej przedmiotem zainteresowania zarówno klinicystów jak i badaczy [1, 2, 3, 4]. Zmianie ulega też sposób ich postrzegania. Uważane są one coraz częściej za bardziej znaczące klinicznie, niż przyjęło się uważać wcześniej. Nawet mniej istotne klinicznie objawy mogą się utrwalić czy nasilić w późniejszym okresie życia. Stanowią one też ryzyko pojawienia się problemów emocjonalnych, szkolnych, interpersonalnych czy poważnych zaburzeń psychicznych w przyszłości [5, 6, 7]. Wczesny okres rozwojowy wydaje się też dobrym momentem na podjęcie działań zapobiegających wystąpieniu zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych w kolejnych dekadach życia [8, 9]. Zaburzenia psychiczne i problemy emocjonalne w okresie przedszkolnym są stosunkowo nowym obszarem dociekań naukowych [5], dlatego istotne jest prowadzenie badań nad ich różnorodnymi aspektami.

Wątpliwości w tym względzie dotyczą tak podstawowego zagadnienia, jak klasyfikacja zaburzeń psychicznych we wczesnym okresie rozwojowym. Obie powszechnie stosowane klasyfikacje – ICD i DSM – nie były tworzone z myślą o tak małych dzieciach [3]. Brak jest też badań naukowych ekstrapolujących diagnozy stawiane w późniejszych etapach życia na okres przedszkolny [4]. W literaturze przedmiotu trwa zresztą spór, czy problemy tego okresu właściwie opisywane są przez jednostki nozologiczne używane w psychiatrii dorosłych [8]. Propozycje alternatywnych kryteriów klasyfikacyjnych dla wczesnego okresu rozwojowego, choć obiecujące, są dopiero na etapie formułowania i badania i nie nadają się do powszechnego stosowania w praktyce klinicznej. Kolejnym problemem są mniej jednoznaczne we wczesnym dzieciństwie granice pomiędzy zjawiskami patologicznymi a rozwojowymi [3, 4]. Wszelkie diagnozy stanowić mogą negatywny wzorzec identyfikacyjny dla dziecka oraz brzemię dla jego rodziców utrudniające procesy rozwojowe [10]. Diagnozy psychiatryczne, tak jak np. diagnoza ADHD, podlegają też złożonym procesom socjokulturowym wpływającym na ich definiowanie, rozpoznawanie czy popularność [11].

Alternatywą dla dychotomizujących rzeczywistość w kategoriach zdrowia i choroby diagnoz psychiatrycznych są wielowymiarowe opisy niepokojących zachowań i stanów emocjonalnych dzieci w populacji ogólnej. Oparte są one na określeniu nasilenia bądź częstości występowania zjawiska. Pozwalają na różnorodne analizy danych, w tym również oparte na odmiennych definicjach nienormalności obserwowanych zjawisk (statystyczna, kliniczna itp.). Istotnym postulatem jest tu uwzględnianie w takich badaniach różnorodnych kategorii opisowych obejmujących nawet rzadko występujące objawy. W narzędziach przesiewowych, tworzonych na podstawie procedur statystycznych analiz czynnikowych, są one zwykle pomijane [4].

Badaniami takimi objęte mogą być też dzieci, które nie trafią w tym wieku do psychiatrii. Szacuje się, że w rozwiniętych systemach opieki zdrowotnej spośród dzieci wymagających adekwatnej pomocy mniej niż 20% otrzymuje takową [8]. W Polsce procent ten może być jeszcze mniejszy.

Brak możliwości stosowania u małych dzieci ankiet samooceny powoduje, że standardem badań problemów wczesnego okresu rozwojowego jest obserwacja zachowań

i reakcji emocjonalnych dzieci przez inne osoby [3, 4]. Może być on przedstawiony przez bezstronnego obserwatora bądź też przez osoby bezpośrednio zaangażowane w życie dziecka – rodziców czy też nauczyciela przedszkolnego. Wszystkie trzy rodzaje opisu związane są zarówno z różnorodnymi korzyściami, jak i ograniczeniami [12, 13, 14], nauczyciele przedszkolni są jednak pierwszymi osobami w życiu dziecka mającymi możliwość bezstronnej długotrwałej obserwacji jego zdolności adaptacyjnych, reakcji na sytuacje trudne, budowania pierwszych, niezależnych od wpływu czy kontroli rodziców, relacji z rówieśnikami lub osobami dorosłymi [1]. Celem niniejszego badania jest ocena występowania niepokojących zachowań u dzieci w wieku przedszkolnym w ocenie ich nauczycieli.

Metoda

Do badania zachowań odbiegających od normy użyto, opartej na koncepcji M. H. Borsteina, zmodyfikowanej przez nas Ankiety Niepokojących Zachowań (ANZ) autorstwa Jadwigi Kamińskiej-Reyman [15]. Autorka stworzyła w niej kategorie zachowań, występujących u dzieci w wieku przedszkolnym, które budzą niepokój rodziców i wychowawców. W zaproponowanej klasyfikacji wyróżniła następujące kategorie: nadmierna ruchliwość (NruCh), płaczliwość (Płacz), niezręczność ruchowa (Niezr), nienadążanie (Niena), nadmierna zależność (Nzał), globalne opóźnienie umysłowe (Opóz), nadmierna ruchliwość z agresją (NruChAg), agresja (Ag), autoagresja (Autoag), dziwne zachowania (Dziw), izolowanie się (Izol). Nasza modyfikacja polegała na dodaniu czterech zachowań z obszaru żywieniowego: unikanie jedzenia (Ujedz), unikanie określonych potraw (Upotr), nadmierne jedzenie (Njedz), objadanie się (Obja), oraz przekształceniu skali oceny na 5-stopniową skalę Likerta (0 – nie występuje; 1 – bardzo rzadko; 2 – rzadko; 3 – często; 4 – bardzo często; 5 – zawsze). Ankiety Niepokojących Zachowań wypełniały nauczycielki przedszkolne dzieci, opierając się na dostarczonych im szczegółowych opisach zawartych w tej ankiecie.

Autorka oryginalnej ankiety nie prowadziła analiz jej własności psychometrycznych. Przeprowadzone zostały one na podstawie niniejszego badania. W tekście publikowane są statystyki opisowe poszczególnych kategorii. Wyniki analiz skupień oraz czynnikowych będą zawarte w odrębnym doniesieniu.

Wypełnienie ANZ stanowiło część badania, dotyczącego oceny związku sytuacji rodzinnej z rozwojem psychofizycznym dziecka. Przeprowadzono poza tym fizykalne badanie dzieci oraz ankietowe rodziców dotyczące sytuacji socjodemograficznej.

Badana grupa

Badaniem objęte zostały dzieci z losowo wybranych przedszkoli, z wszystkich dzielnic Krakowa. Ankiety uzyskano dla grupy 961 dzieci w wieku od 2,7 do 7,9 roku (średnia: 5,4; SD 1,13). 49,8% badanej grupy stanowiły dziewczynki, 50,2% chłopcy, co stanowiło około 4,9% wszystkich uczęszczających do przedszkoli dzieci w mieście Krakowie.

Badania przeprowadzono w latach 2007–2008 zgodnie z obowiązującymi procedurami, tzn. za zgodą Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie (nr 26/KBL/OIL/2007), a także rodziców lub opiekunów prawnych dzieci¹.

Zgodę na badanie wyraziło 75% rodziców. Nie stwierdzono różnic pod względem wykształcenia oraz statusu cywilnego między rodzicami, którzy zgłosili dzieci do badania, a tymi, którzy tego nie zrobili. Zdobyte informacje o wymiarach noworodkowych dzieci posłużyły do sprawdzenia reprezentatywności grupy. Jako grupy odniesienia użyto analogicznych danych losowej próby noworodków z Krakowa, uzyskanych w jednym z dużych krakowskich szpitali położniczych [16]. Nie stwierdzono istotnych różnic w parametrach urodzeniowych pomiędzy wydzielonymi grupami, co sugerować może, iż dobór dzieci do badania był losowy. Z uwagi na brak obowiązku edukacji przedszkolnej w Polsce badana grupa nie może być w jednoznaczny sposób określona jako reprezentatywna.

W tej części badania ankiety wypełniały nauczycielki przedszkolne, nie planowano sygnalizowania obecności niepokojących zachowań rodzicom. Założono, iż obserwacje takie zostaną im przekazane bezpośrednio przez nauczycielki.

Użyte analizy statystyczne

Ze względu na zastosowaną skalę Likerta do podstawowego opisu statystycznego poszczególnych kategorii zachowań badanych dzieci wzięto pod uwagę dwie wartości centralne, tj. medianę i modalną. W opisie wykorzystano ponadto pozostałe dwa kwartyle: dolny i górny, dzielące badaną zbiorowość odpowiednio w stosunku 25% : 75% oraz 75% : 25%, a także wartość minimalną i maksymalną. Udzielane odpowiedzi dla danej kategorii zachowań zostały również przedstawione za pomocą liczebności bezwzględnych oraz procentowych.

Porównanie ocen, uzyskiwanych przez dzieci dla poszczególnych kategorii zachowań, u chłopców i dziewczynek, przeprowadzone zostało za pomocą nieparametrycznego testu Manna–Whitneya. W pracy tej znaleźć można również wartości współczynników korelacji tychże ocen z wiekiem badanych dzieci oraz wyniki badania ich statystycznej istotności. Analizę zależności tych cech przeprowadzono na podstawie współczynnika korelacji rang Spearmana.

Wszelkie obliczenia wykonane zostały przy założeniu 5% poziomu istotności. W pracy wykorzystano pakiet statystyczny PASW 18 PL.

Wyniki

Brak jakichkolwiek zachowań niepokojących (odpowiedzi: „nie występuje”) zanotowano u 108 dzieci (11,2%), nasilone zachowania niepokojące (odpowiedzi: „bardzo często” i „zawsze”) stwierdzono u 192 (20%) dzieci. Statystyki opisowe dla poszczególnych kategorii zachowań zawiera tabela 1.

Częstości odpowiedzi dla poszczególnych kategorii zachowań znajdują się w tabeli 2.

¹ Sytuacja społeczno-gospodarcza Krakowa w 2008 r. <http://www.stat.gov.pl>

Tabela 1. Statystyki opisowe dla poszczególnych kategorii zachowań

	Placz	Nieizr	Niena	Izol	Nruch	NruchAg	Ag	Autoag	Nzal	Opóz	Dziw	Ujedz.	Upotr	Njedz	Obja
Mediana	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Modalna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maksimum	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
Kw. dolny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kw. górny	2	1,75	2	1	2	1	0	0	1	0	1	2	2	0	0

Tabela 2. Częstości odpowiedzi dla poszczególnych kategorii zachowań

		Odpowiedzi						Ogółem
		0	1	2	3	4	5	
Placz	N	407	245	171	97	39	1	960
	%	42,40	25,52	17,81	10,10	4,06	0,10	100,00
Nieizr	N	568	152	127	72	35	6	960
	%	59,17	15,83	13,23	7,50	3,65	0,63	100,00
Niena	N	503	171	144	100	34	7	959
	%	52,45	17,83	15,02	10,43	3,55	0,73	100,00
Izol	N	659	115	92	62	30	0	958
	%	68,79	12,00	9,60	6,47	3,13	0,00	100,00
Nruch	N	524	108	96	115	88	23	954
	%	54,93	11,32	10,06	12,05	9,22	2,41	100,00
NruchAg	N	707	101	74	51	28	0	961
	%	73,57	10,51	7,70	5,31	2,91	0,00	100,00
Ag	N	725	99	73	51	13	0	961
	%	75,44	10,30	7,60	5,31	1,35	0,00	100,00
Autoag	N	913	25	16	2	2	0	958
	%	95,30	2,61	1,67	0,21	0,21	0,00	100,00
Nzal	N	631	141	97	56	31	3	959
	%	65,80	14,70	10,11	5,84	3,23	0,31	100,00
Opóz	N	791	69	57	29	9	3	958
	%	82,57	7,20	5,95	3,03	0,94	0,31	100,00
Dziw	N	714	109	80	42	12	1	958
	%	74,53	11,38	8,35	4,38	1,25	0,10	100,00
Ujedz	N	570	140	106	81	51	10	958
	%	59,50	14,61	11,06	8,46	5,32	1,04	100,00

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Upotr	N	377	240	150	116	57	20	960
	%	39,27	25,00	15,63	12,08	5,94	2,08	100,00
Njedz	N	889	28	16	14	12	1	960
	%	92,60	2,92	1,67	1,46	1,25	0,10	100,00
Obja	N	907	17	17	13	5	1	960
	%	94,48	1,77	1,77	1,35	0,52	0,10	100,00

Skumulowane liczby odpowiedzi „zawsze” lub „prawie zawsze” we wszystkich kategoriach podane są w tabeli 3.

Tabela 3. Liczba odpowiedzi „zawsze” lub „prawie zawsze” we wszystkich kategoriach

Liczba kategorii	Liczba odpowiedzi	Procent
0	691	71,90
1	134	13,94
2	76	7,91
3	30	3,12
4	14	1,46
5	10	1,04
6	3	0,31
7	2	0,21
8	1	0,10
Ogółem	961	100,00

Tabela 4 zawiera porównanie median poszczególnych kategorii ze względu na płeć dziecka.

Tabela 4. Porównanie median poszczególnych kategorii ze względu na płeć dziecka

	p-value	Opóź	0,026
Płacz	0,507	Dziw	0,056
Niezr	0,000	Ujedz	0,769
Niena	0,000	Upotr	0,783
Izol	0,971	Njedz	0,149
Nruch	0,000	Obja	0,259
NruchAg	0,000	ANZ	0,000
Ag	0,000		
AutoAg	0,888		
Nzal	0,186		

Tabela 5 zawiera częstości odpowiedzi z podziałem na płeć dla poszczególnych kategorii, których mediany okazały się istotnie różnić.

Tabela 5. Częstości odpowiedzi dla poszczególnych kategorii zachowań z podziałem na płeć

			Odpowiedzi						Ogółem
			0	1	2	3	4	5	
NieZR	chłopcy	N	239	81	70	48	25	3	466
		%	51,3	17,4	15,0	10,3	5,4	0,6	100,0
	dziewczynki	N	307	68	50	18	9	2	454
		%	67,6	15,0	11,0	4,0	2,0	0,4	100,0
Niena	chłopcy	N	206	95	75	62	23	4	465
		%	44,3	20,4	16,1	13,3	4,9	0,9	100,0
	dziewczynki	N	277	72	63	31	9	2	454
		%	61,0	15,9	13,9	6,8	2,0	0,4	100,0
Nruch	chłopcy	N	199	63	52	72	62	16	464
		%	42,9	13,6	11,2	15,5	13,4	3,4	100,0
	dziewczynki	N	302	41	37	42	22	6	450
		%	67,1	9,1	8,2	9,3	4,9	1,3	100,0
NruchAg	chłopcy	N	304	65	43	37	18	0	467
		%	65,1	13,9	9,2	7,9	3,9	0,0	100,0
	dziewczynki	N	376	32	25	13	8	0	454
		%	82,8	7,0	5,5	2,9	1,8	0,0	100,0
Ag	chłopcy	N	313	67	50	27	10	0	467
		%	67,0	14,3	10,7	5,8	2,1	0,0	100,0
	dziewczynki	N	384	29	18	21	2	0	454
		%	84,6	6,4	4,0	4,6	0,4	0,0	100,0
Opóz	chłopcy	N	364	44	32	18	5	2	465
		%	78,3	9,5	6,9	3,9	1,1	0,4	100,0
	dziewczynki	N	398	24	18	10	2	1	453
		%	87,9	5,3	4,0	2,2	0,4	0,2	100,0

W tabeli 6 – na następnej stronie zamieszczono wyniki analizy korelacji wieku z poszczególnymi kategoriami zachowań w ANZ, w tym również z uwzględnieniem płci badanych.

Analizując podstawowe charakterystyki opisowe dla poszczególnych kategorii należy przede wszystkim zwrócić uwagę na ich niskie wartości. Oznacza to, że wyszczególnione w Ankiecie Niepokojących Zachowań kategorie występują u badanych dzieci stosunkowo rzadko. Większość wartości średnich nie przekracza poziomu 1.

Tabela 6. Analiza korelacji wieku z poszczególnymi kategoriami zachowań

	Wszystkie przypadki	Dziewczynki	Chłopcy
Placz	R = -0,120 p = 0,000	R = -0,095 p = 0,044	R = -0,143 p = 0,002
NieZR	R = -0,078 p = 0,018	–	R = -0,117 p = 0,012
Niena	–	–	–
Izol	R = -0,072 p = 0,028	–	–
Nruch	–	–	–
NruchAg	–	–	–
Ag	–	R = -0,093 p = 0,047	–
Autoag	–	–	–
Nzal	R = -0,106 p = 0,001	R = -0,092 p = 0,050	R = -0,123 p = 0,008
Opóź	–	–	–
Dziw	–	–	–
Ujedz	R = -0,095 p = 0,004	R = -0,115 p = 0,014	–
Upotr	R = -0,096 p = 0,003	R = -0,113 p = 0,016	–
Njedz	–	–	–
Obja	–	–	–
ANZ	R = -0,114 p = 0,001	R = -0,119 p = 0,011	R = -0,128 p = 0,006

Wyjątek stanowią kategorie Placz, Nruch, Upotr, w których wartości średnie wraz z odchyleniami standardowymi wynoszą odpowiednio: $1,08 \pm 1,18$; $1,17 \pm 1,52$; $1,27 \pm 1,35$. Wartościami średnimi bliskimi 1 charakteryzują się natomiast kategorie takie, jak: Niena ($0,97 \pm 1,24$), Ujedz ($0,89 \pm 1,30$), NieZR ($0,83 \pm 1,19$). Szczególnie niska wartość średnia związana jest z kategoriami Autoag ($0,07 \pm 0,37$), Obją ($0,12 \pm 0,55$) oraz Njedz ($0,16 \pm 0,65$). Ponadto, dokonując oceny zgromadzonych w tabeli 1 wyników, należy zauważyć, że wartości odchyłeń standardowych są we wszystkich przypadkach wyższe niż wartości średnie, co oznacza ich dużą zmienność wśród badanych dzieci.

Dyskusja

Jedynie mała grupa dzieci nie prezentowała żadnych zachowań niepokojących, jednak tylko 28% dzieci charakteryzowały objawy najbardziej nasilone (najbardziej nasilonym objawem okazała się nadpobudliwość). Wynik ten zbliżony jest do obser-

wacji czynionych przez innych badaczy tego zagadnienia [3]. Świadomość specyfiki wczesnego okresu rozwojowego każe jednak z dużą ostrożnością podchodzić do interpretacji otrzymanych wyników. Charakter badania nie pozwala na jednoznaczną odpowiedź na pytanie, które z zachowań i w jakim stopniu stanowią problem istotny klinicznie. Wiele z uwzględnionych w ankiecie zachowań, jak np. agresja, może być adekwatnych do wczesnego okresu rozwojowego [17]. Zastrzeżenie to dobrze ilustruje np. nasilenie zjawiska płaczu. Płacz w ramach koncepcji przywiązania może być traktowany jako jedno z wczesnodziecięcych zachowań sygnałowych wykorzystywanych w procesie budowania więzi z opiekunem [18]. W okresie przedszkolnym powinien być on jednak zastępowany przez inne zachowania lub werbalizowanie swoich stanów emocjonalnych. Stąd też istotne w interpretowaniu opisanych zjawisk jest odniesienie się do częstości ich występowania. Duża częstość świadczy pośrednio o utrwaleniu się danego zjawiska i adaptacyjnej sztywności w jego prezentowaniu. Warto tu również postawić pytanie, czy brak płaczu uznać należy za zjawisko jednoznacznie korzystne? Niektóre badania w tym względzie wskazują na niekorzystny charakter inhibicji reakcji emocjonalnych w sytuacji stresogennej [19].

Kolejne zastrzeżenie wiąże się z relacją pomiędzy objawami a potencjalnymi jednostkami klinicznymi. I tak na przykład nadpobudliwość jako taka nie może być utożsamiana z rozpoznaniem zaburzeń hiperkinetycznych. We wczesnym okresie rozwojowym nadpobudliwość stanowić może np. behawioralny przejaw niepokoju [11]. Objaw izolowania się rozumiany może być jako behawioralny wyraz wielu trudności emocjonalnych, np. lęku [20]. Brak relacji z grupą rówieśniczą może być też traktowany jako zaburzenie ze spektrum autystycznego lub skutek depresyjnego wycofania się z relacji. Również izolowanie się nie może być traktowane jako zjawisko jednoznacznie negatywne w każdej sytuacji. I tak np. zachowania charakterystyczne dla unikającego stylu przywiązania mogą być też jedną ze strategii adaptacyjnych nie mających jednoznacznie psychopatologicznego charakteru [21].

Również w znaczący sposób nasilone okazało się unikanie jedzenia i określonych potraw. Porównanie wyników niniejszego badania w kontekście unikania prawidłowego jedzenia z podobnymi przeprowadzonymi w prowincji Quebec (Kanada) wskazuje jednak na mniejsze nasilenie tych problemów w polskiej populacji [22]. Znaczenie może mieć tu jednak fakt, iż w cytowanym badaniu ocena podejmowana była przez rodziców oraz pewne odmienności zastosowanych ankiet.

W 6 wymiarach i skali zbiorczej chłopcy istotnie statystycznie wzbudzali większy niepokój nauczycieli przedszkolnych niż dziewczynki. Okazało się, że dziewczynki nie odróżniają się na niekorzyść od chłopców w żadnej ze skal. Podobne zależności, w których chłopcy osiągają większe nasilenie niepokojących zjawisk, obserwowane są w większości – choć nie we wszystkich – badań w tej grupie wiekowej [6, 1]. W wieku rozwojowym większe nasilenie objawów u dziewcząt pojawiać się może w wypadku zaburzeń lękowych czy zaburzeń depresyjnych, choć różnice zależne od płci w okresie przedszkolnym opisywane są jako mniejsze niż w późniejszych okresach życia [8]. Płeć dziecka może wpływać na sposób oceny jego poszczególnych cech [23]. Nie bez znaczenia jest też fakt, że większość wypełniających ankietę to kobiety. Ich ocena może

być związana ze specyficznymi oczekiwaniami w zależności od płci dziecka i zależną od niej modyfikacją jego zachowań w relacji z nimi [24, 25, 14].

Część z obserwowanych zjawisk wydaje się mieć charakter adaptacyjnej reakcji na pobyt w przedszkolu. Wskazywać może na to pośrednio ujemny związek niektórych objawów z wiekiem. Co ciekawe i tutaj obserwowana jest różnica zależna od płci. Związek unikania jedzenia i określonych potraw z płcią żeńską jest zastanawiający z powodu wielokrotnie większego nasilenia zaburzeń odżywiania się w populacji młodych dziewcząt niż u chłopców. Zależności między wybrednym wczesnodziecięcym jedzeniem a rozwojem jadłowstrętu psychicznego były już zresztą obserwowane [26].

Użyte narzędzie pozwala w prosty sposób odnieść się do złożonych zjawisk psychologicznych. Jego wartość nie była wcześniej weryfikowana w badaniu klinicznym lub porównywana z wynikami innego narzędzia. Kontrowersyjne może być też przyjęcie kryterium odwołującego się do częstości, a nie nasilenia badanych cech. Obserwowanie problemów w przedszkolu nie oznacza ich występowania np. w domu. Na podstawie niniejszego badania nie można rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia ze zjawiskami o charakterze przewlekłym czy też przemijającym. Wprawdzie do kwestionariusza dołączona została instrukcja precyzyjniej definiująca poszczególne itemy, jednak opisy dzieci oparte były w dużej mierze na subiektywnej ocenie nauczycieli przedszkolnych. Nie badaliśmy, jak długo nauczyciele przedszkolni znają dzieci – może to w znaczący sposób wpływać na postrzeganie dziecka. Znaczenie może mieć tu zarówno czas, jaki dziecko przebywa w przedszkolu, jak i czas zatrudnienia nauczyciela przedszkolnego w konkretnej grupie. Różnice mogły też występować pomiędzy różnymi ankietowanymi osobami. Wreszcie, przedszkola nie są w Polsce obowiązkowe. Dzieci o szczególnych trudnościach mogą nie być do przedszkoli zapisywane lub też być z nich wypisywane.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe wątpliwości, należy stwierdzić, iż niepokojące nauczycieli przedszkolnych problemy emocjonalne i behawioralne dzieci nie mają jednoznacznego przełożenia na objawy czy diagnozy kliniczne. Opis dziecka jako „zawsze” lub „bardzo często” prezentującego zawarte w ankiecie niepokojące zachowanie – podany przez nauczyciela przedszkolnego – uznać należy za poznawczo i klinicznie istotny.

Беспокоющие поведения детей в оценке краковских учителей детских садов

Содержание

Задание. Оценка появления эмоциональных и поведенческих нарушений среди детей дошкольного возраста.

Метод. Использование Анкеты беспокойного поведения детей по мнению родителей, заполненная педагогами детских садов. К таким типам повелений причислены : повышенная плачливость, двигательное торможение, неуспевание, несамостоятельность, общее замедление мышления, повышенное беспокойство, повышенное беспокойство с агрессией, агрессия, автоагрессия, дивное поведение, изолирование от группы, отказ от еды, отказ от определенных пищевых продуктов, обжорство, повышенное съедание пищи в шкале оценки: не присутствует, очень редко, редко, часто, очень часто, всегда. Исследования охватывали 961 ребенка в возрасте

3–7 лет случайно выбранных детских садов изо всех районов г. Кракова в возрасте 2,7 до 7,9 лет (средний возраст 5,4 откл. 1,13)..

Результаты. Отсутствие каких-либо беспокоящих типов поведения (ответы: „не присутствуют“) отмечены у 108 детей (11,2%). Сильные беспокоящие поведения (ответы „очень часто“ и „всегда“ хотя бы в одной категории) отмечено у 270 детей (28%), в том числе – плачь 4,2 %, двигательное торможение 4,3%, неуспевание за другими 4,3%, изолирование от группы 3,1%, повышенное беспокойство 11,6%, повышенное беспокойство с агрессией 3%, агрессия 1,2%, автоагрессия 0,2%, несамостоятельность 3,5%, общее умственное отупение 1,2%, дивное поведение 1,3%, отказ от еды 6,4% , отказ от определенных пищевых продуктов 8%, повышенный аппетит 1,3%, обжорство 0,6%.

В обзорной шкале Анализа и 6 категориях (двигательная заторможенность, неуспевание за другими, повышенное беспокойство, повышенное беспокойство с агрессией, агрессия, умственное отупение) отмечено у мальчиков – найдено больше таких проблем. В корреляции Анализа с возрастом появляются существенно отрицательные зависимости в 6 итемах (плачь, двигательная заторможенность, изолирование от группы, несамостоятельность, отказ от пищи, избегание определенных продуктов питания) и в общей шкале. В общей шкале нарушений, а также плачь и несамостоятельность были существенны для обоего пола. Агрессия, отказ от еды и избегание определенных продуктов питания существенны были у девочек, а повышенный аппетит – у мальчиков.

Beunruhigendes Verhalten bei Kindern in der Beurteilung der Erzieher aus Krakauer Kindergarten

Zusammenfassung

Ziel. Die Beurteilung der emotionalen und behavioralen Probleme unter den Kindern im Kindergarten.

Methode. Umfrage für beunruhigendes Verhalten (UfBV), aus der Sicht der Eltern und Erzieher, die von den Erziehern ausgefüllt wurde. Sie umfasste folgende Kategorien: übermäßige Weinerlichkeit (Weiner), motorische Ungeschicklichkeit (Ungesch), Zurückbleiben (Zurück), übermäßige Abhängigkeit (üAbh), globale geistige Behinderung (Behind), übermäßige Beweglichkeit (üBeweg), übermäßige Beweglichkeit mit Aggression (üBewegAg), Aggression (Ag), Autoaggression (Autoag), merkwürdiges Verhalten (merk), Isolierung (Isol), Vermeiden von Essen (Vermess), Vermeiden von bestimmten Speisen (VermSpei), übermäßiges Essen (üEss), Überessen (Übere). Die Beurteilungsskala: nicht vorhanden, sehr selten, selten, oft, sehr oft, immer. 961 Kinder im Alter zwischen 3–7 Jahren, stichprobenartig aus den Kindergärten in allen Stadtvierteln von Kraków im Alter von 2,7 bis 7,9 Jahren (Mediane: 5,4; SD 1,13) gewählt.

Ergebnisse. Kein beunruhigendes Verhalten (Items: „nicht vorhanden“) wurde bei 108 Kindern (11,2%) ermittelt. Intensiviertes beunruhigendes Verhalten (Antworten: „sehr oft“ und „immer“ mindestens in einer Kategorie) wurde bei 270 (28%) Kinder festgestellt, darunter: übermäßige Weinerlichkeit (Weiner) 4,2%, motorische Ungeschicklichkeit (Ungesch) 4,3%, Zurückbleiben (Zurück) 4,3%, Isolierung (Isol) 3,1%, übermäßige Beweglichkeit (üBeweg) 11,6%, übermäßige Beweglichkeit mit Aggression (üBewegAg) 3,0%, Aggression (Ag) 1,2%, Autoaggression (Autoag) 0,2%, übermäßige Abhängigkeit (üAbh) 3,5%, globale geistige Behinderung (Behind) 1,2%, merkwürdiges Verhalten (merk) 1,3%, Vermeiden von Essen (Vermess) 6,4%, Vermeiden von bestimmten Speisen (VermSpei) 8%, übermäßiges Essen (üEss) 1,3%, Überessen (Übere) 0,6%. In der gesamten Skala von UfBV und in 6 Kategorien waren bei den Jungen die Probleme statistisch signifikant von größerer Intensität. In der Korrelation von UfBV mit dem Alter wurden statistisch signifikante negative Abhängigkeiten bei 6 Items (Weiner, Ungesch, Isol, üAbh, Vermess, VermSpei) und bei der gesamten Skala erfasst. Die gesamte Skala, Weiner und üAbh zeigten sich für beide Geschlechter als signifikant, dabei Ag, Vermess und VermSpei nur für Mädchen, Ungesch nur für Jungen.

Diskussion. Die Interpretation der Ergebnisse soll noch viele Vorbehalte, methodologische und interpretative Zweifel berücksichtigen.

Les comportements inquiétants des enfants d'après les instituteurs d'écoles maternelles de Cracovie

Résumé

Objectif. Evaluer la prédominance des problèmes émotifs et de comportement des enfants de l'école maternelle.

Méthode. Les instituteurs de l'école maternelle sont examinés avec the Disturbing Behaviour Questionnaire (DBQ) surtout dans les catégories suivantes : Pleurs excessifs (Cry), Maladresse motrice (Awk), Retard (Lag), Dépendance excessive (Excdep), Retarde dans le développement (Del), Hyperactivité (Hyper), Hyperactivité avec Aggression (Hypag), Aggression (Ag), Auto-agression (Aag), Comportement bizzare (Stran), Auto-isolation (Isol), Evitement de manger (Aveat), Evitement de certains produits alimentaires (Avfd), Hyperphagie (Overeat), Hyperphagie compulsive (Compeat) et elles sont analysées avec les échelles suivantes : Absent, Très rare, Rare, Fréquent, Très fréquent, Toujours. 961 enfants âgés de 3 à 7 ans, sélectionnés d'une manière randomisée de toutes les écoles maternelles de Cracovie, âgés de 2,7 – 7,9 ans (moyenne : 5,4 ; SD 1,13).

Résultats. « Absent » – on note chez 108 enfants (11,3%) ; 270 enfants (28%) répondent « toujours », et « très fréquent » dans les catégories suivantes : Cry – 4,2%, Awk – 4,3%, Lag – 4,3%, Isol – 3,1%, Hyper – 11,6%, Hypag – 3%, Ag – 1,2%, Aag – 0,2%, Excdep – 3,5%, Del – 1,2%, Stran – 1,3%, Aveat – 6,4%, Avfd – 8%, Overeat – 1,3%, Compeat – 0,6%. En général DBQ et dans six catégories : Awk, Lag, Hyper, Hypag, Ag, Del – les garçons ont des problèmes plus graves que les filles. La corrélation de DBQ et de l'âge est négative dans les items suivants : Cry, Isol, Excdep, Aveat, Avfd, Awk et dans le score total. Le score total, Cry et Excdep sont significatif pour tous, Ag, Aveat et Avfd pour les filles, Awk pour les garçons.

Discussion. Dans l'interprétation de ces résultats il faut tenir compte de plusieurs doutes méthodologiques et interprétatifs.

Piśmiennictwo

1. Fantuzzo J, Grim S, Mordell M, McDermott P, Miller L, Coolahan K. *A multivariate analysis of the revised Conners' Teacher Rating Scale with Low-Income, Urban Preschool Children*. J. Abnorm. Child Psychol. 2001; 29: 141–152.
2. Konold TR, Hamre BK, Pianta RC. *Measuring problem behaviors in young children*. Behav. Disord. 2003; 28: 111.
3. Eager HL, Angold A. *Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology*. J. Child Psychol. Psychiatry 2006; 47: 313–337.
4. Postert C, Averbeck-Holocher M, Beyer T, Müller J, Furniss T. *Five systems of 24 psychiatric classification for preschool children: do differences in validity, usefulness and reliability make for competitive or complimentary constellations?* Child Psychiatry Hum. Dev. 2009; 40: 25–41.
5. Rutter M. *Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1989; 28: 633–653.
6. Campbell S. *Behavior problems in preschool children: a review of recent research*. J. Child Psychol. Psychiatry 1995; 36: 113–149.
7. Gleason MM, Zeanah CH, Dickstein S. *Recognizing young children in need of mental health assessment: development and preliminary validity of the early childhood screening assessment-infant*. J. Ment. Health 2010; 31: 335–357.
8. Mash JE, Dozois DJA. *Child psychopathology: a developmental systems perspective*. W: Mash EJ, Russell RA, red. *Child psychopathology*. New York: The Guilford Press; 2003, s. 3–75.

9. Mazza JJ, Fleming CB, Abbott RD, Haggerty KP, Catalano RF. *Identifying trajectories of adolescents' depressive phenomena: an examination of early risk factors*. J. Youth Adolesc. 2010; 39: 579–593.
10. Pilecki M. *Rodzinne brzemie zaburzeń w rozwoju*. Sztuka Lecz. 2007; 14: 59–67.
11. Pilecki M, Zdenkowska-Pilecka M. *Zaburzenia hiperkinetyczne – uwarunkowania, diagnoza, terapia, wrażliwości*. Przegł. Lek. 2004; 61: 1279–1283.
12. Phillips BM, Lonigan CJ. *Child and informant influences on behavioral ratings of preschool children*. Psychol. Schools 2010; 47: 374–390.
13. Karkkainen R, Raty H. *Parents' and teachers' views of the child's academic potential*. Educat. Stud. 2010; 36: 229–232.
14. Szumilas EM. *Zdrowie i rozwój polskich sześciolatek*. Wychow. Przedszk. 2008; 6: 5–13.
15. Kamińska-Reyman J. *O niepokojących zachowaniach dzieci przedszkolnych – wskaźniki behawioralne i typologia*. W: Dołęga Z, red. *Diagnoza psychologiczna dzieci w wieku przedszkolnym*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2005, s. 201–222.
16. Kowal M, Cichocka B, Krzysztofiak J. *Czy obserwowane od przeszło 20 lat smuklenie ciała noworodków można wiązać z narastającym od 20 lat rozpowszechnieniem otyłości?* Ann. Univ. M. Curie-Skłodowska 2006; 341: 474–478.
17. Hay DF. *The gradual emergence of sex differences in aggression: alternative hypotheses*. Psychol. Med. 2007; 37: 1527–1537.
18. Murray AD. *Infant crying and communication*. Austr. Psychol. 1975; 10: 303–308.
19. Smeekens S, Riksen-Walraven M, van Bakel HJA. *Cortisol reactions in five-year-olds to parent-child interaction: the moderating role of ego-resiliency*. J. Child Psychol. Psychiatry 2007; 48: 649.
20. Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A, Faraone SV, Davis S, Harrington K, Rosenbaum JF. *Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up*. J. Dev. Behav. Pediatr. 2007; 28: 225–233.
21. Hinde RA, Stevenson-Hinde J. *Attachment: biological, cultural and individual desiderata*. Hum. Develop. 1990; 33: 62–72.
22. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda F. *Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study*. Int. J. Behav. Nutr. Phys. Activ. 2007; 4: 9.
23. O'Connor E. *Teacher-child relationships as dynamic systems*. J. School Psychol. 2010; 48: 187–218.
24. Quinn P, Wigal S. *Perceptions of girls and ADHD: results from a national survey*. Medscape Gen. Med. 2004; 6: 2.
25. Stromquist NP. *The gender socialization process in schools: a cross-national comparison. Paper commissioned for EFA Global Monitoring Report 2008. Education for all by 2015: will we make it?* Oxford: UNESCO Publishing. Oxford University Press; 2007.
26. Marchi M, Cohen P. *Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990; 29: 112–117.

Adres: Maciej Pilecki
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 12.11.2010
Zrecenzowano: 30.11.2011
Otrzymano po poprawie: 23.12.2011
Przyjęto do druku: 20.02.2012
Adiustacja: L. Sz.