JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

PORUCHY CHOVÁNÍ JAKO DŮSLEDEK SPECIFICKÝCH VÝVOJOVÝCH PORUCH UČENÍ

CONDUCT DISORDERS AS A RESULT OF SPECIFIC LAERNING DISORDERS

DIPLOMOVÁ PRÁCE

České Budějovice 2012

Vedoucí práce: **Autor práce:**

Mgr. Renata Jandová **Nela Vokrojová**

Anotace

Diplomová práce se zabývá vztahem specifických vývojových poruch učení a poruch chování u pubescentů.

V teoretické části jsou vysvětleny základní termíny vyskytující se v práci, jako jsou specifické vývojové poruchy učení, poruchy chování, pubescence a možná prevence vzniku poruch chování. Jsou zde uvedeny české i zahraniční výzkumy, které byly na toto a podobná témata již provedeny.

Empirická část zkoumá kvantitativní metodou míru anxiety a výskyt poruch chování na druhých stupních 2. ZŠ v Třeboni a ZŠ Londýnské v Praze a porovnává získaná data u žáků s SVPU a bez SVPU.

Klíčová slova: poruchy učení, poruchy chování, anxieta, adolescenti, prevence

Abstract

This thesis focuses on relationship between specific learning disorders and conduct disorders in puberty.

The theoretical part explains the basic terms apearing in the thesis such as specific learning disorders, conduct disorders, puberty and prevention of conduct disorder formation. It presents Czech and foreign research which have already been done in this and related areas.

The empirical part uses a quantitative method to measure anxiety and occurrence of conduct disorders in second grade students in 2. ZŠ in Třeboň and ZŠ Londýnská in Prague. Data gained from children with specific learning disorder are compared with data from children without disorder.

Key words: specific learning disorders, conduct disorders, anxiety, puberty, prevention.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

14. dubna 2012 v Českých Budějovicích

Nela Vokrojová

Poděkování

Děkuji Mgr. Renatě Jandové za cenné rady, konzultace, připomínky, za odborné vedení a metodickou pomoc při zpracování mé diplomové práce. Také bych ráda poděkovala vedení, vyučujícím i žákům na 2. ZŠ v Třeboni a na ZŠ Londýnská v Praze za možnost realizace sběru dat potřebných pro vznik této diplomové práce.

Obsah

I. ÚVOD 8

II. TEORETICKÁ ČÁST 9

1 Specifické vývojové poruchy učení 9
1.1 Problematika vymezení a definice SVPU 9
1.2 Teoretické a metodologické přístupy k SVPU 11
1.2.1 Biologický přístup 11
1.2.2 Kognitivní přístup 12
1.2.3 Sociální (kontextuální) přístup 13
1.3 Přístupy k vymezení SVPU 14
1.3.1 SVPU jako deficit 14
1.3.2 SVPU jako talent 14
1.3.3 SVPU jako sociální konstrukt 15
1.4 Klasifikace SVPU 15
1.4.1 Klasifikace podle Rourkeho a Del Dotta 16
1.4.2 MKN-10 18
1.4.3 DSM-IV 18
1.4.4 Projevy specifických poruch učení 19

2 Pojem poruchy chování, jejich klasifikace a vymezení možné příčiny jejich vzniku 22
2.1 K definici 22
2.2 Klasifikace PCH 24
2.2.1 Klasifikace užívaná ve speciální pedagogice 25
2.2.2 Klasifikace medicínská 26
2.3 Příčiny PCH 30

3 Charakteristika vývojového období pubescence 31
3.1 Tělesná proměna a vývoj kognitivních schopností 32
3.2 Emoční vývoj 33
3.3 Vztah k rodině 34
3.4 Vztah k vrstevnické skupině 35
3.5 Utváření identity 36
3.6 SVPU v období pubescence 37
3.7 Poruchy chování v období pubescence 38

4 Vztah SVPU a poruch chování 41
4.1 Sebepojetí 42
4.2 Rodina 43
4.3 Vztahy 45
4.4 Deprese, úzkostlivost a agrese 46

5 Primární prevence na základních školách 49
5.1 Prevence jak ji vidí Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů školách a školských zařízeních 49
5.1.1 Členění primární prevence 49
5.1.2 Cíle specifické primární prevence 50
5.1.3 Školní preventivní strategie (školní preventivní program) 51
5.1.4 Minimální preventivní program 51
5.2 Škola: Prevence v praxi 52
5.2.1 Specifický boj s násilím 55
5.3 Konkrétní primárně preventivní programy 57

III. EMPIRICKÁ ČÁST 60

1 Cíl práce 61

2 Výzkumný problém, hypotézy 61

3 Charakteristika výzkumného vzorku 62
3.1 2. ZŠ Třeboň 62
3.2 ZŠ Londýnská Praha 2 63
3.3 Respondenti 63

4 Popis používaných metod, jejich administrace a vyhodnocování 64
4.1 Škála klasické a sociálně situační anxiety a trémy (KSAT) 64
4.2 Řízený strukturovaný rozhovor s třídními učiteli 65

5 Výsledky 66
5.1 Nejčetnější poruchy chování na školách 66
5.2 Srovnání anxiety u žáků s SVPU a žáků bez SVPU 69
5.3 Průměrné skóry u položek 4, 12, 20 ze škály pro sociální interpersonální situace u žáků s SVPU a bez SVPU 70
5.4 Průměrné skóry u položek 23, 25, 26 ze škály pro trému u žáků s SVPU a bez SVPU 71
5.5 Průměrné skóry u jednotlivých položek 71
5.6 Srovnání Prahy a Třeboně 73
5.7 Výsledky podle věkových kategorií 74

IV. ZÁVĚR 76

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 78

PŘÍLOHY 100

I. ÚVOD

Diplomová práce Poruchy chování jako důsledek specifických vývojových poruch učení, kterou právě držíte ve svých rukách, vznikla v důsledku mého zájmu o psychický život dětí, které jsou ve škole nějakým způsobem znevýhodněné.

V současné době se velmi často mluví o integraci žáků speciálních škol do běžných základních škol. Příznivci této varianty často argumentují tím, že se ušetří finance a zabrání se často bezdůvodné segregaci. Odpůrci argumentují nedostatečnou kvalifikací učitelů na běžných školách. Otázka psychické pohody žáků jde stranou.

Tato práce se zaměřuje na děti se specifickými vývojovými poruchami učení, které jsou dnes běžně do škol integrovány. SVPU už dnes nejsou pro žádného učitele něčím neznámým, studenti učitelství jsou se specifiky této poruchy seznamováni již na univerzitách, způsoby práce s těmito dětmi jsou mezi učiteli rozšířené, a tak jedinou otázkou zůstává, jak se cítí žáci samotní.

Obzvláště v citlivém období pubescence může mít každá sebedrobnější odlišnost vliv na sebepojetí, a proto se tato práce zaměřuje na žáky druhého stupně základních škol.

V teoretické části jsem se snažila rozebrat specifické vývojové poruchy učení a poruchy chování z co nejvíce úhlů pohledů a nastínit tak široký rámec, do kterého lze problematiku zasadit. V třetí kapitole jsem vymezila specifika pubescence a její rizika. Ve čtvrté kapitole pak předkládám přehled uskutečněných českých i zahraničních výzkumů na souvislost SVPU a poruch chování. Závěrečná kapitola teoretické části pak navrhuje možné způsoby prevence vzniku poruch chování.

V empirické části se zabývám otázkou možného vlivu SVPU na vznik poruch chování u dětí v období pubescence předkládám zde přehled nejčastějších projevů poruch chování na 2. stupni ZŠ.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Specifické vývojové poruchy učení

1.1 Problematika vymezení a definice SVPU

Názvosloví v této oblasti není zcela jednotné, v České republice se nejvíce používají pojmy specifické vývojové poruchy učení, specifické poruchy učení a dyslexie. V zahraniční literatuře jsou uváděny pojmy learning disabilities (USA), specific learning difficulties (Velká Británie), dyslexia (Francie) a Legasthenie, Kalkulasthenie (Německo) (Zelinková, 2003).

V ČR někteří autoři chybně používají termín dyslexie pro zastřešení všech poruch učení. Tato diplomová práce bude užívat termín specifické vývojové poruchy učení (dále jen SVPU), jako pojem nadřazený a souhrnný pro dyslexii, dysortografii, dysgrafii, dyskalkulii, dyspraxii, dysmúzii a dyspinxii.

Definic specifických vývojových poruch učení nalezneme mnoho. V kontextu české literatury se nejčastěji používá definice expertů Národního ústavu ve Washingtonu spolu s experty Ortonovy společnosti z roku 1980, kterou uvádí Matějček ve své publikaci Dyslexie:

„Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha učení může vyskytovat souběžně s jinými formami postižení (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem těchto postižení nebo nepříznivých vlivů“ (Matějček, 1987, s. 25).

Většina amerických autorů v zásadě vychází z definice Zákoníku (Public Law 101-476):

„*Poruchy učení znamenají, že jednotlivec má slabé školní dovednosti navzdory vyšší intelektuální schopnosti. Školní obtíže nejsou způsobeny vizuálním, sluchovým nebo motorickým handicapem, mentální retardací, emoční poruchou nebo vlivem prostředí či kulturním a sociálním znevýhodněním*“ (Siegel, 1999 s. 160 in Pokorná 2010, s. 18) nebo z preciznější verze uvedené ve Federálním katalogu (1977, s. 65 083):

„*Specifické poruchy učení znamenají poruchu v jednom nebo více základních psychických procesech, zahrnující porozumění nebo používání jazyka, mluveného nebo psaného, která se může projevit v nedokonalé schopnosti naslouchat, myslet, mluvit, číst, psát nebo provádět matematické výpočty. Termín zahrnuje takové podmínky, jako jsou percepční nedostatky, mozková poranění, lehké mozkové dysfunkce, dyslexie a afázie. Termín nezahrnuje jedince s problémy v učení, které jsou primárně důsledkem zrakového, sluchového nebo motorického handicapu, mentální retardace, emoční narušení nebo kulturně či ekonomicky znevýhodněného prostředí*“ (Spear- Swerling, s. 253 in Pokorná 2010, s. 18).

Právě podmínka diagnostického kritéria diskrepance (rozporu) mezi podávaným školním výkonem a globálními intelektovými schopnostmi se stala ke konci devadesátých let předmětem výzkumu. Např. už Reschely a Grimas (1990) vyzývají k tomu, aby se namísto inteligenčními testy psychologové zabývali celkovou analýzou kognitivních dovedností jedince. Portešová (2009) uvádí, že se výzkumníci shodli na tom, že numericky formulovaná diskrepance mezi IQ a školním výkonem není pro diagnostikování poruchy učení dostatečná a přichází tak se dvěma novými modely: Modelem intraindividuálních odlišností (*Intraindividual differences model*; standardizovanými psychologickými metodami mapuje silné a slabé stránky žáka) a Modelem řešení problémů (*Problem solving model*; sleduje pokrok žákova učení v čase).

Obecně tyto výše uvedené definice, jakkoli jsou akurátní, slouží spíše pro potřeby legislativy a čas ukázal, že je potřeba zabývat se problematikou více do hloubky a to z hlediska lékařského, psychologického i výchovného. Následující kapitola proto shrne nejvýznamnější přístupy ke specifickým poruchám učení.

1.2 Teoretické a metodologické přístupy k SVPU

Následující tři přístupy jsou výsledkem diverzifikace v procesu pátrání po etiologii SVPU. Většina z nich se zabývala specifickou vývojovou poruchou čtení, tedy dyslexií.

1.2.1 Biologický přístup

Biologický přístup si klade tři základní otázky: Zda je dyslexie závislá na mateřském jazyce, zda existuje nějaký biologický znak, který se projevuje tím, že k SVPU dochází, a pokud ano, co vše se o něm můžeme dozvědět. Proto se zabývá především otázkou dědičnosti a odlišnosti v mozkových strukturách.

Dědičnost, zkoumaná na monozygotních a dizygotních dvojčatech nebo opřená o srovnání amnestických informacích mezi rodiči a dětmi, nebyla nikdy jednoznačně prokázána, protože je pro výzkumníky těžké odlišit, do jaké míry se jedná o vliv genů a do jaké o vliv prostředí, ve kterém dítě vyrůstá (Pokorná, 2010). Přesto výzkum DeFriese, Filipeka, Faulkera, Olsa, Pennigtona, Smithe a Wise (1997) ukázal, že monozygotní dvojčata, trpěla shodnými poruchami čtení v 68% případů, zatímco u dizygotních byla shoda jen 38%, což je signifikantní rozdíl.

Studium odlišnosti mozkových struktur se opírá především o odchylky v poměru velikostí spánkových laloků, menší velikosti corpus callosum nebo odlišnými funkcemi pravé a levé hemisféry (Pokorná, 2010).

Biologický přístup se snaží objevit shodné znaky, které by vysvětlily příčinu poruch a tím snížily pocit viny rodičů a také obecně zlepšily obraz SVPU u široké veřejnosti a sejmuly tak z dětí nálepku „lajdáků“. Zároveň se také snaží nalézt lék, který by obtěžující projevy reguloval, v současné době je nejužívanějším lékem Ritalin (Pokorná, 2010).

1.2.2 Kognitivní přístup

Kognitivní přístup se zabývá fonologickým deficitem, vizuálním deficitem, deficity v oblasti řeči a jazyka, deficitech v procesech automatizace, deficity v oblasti paměti, deficity v časovém uspořádání ovlivňující rychlost kognitivních procesů a kombinací těchto deficitů.

Odborníci zabývající se výzkumem fonologického deficitu zjistili, že většina dyslektiků vykazuje výrazně vyšší deficit ve fonologických procesech než mladší děti na stejné úrovni čtení. Ukázalo se, že děti s dyslexií mají problémy s fonematickým uvědoměním a z toho vyplývají problémy s dekódováním, které následně komplikují nácvik čtení (Zelinková, 2003).

Vizuální deficit vychází ze studia ikonické perzistence. Bylo dokázáno, že někteří dyslektici mají dlouhou ikonickou perzistenci, která pak ovlivňuje proces čtení, protože jedinec, na jehož sítnici přetrvává obraz delší dobu, potřebuje mnohem delší časový rozestup mezi dvěma podněty, pakliže je má vnímat správně. V opačném případě při čtení obraz prvního písmene překryje obraz písmene následujícího. To potvrzují i dřívější výzkumy George Pavlidise, který zjistil, že dyslektici mají podstatně větší počet sakád a fixací než čtenář bez této SVPU (Zelinková, 2003).

Deficit v oblasti řeči a jazyka je *„spojován s menší slovní zásobou, obtížemi ve vyjadřování, s nižším jazykovým citem a artikulační neobratností“* (Zelinková, 2003, s. 28).

Deficit v procesu automatizace se prokázal například ve výzkumu čtení slov známých a neznámých (Zelinková, 2003). K úspěšnému porozumění textu totiž vedou tři kroky: dekódování slova, poznání významu slova, ale také vybrání správného z možných významů podle kontextu (Pokorná, 2010). Samuels (1999) se domnívá, že rozhodující vliv na to, jestli si jedinci s dyslexií zautomatizují čtení, má socioekonomický status rodiny.

Deficit v oblasti paměti se projevuje především v oblasti paměti pracovní, což potvrzují výzkumy Craina a Shankweillera nebo P. de Jenga (Zelinková, 2003). Na tento problém lze nahlížet i z druhé strany. Existuje kritický limit 1-1,5 sekundy pro funkční přečtení jednoho slova. Pokud je výkon čtenáře pomalejší, zapomene začátek

věty, než se dostane na její konec (Pokorná, 2010). U dyslektiků, jak jsme již výše uvedli, je tempo ještě ovlivněno vizuálním deficitem, protože provádí více fixací a dochází u něj k větší četnosti zpětných sakád (tzv. regresí), které u dyslektika tvoří až 50% očních pohybů celkem (Solan, Feldman & Tujak, 1995).

Poslední z uvedených, deficit v časovém uspořádání ovlivňující rychlost kognitivních procesů, vychází z výzkumů jmenování podnětů řečových i neřečových. Bylo prokázáno, „*že časný deficit ve jmenování písmen a číslic predikuje obtíže ve čtení s přímou závislostí mezi deficitem rychlosti a závažností postižení čtení"* (Zelinková, 2003, s. 31).

1.2.3 Sociální (kontextuální) přístup

Sociální přístup vychází z předpokladu, že příčina SVPU není vnitřní, ale že spočívá ve vnějších podmínkách, ve kterých děti vyrůstají. Tento přístup můžeme rozdělit do tří odvětví (Pokorná, 2010).

Prvním z nich by bylo vnímání SVPU jako odraz vlivu prostředí. Tento pohled vychází z faktu, že na dnešní žáky jsou kladeny mnohem vyšší požadavky než dříve. Vliv na rozvoj gramotnosti má podle Pressleyho (1999) především bohatá interpersonální zkušenost s rodiči a okolím, přístup k literárním zdrojům a pozitivní vztah rodičů ke gramotnosti.

Druhé by mohl reprezentovat pohled, který se negativně vymezuje vůči modelu medicínskému. Jeho hlavní teoretičkou je Carol Christensenová (1999, s. 233, cit. dle Pokorná, 2010), která tvrdí, že „*označení žáků s poruchami učení není důsledek jejich vnitřní neuropatologie, ale spíše výsledkem sociálních procesů, které se odehrávají ve třídě, ve škole a širší komunitě*."

Třetím je pak kritika speciálněpedagogického přístupu k SVPU. Skritic (1999) se domnívá, že „*poruchy učení jsou spíše důsledkem nedostatků ve školském systému, a ne vnitřní patologií jedince*" (Pokorná, 2010, s. 101-102). Podle něj je stanovení diagnózy žákům na škodu a její potřeba je jen důsledkem špatného fungování systému speciálněpedagogické péče (Pokorná, 2010).

1.3 Přístupy k vymezení SVPU

Ve většině publikací se setkáme s vymezení SVPU jako „problému“, „nedostatku“ nebo „poruchy.“ A to je právě možná ten „problém.“ Vzhledem k tomu, že se v této práci chceme zabývat vlivem SVPU na případný vznik poruchy chování, je pro nás mimo jiné důležité i to, jak jsou SVPU vnímány odbornou i laickou veřejností.

1.3.1 SVPU jako deficit

Velké množství definic nahlíží na SVPU jako na patologii. Dílčí poruchy učení označuje předponou *dys-*, která znamená rozpor, deformaci. Z hlediska vývoje je „*dysfunkce*“ neúplně vyvinutá funkce. V pojmech vážící se k SVPU tato předpona znamená „*nedostatečný, nesprávný vývoj dovednosti*“(Zelinková, 2003, s. 9).

Deficitní vymezení SVPU tedy vychází z předpokladu, že jedinec mající SVPU má handicap na neurologickém podkladě, je konstitučního původu a existuje buďto samostatně nebo je součástí dalších deficitů v oblasti učení. Z medicínského hlediska (dle MKN-10, DSM-IV) se jedná o „nemoc“ která může být „léčena“. Tento přístup zastává většina českých odborníků, jako jsou Z. Matějček, V. Pokorná nebo O. Zelinková (Portešová, 2009).

1.3.2 SVPU jako talent

Toto pojetí „*předpokládá, že jedinci s dyslexií mají současně s problémy ve čtení i nadání, zejména ve vizuálně-prostorové oblasti*“ (Portešová, 2009, s. 21-22). Na rozdíl od deficitní teorie, která definuje SVPU jako vzdělávací poruchu (*learning disability*), je definuje jako vzdělávací odlišnost (*learning difference*). Toto vymezení je přesnější, protože připouští, že se osoby s SVPU mohou *v určitých akademických oblastech učit mnohem rychleji a významně lépe než ostatní* (Vail, 1989). West (1997, s. 19) dodává: „*Pro některé mohou být handicap a nadání dva aspekty téže věci, jak je vnímáme, závisí pouze na kontextu*.“ S tím souhlasí i Davis (1994) který tvrdí, že „ *dyslexie je důsledkem*

percepčního talentu “ a tuto teorii potvrzují i biografie osobností jako je např. H. Ch. Andersen, T. A. Edison, G. Flaubert nebo L. da Vinci, k jejichž mimořádnému vývoji došlo podle Westa (1997) nikoliv z touhy překonat pocit méněcennosti, ale právě díky tomu, že tyto osobnosti nebyli schopni úplné kompenzace svých „deficitů“.

Nejvýznamnější hypotézou v této oblasti je tzv. Geschwind-Galaburdova (někdy též testosteronová) hypotéza (Geschwind & Galaburda, 1987). „*Jedná se hypotetický předpoklad, že vystavení plodu na hormon testosteron v průběhu intrauterinního vývoje vede k levohemisférovým morfologickým změnám, jež se později projeví jako jazykové deficity. Tento proces má však současně za následek kompenzatorní nárůst analogických oblastí pravé hemisféry. Konečný výsledek daného vývoje se potom manifestuje jako dyslexie doplněna posílením určitých kognitivních schopností a tvořivosti…“* (Portešová, 2009, s. 23). Tato teorie však později nebyla potvrzena u větších skupin probandů, ale v jiných výzkumech byly potvrzeny atypické symetrie a asymetrie mozkových oblastí (Rosenn, Sherman, Galaburda, 1996).

Podobné výzkumy pak probíhaly i v oblasti psychologie, které tyto hypotézy též potvrdily. Nejvýznamnější z nich provedly Von Károlyiová a Winnerová (2004).

1.3.3 SVPU jako sociální konstrukt

Posledním zde uvedeným přístupem bude tzv. sociální konstrukt. Ten je podle Sternberga a Grigorenkové založen na nesprávném ohodnocení rozdílů mezi jednotlivými členy společnosti. Domnívají se, že každý z nás má nějakou „poruchu učení“ a nějaké „nadání“ a o pomyslné „nálepce“ rozhoduje společnost (1999, s. 25). „*Označení někoho za nadaného nebo s poruchou učení je výsledkem interakce mezi jedincem a společností* (2004, s. 23).“

1.4 Klasifikace SVPU

Specifické vývojové poruchy učení se u každého jedince projevují svým způsobem jedinečně, proto, aby mohla být stanovena diagnóza, byly jednotlivé SVPU rozděleny do skupin podle jejich nejvýraznějších projevů. Zde si proto uvedeme klasifikaci podle Rourkeho a Del Dotta (1994, s. 90-95), která ve svém dělení

zohledňuje neuropsychologická pozitiva i negativa, školní výkony a schopnost sociálně-emoční adaptace (1.41), dále zde uvedeme, jaké místo zaujímají SVPU v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (1.4.2) a DSM-IV (1.4.3) a v závěru uvedeme přehled projevů dysfunkcí (1.4.4).

1.4.1 Klasifikace podle Rourkeho a Del Dotta

(citováno dle Pokorná, 2010)

- **Typ primárně závislý na poruchách řečových funkcí**

Tento typ se dělí na tři podtypy: obtíže na základě fonologického zpracování, obtíže na základě intermodálního kódování (spojování fonémů a grafémů) a obtíže při vyhledávání slov.

Obtíže na základě fonologického zpracování se projevují neuropsychologickými deficity, jako jsou nedostatečná fonematická diskriminace, chudá slovní zásoba a nepříliš rozvinutá verbální asociace. Mezi neuropsychologická aktiva patří dobře rozvinutá schopnost řešit neverbální úkoly, dovednost praktického vhledu a porozumění situacím. Ve škole se projevuje obtížemi se čtením a psaním, popř. psaním symbolů v matematice. Oblast sociálně emoční je ohrožena, jestliže rodiče, učitelé nebo jiné osoby očekávají od dítěte nedosažitelné výkony. Pokud k takové situaci dojde, mohou se objevit různé poruchy chování nebo úzkostné projevy, které mohou vést až k depresím.

Obtíže na základě intermodálního kódování se projevují neuropsychologickými deficity v oblasti spojování fonémů a grafémů. Neuropsychologická aktiva jsou stejná jako u předcházejícího podtypu. Ve škole se projevuje obtížemi jen u psaní a čtení slov, která nejsou zrakově známá. Oblast sociálně-emoční je ohrožena stejně jako u předcházejícího podtypu, ale v menší míře.

Obtíže při vyhledávání slov se projevují neuropsychologickými deficity v oblasti vybavování slov a slovních spojení. Neuropsychologická aktiva se shodují s předchozími dvěma podtypy, ve škole se projevuje obtížemi v čtení a psaní a to převážně v prvních ročnících, kdy je značně opožděné. Oblast sociálně-emoční není ohrožena, pakliže se podaří překonat obtíže s osvojováním čtení a psaní.

- **Typ primárně závislý na poruchách neverbálních funkcí (nonverbal learning disabilities)**

Tento typ se projevuje neuropsychologickými deficity ve dvou oblastech- taktilní a percepce a vizuální percepce. Druhotně je pak negativně ovlivněna paměť. Někdy dochází užívání jazyka v nevhodném smyslu. Mezi neuropsychologická aktiva patří dobře rozvinutá sluchově-verbální percepce, verbální pohotovost a dobré vytváření asociací. Ve škole se projevuje obtížemi při používání dedukce a zdůvodňování látky. Oblast sociálně-emoční je ohrožena pocitem nezručnosti a neobratnosti, jedinec se vyhýbá činnostem, ve kterých neuspěl.

- **Typ primárně závislý na poruchách vlastního výkonu ve všech modalitách**

Typ primárně závislý na poruchách se projevuje neuropsychologickými deficity v oblasti verbálně expresivních dovedností (vybavování slov a slovních spojení). Ve škole se projevuje obtížemi v písemném projevu, který často přetrvává i do vyšších ročníků, děti jsou nápadné neklidným chováním, jsou nesoustředění a impulzivní. Oblast sociálně-emoční se projevuje obtížemi v bezprostředním sociálním kontaktu, proto hrozí nebezpečí psychopatologických projevů.

1.4.2 MKN-10

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí do svého systému zahrnuje i SVPU. Vzhledem k tomu, že cílem naší práce nebude diagnostika a projevy jednotlivých dysfunkcí uvádíme v kapitole 1.4.3, omezíme se zde jen na jednoduchý přehled začlenění SVPU do MKN-10.

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka
- F80.0 Specifická porucha artikulace řeči
- F80.1 Expresivní porucha řeči
- F80.2 Receptivní porucha řeči
- F80.3 Získaná afázie s epilepsií
- F80.8 Jiné vývojové poruchy řeči a jazyka
- F80.9 Vývojová porucha řeči a jazyka nespecifikovaná

F81 Specifické vývojové porucha školních dovedností
- F81.0 Specifická porucha čtení
- F81.1 Specifická porucha psaní
- F81.2 Specifická porucha počítání
- F81.3 Smíšená porucha školních dovedností
- F81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností
- F81.9 Vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná

1.4.3 DSM-IV

V oddílu nazvaném Poruchy obvykle prvně diagnostikované v dětství nebo adolescenci nalezneme tyto poruchy učení:

Poruchy učení (46)

315.00 Porucha čtení (48)

315.10 Dyskalkulie (50)

315.20 Dysgrafie (51)

315.9 Porucha učení blíže nespecifikovaná (53)

1.4.4 Projevy specifických poruch učení

Dyslexie

Tato porucha je nejznámější a nejčastěji studovanou formou SVPU. Porucha ovlivňuje rychlost, správnost a techniku čtení a porozumění čtenému textu. Z hlediska rychlosti dítě pomalu hláskuje a slabikuje, nebo naopak čte zbrkle a slova si domýšlí. I v případě dyslexie může být rychlost čtení přiměřená, ale pak jedinec správně převádí písemnou podobu na zvukovou, ale nerozumí významu slova. Nejčastější chyby dělá dyslektik u tvarově (*b*-*d*-*p*) a zvukově (*t*-*d*) podobných písmen. Technika čtení je typická tzv. dvojím čtením, kdy dítě čte potichu po hláskách a pak teprve slovo vysloví nahlas (Zelinková, 2003).

Dysgrafie

Dysgrafie je porucha psaní, která postihuje grafickou stránku písemného projevu. Dysgrafik si obtížně pamatuje a napodobuje tvary písmen, píše písmena buď příliš malá, nebo příliš velká a obtížně čitelná, často škrtá, přepisuje písmena, jeho text je neupravený a celkový výkon má pomalé tempo, vyžaduje neúměrně energie, vytrvalosti a času (Zelinková, 2003).

Dysortografie

Dysortografik má problémy se zvýšeným počtem specifických dysortografických chyb (rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, rozlišování slabik dy-di, ty-ti, ny-ni, rozlišování sykavek, vynechávání, přidávání přesmykování písmen nebo slabik a hranice slov v písmu) a obtíže s osvojováním a aplikací gramatických jevů (Zelinková, 2003).

Dyskalkulie

Dyskalkulie je porucha matematických schopností. Působí obtíže v osvojování matematických pojmů, chápání a provádění operací.

Dělíme ji na šest typů (citováno dle Zelinková, 2003):

Praktognostická dyskalkulie se projevuje problémy v oblasti manipulace s konkrétními předměty nebo nakreslenými symboly, jsou zde problémy s porovnáváním velikostí geometrických útvarů, dítě selhává v obkreslování.

Verbální dyskalkulie s sebou obnáší problémy v oblasti označování množství a počtu, neschopností vyjmenovat řadu číslovek od nejvyšší po nejnižší nebo naopak, neschopnost chápat, jaký počet vyslovená číslice označuje.

Lexická dyskalkulie je typická neschopností číst matematické symboly, zaměňováním tvarově podobných čísel, římských číslic nebo čísel *12-21* nebo odděleným čtením vícecifferných čísel (2, 3, 4 místo 234), používá se také název numerická dyslexie.

Grafická dyskalkulie je neschopnost psát matematické znaky. Problém se vyskytuje jak v diktátu, tak v přepisu. V lehčích případech se obtíže vyskytují jen u vícemístných čísel, kde se projevuje psaním v opačném pořadí, vynecháváním nul nebo psaním nepřiměřeně velkých číslic. Při psaní pod sebe není žák schopen umístit jednotky pod jednotky atd.

Operační dyskalkulie se projevuje narušenou schopností provádět matematické operace (sčítání, odečítání, násobení, dělení atd.). Často dochází k záměně těchto operací, při sčítání delších řad čísel dochází k záměně desítek a jednotek. Do tohoto typu dyskalkulie spadají i symptomy související s nedostatečným osvojením násobilky.

Ideognostická dyskalkulie, jak název napovídá, souvisí s chápáním matematických pojmů a vztahů mezi nimi. Za nejtěžší poruchu je považována neschopnost počítat po jedné od daného čísla z hlavy, nejlehčí stupeň se projevuje neschopností chápat vztahy v matematických řadách.

Dyspraxie

Dyspraxie se projevuje deficity v oblasti osvojování, plánování a provádění volních pohybů (Zelinková, 2003).

Dysmúzie

Jedná se o specifickou vývojovou poruchu osvojování hudebních dovedností (Zelinková, 2003).

Dyspinxie

„Specifická porucha kreslení, je charakteristická nízkou úrovní kresby. Dítě zachází s tužkou neobratně, tvrdě, nedokáže převést svou představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír, má potíže s pochopením perspektivy“ (Bartoňová 2007, s. 12).

2 Pojem poruchy chování, jejich klasifikace a vymezení možné příčiny jejich vzniku

2.1 K definici

Není jednoduché jednoznačně definovat poruchy chování (dále jen PCH). Vždy hraje roli subjektivita posuzování, protože chování je projev v rámci sociálního kontextu a ten ovlivňuje normy a souvislosti pro posuzování poruch emocí nebo chování.

Rozdíly jsou i mezi koncepčními modely, podle toho, jak si který vysvětluje příčiny PCH, si samy stanovují definici a to v podstatě znamená, že kolik je teorií vzniku, tolik je definic a shoda mezi odborníky zatím nenastala.

Účel vytvoření definice hraje také významnou roli. Různé sféry (školství, soudnictví, zdravotnictví, sociální sféra, rodina atd.) považují za významná různá kritéria.

Vytvoření definice nezjednodušuje ani fakt, že měření emocí a chování je značně obtížné. V současné době nejsou k dispozici dostatečně precizní, validní a reliabilní testy, aby podaly přesný obraz emočního prožívání a chování. Dále ani neexistuje všeobecná shoda na tom, co je abnormální chování (Vojtová, 2005).

Je důležité si uvědomit i skutečnost, že PCH, na rozdíl od tělesných nemocí, nejsou stejné po celém světě. Je jasné, že západní průmyslové státy se snaží uplatnit psychiatrické diagnostické kategorie ve všech společnostech a léčbu provádět pomocí farmak. Ale kdo zná mezikulturní epidemiologii, ví, že existují významné rozdíly v obsahu a frekvenci toho, co kdo považuje za poruchu chování, společnost od společnosti (Albee, 2005).

Dalším závažným aspektem tvorby definice je „*souvislost mezi poruchami chování nebo emocí a ostatními znevýhodněními. Jedinec může mít souběžně i jiný typ postižení. Dokonce se uvádí, že porucha emocí nebo chování se vyskytuje častěji v kombinaci s jiným postižením, nežli samostatně. V těchto souvislostech by definice*

musela být formulována tak, aby byla přínosná pro práci s dětmi a mládeží s poruchou emocí nebo chování jako samostatným (primárním) postižením, ale současně by musela připouštět i koexistenci poruchy s postiženým jiným (Vojtová, 2005, s. 56).

Při stanovení definice je také nutné brát na zřetel fakt, že problémy emocí a chování jsou velmi proměnlivé. Souvisí s vývojem dítěte, s etapami života. Některé projevy mohou s věkem odeznít, a proto je třeba zohlednit v definici hledisko zrání a vývoje dítěte.

A v neposlední řadě je nutné správně zvolit slova, kterých se rozhodneme použít. Diagnóza zde velmi často může být negativní stigma, které si dítě s sebou ponese (Vojtová, 2005).

Abychom však alespoň nastínili, o čem v této práci mluvíme, zabýváme-li se PCH, uvedeme zde dvě definice, které se vzájemně doplňují a vytvářejí tak nejpřesnější obraz toho, co tento termín obsahuje.

První je definice podle Atkinsonové (citováno dle Vojtová, 2005, s. 59) která pod pojmem PCH rozumí abnormální chování a stanovuje pro něj čtyři kritéria:

1) *statistická četnost (abnormální chování je takové, které je statisticky vzácné);*
2) *sociální odchylka (vychází z existence společenských norem);*
3) *maladaptací chování (definována negativním vlivem na jedince, sociální skupiny nebo celou společnost);*
4) *osobní potíže (vychází ze subjektivního prožitku strádání jedince).*

Druhou je pak definice podle Bowera (citováno dle Vojtová, 2005, s. 60). Ten uvádí pět charakteristik poruch chování, přičemž o poruše lze uvažovat, pokud je u jedince přítomna jedna nebo více z nich. Dále pak rozlišuje 5 stupňů takovéto poruchy.

Pět charakteristik PCH:

1. *Neschopnost učit se pokud ji nemůžeme vysvětlit intelektovými, smyslovými nebo zdravotními problémy.*
2. *Neschopnost navazovat uspokojivé sociální vztahy s vrstevníky a učiteli*

3. *Nepřiměřené chování a emotivní reakce v běžných podmínkách.*
4. *Celkový výrazný pocit neštěstí nebo deprese.*
5. *Tendence vyvolávat somatické symptomy jako je bolest, strach a to ve spojení se školními problémy.*

Pět stupňů PCH:

1. *Chování jedince reaguje na problémy denního života, vývoje a získávání životních zkušeností. Nad tento rámec se nevymyká.*
2. *Chování, jímž jedinec reaguje na krizové životní situace, jako je např. rozvod rodičů, smrt v blízkém sociálním okolí, narození sourozence, těžká nemoc v rodině atd.*
3. *Chování, kterým se jedinec vymyká očekávání. Je způsobeno nedostatečnou schopností přizpůsobovat se podmínkám. Ve škole je však schopný ovládat se a přizpůsobit se.*
4. *Zafixované a opakované nevhodné chování, které se dá při dobré školní docházce upravit a jedinci se ještě dá pomoci navázat pozitivní sociální vztah.*
5. *Zafixované a opakované nevhodné chování s tak výraznými symptomy, že se jedinec nedá ovlivňovat a vzdělávat v běžném prostředí školy, ale pouze v internátní škole (instituci) nebo doma.*

2.2 Klasifikace PCH

Otázku klasifikace PCH si můžeme pomyslně rozdělit na názory odborníků z oblasti psychologie a speciální pedagogiky, kteří se zabývají spíše praktickými dopady na život jednotlivce s PCH a na život jeho okolí s ním, a na klasifikaci medicínskou (MKN-10, DSM-IV), jejichž pozornost je zaměřena na co nejpřesnější vymezení projevů konkrétních PCH.

2.2.1 Klasifikace užívaná ve speciální pedagogice

Jako reprezentanta této skupiny uvedeme např. J. Eysencka (podle Gajdošová, 1998, s. 98), který problémy žáků dělí do dvou kategorií:

a) problémy v osobnostní maladjustací

b) problémy v socializaci

Podobný názor nabízí Říčan (1983) svým výrokem: „*Labilní introvert se spíše dostane na psychiatrickou kliniku, zatímco labilní extrovert má blíže do kriminálu*“ (Gajdošová & Herényiová, 2006, s. 194).

T. M. Achenbach (1982, s. 449 in Gajdošová & Herényiová, 2006, s. 194) zase hovoří o internalistech a externalistech: „*Internalisty lze charakterizovat jako úzkostlivé, bázlivé, tenzní, plaché, depresivní, hypersenzitivní, nepřátelské. Mají nutkavé chování a somatické obtíže. V dětské populaci je jich okolo 2-8%. I když výsledky výzkumů ukazují, že většina emočních poruch tohoto typu nepřetrvává do dospělosti, tyto děti potřebují specifický přístup, specifickou péči, aby se zajistil jejich relativně normální vývoj. Externalisté jsou jedinci se sníženou sebekontrolou, s poruchami seberegulace, agresivní, destruktivní, nekooperativní. Více externalistů je obyčejně mezi chlapci a ti mají méně úspěšnou prognózu v adolescenci. Odhaduje se, že v dětské populaci je jich asi 4%.“*

Dalším možným pohledem na dělení PCH je sociální klasifikace poruch chování (Vojtová, 2005, s. 86):

1) Disociální PCH- chování, které je zvládnutelné vhodným výchovným dělením, obvykle se váží jen na sociální mikroprostředí dítěte.

2) Asociální PCH- má výrazný dopad na sociální vztahy jedince, projevy neodpovídají mravním zásadám společnosti, ale nedosahují ještě úrovně ničení společenských hodnot.

3) Antisociální PCH- závažně porušuje právní normy společnosti. Takové chování je trestně stíhatelné, vykazuje značnou míru recidivity.

V prostředí školských zařízeních je často používaná školská klasifikace poruch chování (Vojtová, 2005, s. 88), kde kritériem je chování, kterým se porucha projevuje:

1. *poruchy chování vyplývající z konfliktu (záškoláctví, lhaní, krádeže)*
2. *poruchy chování spojené s násilím (agrese, šikana, loupeže)*
3. *poruchy chování související se závislostí (toxikomanie, závislost na automatech)*

Nebo klasifikace Myschkera (1993, in HIllenbrand, C. (1999) in Vojtová, 2005), který zohledňuje hledisko školské i psychiatrické a dělí podle nich PCH do čtyř skupin:

1. *poruchy chování s externími vlivy (agrese, hyperaktivita, porucha pozornosti, impulzivita.)*
2. *poruchy chování s interními vlivy (strach, komplex méněcennosti, úzkostnost, ztráta zájmu o dění, poruchy spánku.)*
3. *nezralé sociální vztahy (snížení schopnosti koncentrace, infantilní chování, snadná unavitelnost, snížená výkonnost.)*
4. *socializovaná delikvence (násilnické chování, vznětlivost, nezodpovědnost, poruchy vztahů).*

2.2.2 Klasifikace medicínská

Medicínská klasifikace PCH se v České republice momentálně provádí podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, ta je definuje následovně:

F 91 Poruchy chování

„Poruchy chování jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle). Tento druh poruch chování však může být

projevem i jiné psychiatrické poruchy a v takovém případě má být preferována příslušná diagnóza. Chováním, na němž je diagnóza založena, je na příklad nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útěky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň. Pro diagnózu postačuje jedno z těchto typů chování pokud je výrazné, nestačí však ojedinělý disociální čin.“

Rozlišuje pak

91. 0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině
91. 1 Nesocializovaná porucha chování
91. 2 Socializovaná porucha chování
91. 3 Opoziční vzdorovité chování
91. 8 Jiné poruchy chování

V zahraničí se pak používá 4. revize Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Vzhledem k tomu, že DSM-IV tak striktně neodděluje poruchy vzniklé v dětství a dospělosti a její zařazení PCH se občas liší od MKN-10 a také s ohledem na fakt, že v této práci často citujeme zdroje, které z DSM-IV vycházejí, uvádíme zde tabulku srovnávající přehled zařazení PCH v obou manuálech. Vycházíme zde z MKN-10: Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání F90-F98 a pravá strana tabulky doplňuje odpovídající diagnózu v DSM-IV.

Srovnání klasifikace MKN-10 a DSM-IV

MKN-10	DSM-IV
F90 Hyperkinetické poruchy **90. 0 Porucha aktivity a pozornosti** -Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou -Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou **90. 1 Hyperkinetická porucha chování** -Hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování **90. 8 Jiné hyperkinetické poruchy** **90. 9 Hyperkinetická porucha NS** -Hyperkinetická reakce v dětství nebo v dospívání NS -Hyperkinetický syndrom NS	**Poruchy pozornosti a rušivé poruchy chování (78)** -314. xx ADHD (78) .01 Kombinovaný typ .00 ADD .01 Převažující hyperaktivita -314.9 ADHD blíže nespecifikovaná (85) -312.8 Porucha chování (85) -313.81 Porucha opozičního vzdoru (91) -312.9 Rušivé chování blíže nespecifikované (94) **Další podmínky, na které by se měla soustředit klinická pozornost (675)** **Dodatečné podmínky, na které by se měla soustředit klinická pozornost (683)** V71.02 Antisociální chování v dětství nebo adolescenci (684)
F91 Poruchy chování **91. 0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině** **91. 1 Nesocializovaná porucha chování** -Porucha chování samotářského agresivního typu -Nesocializovaná agresivní porucha **91. 2 Socializovaná porucha chování** -Skupinová delikvence -Poklesky v souvislosti s členstvím v gangu -Krádeže s partou -Záškoláctví **91. 3 Opoziční vzdorovité chování** **91. 8Jiné poruchy chování** **91. 9Porucha chování NS** -Dětské poruchy chování NS	
F92 Smíšené poruchy chování a emocí **92. 0 Depresivní porucha chování** **92. 9 Smíšená porucha chování a emocí NS**	**Poruchy nálady** (317) Depresivní poruchy 296. xx Depresivní porucha (339) 300.4 Dysthymithie(345) 311 Depresivní porucha blíže nespecifikovaná (350) **Úzkostné poruchy (393)** 300.02 Generalizovaná úzkostná porucha (432) 300.00 Úzkostná porucha blíže nespecifikovaná (444) **Poruchy přizpůsobování (623)** 309. xx Porucha přizpůsobování (623) .0 S depresivní náladou .24 S úzkostí .28 S kombinací depresivní nálady a úzkostí .3 S poruchou chování .4 S poruchou chování a emocí .9 Nespecifikovaná

F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství **93. 1 Fobická anxiózní porucha v dětství** **93. 2 Sociální anxiózní porucha v dětství** **93. 3 Porucha sourozenecké rivality** -Sourozenecká žárlivost **93. 8 Jiné dětské emoční poruchy** -Poruchy identity -Nadměrně úzkostná porucha **93. 9 Dětská emoční porucha NS**	**Úzkostné poruchy (393)** 300.01 Panická porucha bez agorafobie (397) 300.21 Panická porucha s agorafobií (397) 300.22 Agorafobie bez předcházející panické poruchy (403) 300.29 Specifická fobie (405) 300.23 Sociální fobie (411)
F94 Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání **94. 0 Elektivní mutismus** -Selektivní mutismus **94. 1 Reaktivní porucha příchylnosti dětí** **94. 2 Porucha desinhibovaných vztahů u dětí** -Citově chladná psychopatie -Syndrom ústavního dítěte **94. 8 Jiné dětské poruchy sociálních funkcí** **94. 9 Porucha dětských sociálních funkcí NS**	**Jiné poruchy se vznikem v dětství a dospívání** -309.21 Úzkostná separační porucha (110) -313.23 Selektivní mutismus (114) -313.89 Reaktivní porucha příchylnosti v dětství nebo časné dospělosti (116)
F95 Tiky **95. 0 Přechodná tiková porucha** **95. 1 Chronické motorické nebo vokální tiky** **95. 2 Kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická (de la Tourette)** **95. 8 Jiné druhy tiků** **95. 9 Tiková porucha NS** -Tik NS	**Tikové poruchy** (100) 307.23 Tourettův syndrom (101) 307.22 Chronická motorická nebo hlasová tikový porucha (103) 307.21 Přechodná tiková porucha (104) 307.20 Tiková porucha blíže nespecifikovaná (105)
	Poruchy komunikace (55) 315.31 Expresivní porucha řeči (55) 315.31 Smíšený receptivní expresivní jazyk (58) 315.39 fonologická porucha (61) 307.0 koktání (63) 307.9 porucha komunikace blíže nespecifikována (65) **Poruchy příjmu potravy se začátkem v dětství (94)** 307.52 Pika (95) 307.53 Ruminační porucha (96) 307.59 porucha příjmu potravy v raném dětství (98) **Eliminační poruchy** (106) Enkopréza (106) 787.6 Při zácpě a Inkontinence z přeplnění 307.7 Bez zácpy a Inkontinence z přeplnění 307.6 Pomočování (ne kvůli obecnému zdravotnímu stavu (108)

Tabulka 1

Modrá barva písma = v DSM-IV v oddělení Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence

2.3 Příčiny PCH

Podle Gajdošové a Herényiové (2006, s. 193-194), faktory podílející se na vzniku poruch chování mohou být:

a) *exogenní- ztráta jednoho z rodičů, rozvod, alkoholismus nebo kriminalita v rodině, přestěhování se, nevhodná parta kamarádů, narušené sociální vztahy ve třídě nebo nízká vychovatelská připravenost rodičů, rozkolísání výchovné autority otce a další;*

b) *endogenní- organické poškození mozku, disproporce ve vývoji intelektu emoční labilita;*

c) *kombinované.*

Rovněž citový život dítěte má veliký podíl na jeho chování. Problémy v oblasti chování mohou být vyvolané zejména citovou deprivací a zvýšenou emocionalitou (Gajdošová & Herényiová, 2006). Dále pak i nízká frustrační tolerance může vyvolat poruchy chování. Krech, Crutchfield a Ballachey (1968 in Ďurič & Štefanovič, 1973, s. 493 in Gajdošová & Herényiová, 2006, s. 199) tvrdí, že *„když jednotlivec trpí těžkou nebo dlouhotrvající frustrací, jeho neschopnost dosáhnout cíle může vyvolat zážitky osobního selhání a úzkosti. Namísto chování zaměřeného na cíl s řešení problémů může nastoupit chování sledující obranu jeho sebevědomí a sebeúcty. V průběhu takového defenzivního chování se mohou v člověku vyvinout nebo posílit osobnostní rysy, jako je např. agresivita, asociální chování, soutěživost, odmítání jiných atd.“*

Jak už jsme ale výše zmínili, přístupů ke vzniku PCH je mnohem více a není cílem této práce je všechny postihnout. Rádi bychom se proto primárně soustředili na možnou souvislost SVPU a PCH, kterou podrobněji rozebereme ve 4. kapitole.

3 Charakteristika vývojového období pubescence

Pubescence je vývojové období, které pokrývá dospívající zhruba od jedenácti do patnácti let věku. Toto časové období lze dále dělit na dvě fáze:

1. *Fáze prepuberty (první pubertální fáze)*

Tato fáze je charakteristická prvními známkami pohlavního dospívání, zejména objevením se prvních sekundárních pohlavních znaků, a obyčejně i urychlením růstu. Končí nástupem menarche u dívek, resp. analogickým vývojem u chlapců (první emise semene- noční poluce). Jedná se o období u dívek zhruba od 11 do 13 let, u chlapců zhruba o 1 až 2 roky déle.

2. *Fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze)*

Nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti. První menzes bývají zpravidla anovulační a často nepravidelné. Podobně i reprodukční schopnost chlapců je dosahována o něco později po dokončení vývoje hlavních sekundárních pohlavních znaků. Zhruba můžeme období vlastní puberty vymezit věkem 13-15 let.

(cit. dle Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 143)

Jinou definici nám nabízí Vágnerová (2008), která pubescenci vidí jako první ze dvou fází adolescence. Toto vývojové stádium vnímá jako období *rané adolescence*, kterou vymezuje změnou zevnějšku, způsobu myšlení i emočního prožívání. Raný adolescent se podle ní vyznačuje potřebou citové akceptace, ovšem žádoucí je, oproti období dětství, větší svoboda v rozhodování o sobě samém a snížení závislosti na rodině.

V následujících podkapitolách se pokusíme pubescenci charakterizovat z hlediska proměn v oblasti těla, kognice a emocí a nastíníme zde význam změny vztahu k rodičům a vrstevníkům.

3.1 Tělesná proměna a vývoj kognitivních schopností

Mluvíme-li o tělesných změnách u pubescentů, máme na mysli tři kategorie. První z nich jsou primární pohlavní znaky, jako růst penisu a varlat u chlapců nebo růst dělohy u dívek, druhou jsou sekundární pohlavní znaky (vývoj ňader, změny hlasu, růst vousů a ochlupení na těle) a do třetice pak souběžné změny jako je změna výšky, váhy a tělesných proporcí. Tyto změny se u chlapců projevují především jako růst a rozvoj svalové hmoty, u dívek se postava tvaruje ukládáním podkožního tuku (Smékal & Macek, 2002; Vágnerová, 2008).

Tyto změny jsou pak popisovány v pěti stádiích (Marshall & Tanner, 1969, 1970 in Smékal & Macek, 2002). Jedná se o pět stupňů zralosti, které posuzují rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Rozlišují se dvě základní veličiny: stav a tempo vývoje. *„Podle mnoha výzkumů je právě tempo vývoje odlišné od vrstevníků důležitým faktorem, který se spolupodílí na negativním prožívání tělesných změn (Dubas et. al, 1991; Kräcke, 1993, 1994, 1996; Macek, 1999, Shaeffer, 1996). V dospívání, kdy hraje stejnost (neodlišování se od vrstevníků) důležitou roli pro životní spokojenost (Brown et. al, 1996), mohou totiž pociťovat problémy ti dospívající, jejichž pubertální vývoj se navenek odlišuje od vývoje většiny vrstevníků“* (Vlášková, Ježek in Smékal, Macek, 2002, s. 148). To potvrzuje i Vágnerová (2008), která u pubescentů upozorňuje na *tendence k uniformitě*. Dospívající s opožděným pohlavním dozráváním podle ní často získává podřazenou roli a častěji se stává objektem agrese.

Mimo to jsou tyto změny tělesného schématu vnímány pubescentem jako zásah do vlastní identity a jakákoliv změna je proto citově prožívána. Někdy až do takové míry, že může narušit jedincovu integritu a vnímání sebe sama (Vlášková & Ježek in Smékal & Macek, 2002).

Vedle tělesných změn dochází také k vývoji poznávacích procesů. Piaget (1966) označuje období pubescence jako stádium *formálních logických operací*. Myšlení je v tomto věku méně závislé na konkrétní realitě, rozvíjí se schopnost uvažovat hypoteticky. *„Specifický význam začínají pro adolescenty mít tzv. možná já, která vyjadřují představy a přání, jež se týkají jejich budoucnosti“* (Markus & Nurius, 1986 in Macek in Smékal & Macek, 2002, s. 118). Dalšími typickými znaky jsou systematické

uvažování, schopnost ověřovat hypotézy, schopnost experimentovat s vlastními úvahami, induktivní uvažování, schopnost interpretovat pozorované výsledky v kontextu, změna vztahu k časové dimenzi a z toho vyplývající možnost úvah o budoucnosti a minulosti atd.

Formují se zde i nové postoje k psychickým potřebám a způsob jejich uspokojování. Jedná se především o potřebu jistoty a bezpečí, potřebu seberealizace a potřebu otevřené budoucnosti.

K důležitým změnám dochází i v oblasti paměti a pozornosti, kde je pubescent nyní schopen používat účinnější strategie, při učení je schopen selekce obtížnější části učiva, strategie vybavování využívá různých asociací a rozvíjí se též metapaměť a schopnost lépe ovládat vlastní pozornost (Vágnerová, 2008).

3.2 Emoční vývoj

Výše zmíněné tělesné změny v dospívání jsou podmíněny proměnou hormonálních funkcí. Proto s sebou nesou kolísavost emočního ladění a přecitlivělé reakce i na běžné podněty, zvyšuje se dráždivost a napětí. Pubescent sám svým pocitům zcela nerozumí a změny v oblasti citového prožívání jsou často obtěžující pro něj i pro jeho okolí (Macek, 1999; Vágnerová 2000, 2008).

V této souvislosti lze mluvit o *emočním egocentrismu*. Pubescent věří, že nikdo jiný nemá tak intenzivní prožitky, zároveň se stává uzavřenějším a nechce projevovat své city navenek (Vágnerová, 2008). Uvnitř jím zmítá celková nejistota, emoční nevyrovnanost a zranitelnost, které vedou k tomu, že reaguje přecitlivěle na reakce svého okolí. Často má tendence vysvětlovat si vše jako projev nepřátelství a útok na svou osobu. Na venek se proto pubescent projevuje větší impulzivitou a nedostatkem sebeovládáním. Nízká frustrační tolerance je příčinou jeho problémů v mezilidských vztazích (Vágnerová, 2000).

Existují ovšem studie, které neprokázaly univerzální výskyt těchto „emočních krizí“ ani jejich přímou souvislost s pohlavním zráním. Například antropologická studie z tichomořských ostrovů, srovnávající život amerických pubescentů a jejich vrstevníků na ostrově Samoa aj. „*se staví proti názorům, že krize dospívajících jsou následkem převratných biologických proměn, a předpokládá, že pozorované projevy dospívajících*

v soudobé americké společnosti jsou podmíněny okolnostmi přílišného individualismu, patriarchálními strukturami rodiny, nereálnými morálními standardy a rozpory ve výchově" (Meadová, 1953 in Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 147). Jiná studie přichází s názorem, že nárůst negativních emocí v období pubescence je důsledkem reálných nebo představovaných romantických vztahů nebo zvýšené schopnosti kognitivně zpracovávat konfliktní situace (Larson & Asmussen, 1991 in Stuchlíková, 2002).

3.3 Vztah k rodině

Období pubescence je také obdobím změn mezilidských vztahů. Pubescent už nechce být dál „dítětem" a bouří se proti svému podřízenému postavení, odmítá autority. V rodinném prostředí se tento jev projevuje emancipací, postupným odpoutáváním z vázanosti na rodinu, proměnou citové vazby k rodičům a permanentním demonstrováním samostatnosti. Pubescent už na své rodiče nenahlíží jako na neomylné a ztrácejí u něj výsadní postavení. Vztahy mohou být napjaté, protože rodič si potřebuje zachovat svou autoritu a dospívající usiluje o osamostatnění (Vágnerová, 2008), ale *„pokud převládá v rodině vstřícná atmosféra, v níž mohou dospívající volně vyjadřovat svoje názory, i otevřené konflikty mohou mít pozitivní smysl a přispívat k pocitu akceptace a sebepoznání"* (Macek in Smékal & Macek, 2002, s. 119).

Kvalita interakce pubescenta s rodiči se mění, dochází k tomu z důvodů rozdílných potřeb a postojů. V případě, že rodičovský styl je příliš autoritářský, nepříjemný nebo zesměšňující, vytváří si pubescent obrany, kterými si uchovává přijatelnou sebejistotu a sebeúctu (Vágnerová, 2008), dokonce „*existují případy, kdy se dítě dopouští delikventního jednání z důvodu hledání „náhradního uspokojení". Příčinou může být ztráta nebo citová deprivace. Dítě tak vyjadřuje potřebu uznání a pozornosti, kterou mu prostředí, ve kterém vyrůstá, vyjádřit nemůže. Častým projevem náhradního uspokojení jsou tzv. substituční krádeže, útěky a toulání, jejichž smysl je nevědomý, a děti své činy neumějí zdůvodnit"* (Balaštík, 1988, 1996 in Smékal & Macek, 2002, s. 194).

3.4 Vztah k vrstevnické skupině

Mnohé z funkcí, které dosud plnila rodina, v pubescenci přebírají vrstevníci (např. uspokojení potřeby pocitu bezpečí). Vrstevnická skupina je také velice významná v procesu vytváření identity. Pubescent se může jednak definovat příslušností k určité skupině (skupinová identita) nebo vnímat vrstevníky jako oporu při vytváření své vlastní identity. V tomto období mají vrstevníci především referenční význam, podávají zpětnou vazbu a každý pubescent se vůči nim vždy nějakým způsobem vymezuje. (Vágnerová, 2008).

K tomuto procesu často přispívají i nějak soutěživé aktivity, díky kterým si jedinec vytváří své místo v kolektivu. Takto pomáhá k sebepoznání školní prostředí, protože i prospěch určuje žákovo postavení ve třídě (Vágnerová, 2000). *„Kompetencí, kterou pubescenti nejvíce oceňují je inteligence na ní závislá vzdělanost. Vlivní žáci byli vždycky, bez ohledu na svoji oblíbenost, popisováni jako chytří … v pubertě není ceněn školní prospěch získaný příliš velkým úsilím a dřinou….“* (Semrádová, 1995 in Vágnerová 2000, s. 247).

Někdy však v rámci celkové proměny hodnot ustupuje význam školního výkonu do pozadí (Vágnerová, 2000). Značný význam pak *„má vědomí příslušnosti k určité skupině, která doplňuje či někdy nahrazuje rodičovskou podporu. Stabilizuje a zakotvuje dospívajícího v procesu vlastních fyzických, psychických i sociálních změn, dává mu prostor pro uvědomění si toho, že podobné změny prožívají i jeho vrstevníci. Nepatřit do žádné vrstevnické skupiny je často pociťované jako sociální stigma“(Hamachek, 1980 in Macek in* Smékal & Macek, 2002, s. 120).

Některé studie ale ukazují, že skupinová příslušnost je nejednoznačná a poněkud fluidní (Brown et al, 1994;. Kinney 1993 in Brown, Von Bank & Steinberg, 2008), je možné, aby mladiství chybně vyhodnotili nebo naopak ignorovali příslušnost svých vrstevníků k některé skupině (Merten 1996 in Brown, Von Bank & Steinberg, 2008). Adolescenti mohou tvrdit, že jsou členy různých skupin, nebo naopak žádné. Jinými slovy, mohou buď odmítnout, nebo narušit hodnocení svých vrstevníků, což může mít zpětný vliv na jejich sebevědomí. Jedinci, kteří jsou vnímáni svými vrstevníky jako příslušníci skupiny s nižším statusem, mohou utržit ránu na svém sebepojetí, ke které by

normálně nedošlo, kdyby byli součástí skupiny s vyšším statusem nebo kdyby popřeli příslušnost k jakékoliv skupině (Brown, Von Bank & Steinberg, 2008).

Ale ani to není zcela jednoznačné, Brown a Lohr (1987) například zjistili, že u dospívajících, kteří byli viděni svými vrstevníky jako „outsideři"(nepatřící do žádné skupiny), je sebevědomí nižší než u členů skupiny pouze v případě, že si outsider přeje součástí skupiny být (Brown, Von Bank & Steinberg, 2008).

3.5 Utváření identity

Jak již bylo naznačeno, v procesu rozvoje individuální identity je důležité stádium tzv. skupinové identity. V případě, že je identifikace se skupinou intenzivní, roste i potřeba konformity s jejími normami (Vágnerová 2000). Další význam skupiny na vytváření identity je oblast percepce mezilidských vztahů. Jedinec vnímá nejen svou roli ve společnosti, ale i její význam a hodnotu (Macek, Mareš, Ježek, Valášková in Smékal & Macek, 2002).

„E. Erikson považoval ujasnění vztahu k sobě a hledání vlastní identity za základní vývojový úkol období adolescence. Dospívání popisoval jako konflikt mezi potřebou integrace sebe samého (ego identity) a potřebou vyrovnat se s nejasnými požadavky společnosti tak, aby byl adolescent schopen najít a akceptovat svoje vlastní místo a hodnotu jako člen tohoto společenství" (Erikson, 1968 in Macek, 1999, s. 78). Jiná studie rozlišuje tři hlediska a výzkumná ohniska problematiky identity u pubescentů. Jsou jimi *teorie stadiálního vývoje já*, *teorie vývoje sebepojetí* a *teorie sociální identity adolescence* (Jackson & Bosma, 1992 in Macek in Smékal & Macek, 2002). První uvedená (teorie stadiálního já) vychází též z Eriksona, ale dále ji rozvíjí J. Marcia (1967, 1980 in Macek in Smékal & Macek, 2002). Ten tento konflikt popisuje jako vtažení do procesu volby a rozhodování v důležitých oblastech svého života. Druhým důležitým aspektem je pak pro něj přijetí či nepřijetí tzv. závazku (commitment).

O odložení tohoto závazku pak mluvíme jako o adolescentním psychosociálním moratoriu (Erikson, 1963 in Vágnerová, 2008).

Zatímco dětská identita vyplývá z aktuální zkušenosti se sebou samým (například když se mu něco povede, řekne o sobě dítě, že je chytré, protože nesprávně

generalizuje) pro dospívajícího je důležitá sebeúcta, která je právě v tomto období labilní a zranitelná (Steinberg & Belsky, 1991 in Vágnerová, 2000). Jak jsme již výše uvedli, toto období je plné změn a ty s sebou přinášejí nejistotu. Pubescent je vystavován zátěži, kterou může považovat za příležitost k rozvoji (pakliže je zvládne), ale v případě že je příliš náročná, může u něj vést k obranným reakcím, jejichž důsledkem může být stagnace vývoje nebo dokonce vznik patologického stavu (Macek, 1999; Vágnerová, 2000).

Pubescent se tak neustále ocitá v rozporu mezi nedosažitelným ideálem a skutečností, která je zdrojem frustrace. Tento rozpor je o to výraznější, jedná-li se o jedince nějak handicapovaného. V takovém případě se komplikuje sebepřijetí, protože ze srovnání s vrstevníky vychází špatně a je složitější najít atraktivní stejně postiženou osobu, s kterou by se daný jedinec mohl identifikovat. „*V takovém případě je proces vytváření vlastní přijatelné identity obtížný a potřeba obran větší (např. kompenzace nebo méně akceptabilní obranné techniky, jako je rezignace nebo regrese“* (Vágnerová 2000, s. 226).

Dalším rizikem v oblasti sebehodnocení jsou přehnané generalizace. Nejistý jedinec má tendenci interpretovat si veškeré projevy svého okolí ve svůj neprospěch a reaguje na ně přecitlivěle nebo naopak bude považovat za negativní projevy ostatních a sebe bude přeceňovat (Vágnerová, 2000).

Tyto tendence se později mohou odrážet v oblasti přijetí konceptu tzv. negativní identity, *„kdy je pro něj přijatelnější být někým špatným než nikým, což může být také spojeno s odmítnutím rolí upřednostňovaných společností, rodinou nebo školou a do jisté míry může souviset s rizikovým nebo později delikventním či kriminálním jednáním“* (Šafářová in Smékal & Macek, 2002, s. 191).

3.6 SVPU v období pubescence

Přestože jsou specifické vývojové poruchy učení většinou včasně diagnostikovány v průběhu prvního ročníku studia základní školy a následně probíhá náprava, která by měla projevy poruchy odstranit, nejsou jedinci s SVPU na 2. Stupni bez obtíží. Například pro dyslektika není čtení zdrojem poznatků, protože čte buď příliš pomalu, nebo textu nerozumí. I v případech, kdy se zdá, že náprava proběhla úspěšně se

dospívající i dospělí přiznávají, že k zapamatování faktů a uvědomění si souvislostí potřebují text číst několikrát. Dysortografik mimo dělání svých specifických chyb nemá dostatečně vyvinutý cit pro mateřský jazyk, z čehož vyplývají chyby při analýze textu, u dysgrafika zase nelze předpokládat výrazné zlepšení písma, a proto jsou pro něj (i pro všechny ostatní) poznámky z hodin nečitelné.

Hlavní problém je ale v tom, že pubescenti s SVPU většinou nemají zvládnuté studijní strategie. Pod pojmem „učit se“ uvádějí, že si látku 2-3krát přečetli, což vzhledem k tomu, co o jejich čtení víme, nemůže vést k uspokojivým výsledkům (Zelinková, 2003). To vysvětluje, proč se na druhém stupni vyskytují problémy už nejen ve výuce českého jazyka, ale i v jazyce cizím, matematice, dějepise, zeměpise a dalších (Mladá in Kucharská, 1996).

Nezvládnuté strategie učení na jedné straně a nevhodné způsoby testování takových žáků pak vede k tomu, že jsou „žáci s SVPU na 2. stupni ZŠ, podle hodnocení třídních učitelů, ve 49% případů řazeni mezi žáky prospěchově průměrné a 36% mezi slabé žáky. Z 35% intelektově slušně vybavených žáků (IQ 106-136) jsou jen 2% hodnocena jako výborní žáci a 13% jako lepší žáci“ (Mladá in Kucharská, 1996, s. 62).

3.7 Poruchy chování v období pubescence

Poruchy chování vznikající na 2. stupni ZŠ často vznikají jako důsledek potřeby hledat novou identitu, kdy pubescent má potřebu překračovat hranice dosud tabuizovaných aktivit, nebo důsledek potřeby dokazovat si svou nezávislost, kdy pubescent opovrhuje stávajícími normami nebo proti nim symbolicky nebo dokonce i fyzicky útočí (Vágnerová, 2004).

Další možnou příčinou poruch chování v pubescentním období může být školní selhání, na kterém *„se významně podílí spíše sociokulturní zanedbanost a celkově nepříznivá konstelace zátěžových faktorů“* (Vágnerová, 2004, s. 782). Selhání může být také důsledkem SVPU, jak uvádí Zelinková (2003, s. 46), tyto poruchy chování „*jsou nejčastěji podmíněny pocity méněcennosti, snahou zakrýt obtíže* nebo *upozornit na sebe*.“ Dochází pak k velmi široké škále problémového chování od přestupků proti školnímu řádu až po závažné asociální projevy. Ty nejčastější typy poruch v období pubescence si zde uvedeme:

▪ Lhaní

Lhaní je obranný mechanismus, který umožňuje vyhnout se potížím nebo něco neoprávněně získat pro sebe nebo může sloužit jako prostředek k poškození druhé osob (Vágnerová, 2004).

▪ Záškoláctví, útěky a toulání

Tyto jevy jsou obvykle důsledkem dětské neschopnosti zvládat nějakou situaci v jeho životě.

- Záškoláctví: „Opakované a plánované záškoláctví bývá signálem odlišnosti socializačního vývoje, určitého postoje k autoritě a normě povinnosti, kterou dítě není ochotné či schopné akceptovat.“ (Vágnerová, 2004, s. 794)
- Reaktivní, impulzivní útěky: „…většinou se jedná o útěk před zahanbujícími, ponižujícími pocity, které by dítě nutně zažilo v konfrontaci s rodiči. Je to obrana před degradací vlastního já.“ (Matějček, 1991, s. 309 in Vágnerová, 2004, s. 794)
- Toulání: „Pravděpodobnost volby tohoto způsobu řešení životní situace se zvyšuje s věkem, protože mladší děti by se o sebe nedokázaly postarat“(Vágnerová, 2004, s. 794).

▪ Krádeže:

Krádeže můžeme rozdělit na tři kategorie v závislosti na tom, co je cílem krádeže.

- Dítě krade, aby demonstrovalo své kompetence: „Dítě krade, aby se vyrovnalo ostatním a potvrdilo, že to dokáže taky“ (Vágnerová, 2004, s. 797).
- Dítě či mladiství krade s partou nebo pro partu: „V tomto případě jsou krádeže dané normami party, která je hodnotí jako žádoucí, nebo dokonce povinnou aktivitu. Odmítnutí účasti na krádeži by bylo hodnoceno jako přestupek a potrestáno. Jedinec krade, protože si chce udržet svou pozici ve skupině, a ví, že toto jednání bude oceněno. Nejde jen o občasné porušení běžných norem, ale o jejich úplné odmítnutí a nahrazení jinými, obecně nepřijatelným. Asociální chování se fixuje jako norma “ (Vágnerová, 2004, s. 797).

▪ Šikana

Projev agrese vychází obvykle od fyzicky nebo psychicky zdatné osoby s potřebou demonstrovat svou sílu v kolektivu (Vágnerová, 2004).

Varianty šikany:

- fyzické násilí a ponižování (např. strkání, bití, skákání po oběti, zavírání do popelnice)
- psychické ponižování a vydírání (nucení ke svlékání, k posluze, nadávání apod.)
- destruktivní aktivity zaměřené na majetek oběti (braní a ničení věcí, trhání sešitů, polití šatstva apod.).

(Vágnerová, 2004, s. 798)

4 Vztah SVPU a poruch chování

O tom, že je existuje vztah mezi SVPU a poruchami chování není pochyb. Výsledky průzkumu ukázaly, že 24% až 54% dětí s SVPU má problémy s chováním (Mc Michael 1979; Mc Gee et al 1984; Schachter et al 1991 in Johnson, 2002). Ve studii prováděné na Barodě v Indii byly u vzorku sta dětí s SVPU shledány problémy s chováním v 84% případů (Khurana, 1980 in Johnson, 2002). Jednotlivými projevy chování se pak zabývá např. Kellam (1983 in Johnson, 2002), který uvádí, že dyslektické děti jsou náchylné jak k problémům emočním, tak k problémům chování, Badian (1983 in Johnson, 2002), který uvádí, že 42% dětí s dyskalkulií má problémy s pozornosti, Shalev (1995 in Johnson, 2002), který poukázal na to, že děti s dyskalkulií vykazovaly více problémů v chování než děti bez obtíží, Cornwell a Bawden (1992 in Johnson, 2002), kteří zkoumali vztah mezi dyslexií a agresivním chováním a i přes omezené množství důkazů se jim podařilo naznačit možnou souvislost dyslexie a zhoršení již existujícího agresivního chování, Venugopal a Raju (1988 in Johnson, 2002), kteří u jednapadesáti dospívajících dívek s poruchami učení identifikovali špatné sociální kompetence a zvýšenou míru problémů v chování u adolescentek s SVPU v porovnání s adolescentkami bez SVPU a Fergusson a Lynskey (1997 in Johnson, 2002), kteří zkoumali vztah mezi ranými obtížemi se čtením a pozdějšími problémy v chování u dětí od nástupu do školy do šestnácti let na Novém Zélandu. U těchto dětí se také ukázala zvýšená míra problémů s chováním s tím, že výraznější projevy byly u chlapců.

Velké množství psychologů se také zabývalo vztahem SVPU a delikvence, resp. kriminality. McGee (1988 in Johnson, 2002) ve studii zkoumající skupiny chlapců a dívek, kteří měli problémy se čtením, zjistil, že během prvních školních let byl nalezen významný vztah mezi poruchami chování a poruchami čtení u obou pohlaví. U dětí od třinácti let věku byla SVPU spojována s poruchou opozičního vzdoru a nepozorným chováním. Také připouští, že spojení SVPU s jinými poruchami chování od třinácti let věku by mohlo vést k pozdějšímu delikventnímu chování. To potvrzuje i Kazdin (1987 in Johnson, 2002), který poznamenal, že SVPU hraje důležitou roli v delikventní

chování a Maughan (1985 in Johnson, 2002), který zjistil, že u chlapců s dyslexií se našla vyšší míra kriminality v porovnání s chlapci, kteří problémy se čtením neměli, rozdíl však nebyl statisticky významný.

V následujících kapitolách naznačíme možné souvislosti mezi SVPU a poruchami chování.

4.1 Sebepojetí

Vztah SVPU a poruch chování může vyplývat právě ze sebepojetí dítěte. Děti s SVPU se často hodnotí negativně právě kvůli problémům ve škole, v adolescenci pak tento jev graduje, protože *„s přibývajícím věkem a s rozvojem myšlením narůstá kritičnost školáků, učivo je obtížnější a děti je tudíž objektivně hůře zvládají, může se zafixovat i negativní sebehodnocení vyplývající z opakované zkušenosti s neúspěchem atd. V závislosti na věku se statisticky významně zhoršuje sebehodnocení školáků se specifickými poruchami učení, zhoršuje se jejich názor na vlastní úspěšnost v matematice…i v českém jazyce…i ve psaní. Sebehodnocení čtenářských dovedností je sice také horší, ale ne statisticky významně. Hodnocení vlastních schopností klesá do pásma podprůměru, snižuje se i sebedůvěra, ale ne tak výrazně, aby byl význam statisticky významný“* (Matějček & Vágnerová, 2006, s. 67).

Právě Matějček a Vágnerová ve své publikaci Sociální aspekty dyslexie (2006, s. 67) upozorňují na to, že děti studující ve specializovaných třídách, popřípadě školách, mají sebehodnocení podstatně lepší a to díky tomu, že v takovýchto zařízeních „*nejsou stresovány nezvládnutelnou konkurencí a ve srovnání se svými spolužáky mohou prožívat úspěch.“*

Na druhou stranu zároveň připouštějí (s. 110), že tyto děti, které jsou zařazovány do specializovaných tříd, často trpí dalšími potížemi, které mohou deformovat jejich sebepojetí a narušovat jejich sociální ladění. Následně uvádějí výsledky studie ve specializované škole, kde se děti „*hodnotily spíše negativně, podceňovaly vlastní schopnosti, byly celkově pesimistické. Považovaly se za citově labilní a zároveň měly tendenci svoje emoce potlačovat. V jejich vztahu k okolí převažovaly nepřátelské pocity a pohotovost k agresivnímu reagován.*“ Klégrová (1999, s. 43) to ve své studii uvádí, že „zařazení do speciální třídy může znamenat i určitou výlučnost, kterou děti nemusí

vnímat zrovna pozitivně, zvlášť je-li ještě někde v podvědomí veřejnosti tato třída pojímána jako zařízení pro zaostalé děti.“

K tomuto výsledku se přiklání i americká studie, která naměřila pokles míry úzkostlivosti a depresivity u dětí s SVPU, které byly přeřazeny ze speciální třídy do běžných vzdělávacích programů (Newcomer, Barenbaum & Pearson, 1995).

Zajímavé je, že sebehodnocení žáků a jejich hodnocení rodiči a učiteli se často liší. Ve výzkumu, který v roce 1995 uskutečnili Newcomer, Barenbaum a Pearson, nehodnotili studenti s SVPU sami sebe jako více depresivní a úzkostlivé než se hodnotili studenti bez SVPU, ale byly hodnoceni jako více depresivní svými učiteli, a ze sebehodnocení nevyplynul, na rozdíl od hodnocení učitelů, postupný nárůst úzkosti a deprese s věkem. Matějčka a Vágnerovou (2006, s. 110) také zarazila *nízká míra rodičovské empatie*. Jejich výzkum sebehodnocení žáků ve srovnání s hodnocením rodičů ukázal, že *„rodiče dyslektiků nedokázali správně odhadnout pocity svých dětí a mnoho nevěděli ani o jejich sebehodnocení.“* Tato nejednota může mít dvojí vysvětlení. Tannebaum, Forehand, a Thomas (1992) i Wolfe (1987 in Newcomer, Barenbaum & Pearson, 1995) si kladou otázku do jaké míry některé děti, jako například ty s poruchami chování, dávají najevo pocity úzkosti a deprese. Otázka druhá by pak mohla znít, jak dobře znají rodiče své děti a učitelé své žáky.

Nicméně existují i studie, které došly k závěru, že existuje na určitých sociálních dimenzích (například v přijímání vrstevníky a v sebepojetí) jen málo rozdílů mezi dětmi s poruchami učení a bez nich. Domnívají se, že i když děti s poruchami učení mají nižší sebehodnocení v akademické doméně, jejich celkové sebepojetí je plně srovnatelná s ostatními dětmi (Milan, Hou & Wong, 2006).

4.2 Rodina

Rodičovské očekávání a výchovný styl také ovlivňují případný rozvoj poruchy chování u dítěte s SVPU. Rodič, jakožto primární autorita, má velký vliv na sebepojetí dítěte. Jeho postoj k dítěti do velké míry předurčuje, co si o sobě dítě myslí a jak sám sebe hodnotí. V dnešní době, kdy se často školní výsledky považují za predikci budoucího úspěchu v životě, se stává, že *„rodiče, pro něž prospěch vlastních dětí bývá součástí společenské prestiže a někdy i osobní identity, vyvíjejí na* děti *nezřídka takový*

tlak, že to u nich vede k obranným reakcím, podle typu dítěte buď neurotickým, psychosomatickým, anebo k poruchám chování" (Říčan & Krejčířová 2006, s. 161).

Ovšem primární psychické ladění dítěte je dáno již samotným vztahem rodičů k němu. To, jak se vztah rodičů a dítěte promítá do psychiky dítěte, podrobněji zkoumali Matějček a Vágnerová (2006, s. 82): *„Předpokládaný kladný vztah matky je spojen s nižší tendencí k závislosti, předpokládaný kladný vztah otce je spojen s lepším sebehodnocením dítěte a jeho větší sebedůvěrou. Předpokládaný záporný vztah matky je spojen s celkově horším emočním laděním (s větší citovou labilitou a inhibovaností a s větší úzkostí), dále s horším sebehodnocením i nižší sebedůvěrou. Předpokládaný záporný vztah otce k dítěti je spojen s větší závislostí a větší citovou inhibovaností. Předpokládaná direktivita matky je spojena s větší úzkostností a nižší sebedůvěrou. Předpokládaný liberální výchovný postoj otce je spojen s větší nezávislostí a lepším sebehodnocením dítěte."*

Dalším významným činitelem je výchova. V minulosti se hodně spekulovalo o tom, jaká je spojitost mezi agresivním rodičem a agresivním dítětem. Někteří se přikláněli k teorii, že rodič je pro dítě špatným vzorem, a proto je dítě agresivní (Bandura, 1973), jiní přikládají větší váhu genetice (Dawkins, 1989). Na tuto otázku se nepodařilo do dnešního dne nalézt jasnou odpověď. Co však aktuální výzkumy potvrdily, je vliv výchovných praktik a výchovného stylu. Ukázalo se, že rodičovské praktiky, obzvláště kruté fyzické tresty a nedostatečný dohled, byly spojovány s poruchami chování (Loeber, Burke & Pardini, 2009) a že děti, které zažily neefektivní výchovný styl, mají vyšší úroveň agrese nebo sklony k poruchám chování a úzkosti nebo k emočním poruchám a nižšímu altruismu či nižšímu skóre prosociálního chování (Milan, Hou &Wong, 2006).

V neposlední řadě hraje důležitou roli i prostředí, z kterého dítě s SVPU pochází. Z tohoto důvodu zde uvádíme závěry statistiky z Velké Británie ukazující, že z dětí, které mají SVPU a zároveň poruchu chování:

58% žije v chudobě

51% byla v životě vystavena dvěma a více nepříjemný životním událostem

54% je vychováváno osobami bez dostatečné vzdělání

45% je vychovávána matkou, která má psychické potíže

41% žije v rodinách, ve kterých žádný z dospělých nemá placené zaměstnání

44% je vychováváno svobodným rodičem

36% žije v „nezdravě“ fungujících rodinách

27% je vychováváno svobodnou matkou, která má horší než dobré psychické zdraví

96% se musí vyrovnávat s minimálně z jednou z výše zmíněných nepříjemností

46% se musí vyrovnávat se čtyřmi a více z výše zmíněných nepříjemností

(Emerson & Hatton, 2007).

4.3 Vztahy

Jedna z dalších souvislostí, které můžeme hledat mezi SPU a poruchami chování je deficit sociálních dovedností. Někteří autoři se domnívají, že děti s poruchami učení mohou shledávat obtížným vyvinout si altruistický nebo soucitný postoj vůči ostatním (Milan, Hou & Wong, 2006), další jejich názory podporují tím, že sociální ukazatele dětí s poruchami učení mohou zahrnovat vznětlivost, frustraci, nesportovní chování a problémy s vytvářením přátelství, přijímáním změn v zaběhnuté rutině, chápáním jemných neverbálních narážek a spolupráce s ostatními (Milan, Hou & Wong, 2006) a že děti s poruchou učení jsou více plaché, častěji vyhledávají pomoc a často jsou obětí šikany (Nabuzoka & Smith, 1993 in Johnson, 2002).

Jaký je přesně vztah mezi těmito charakteristikami a SVPU se snaží vysvětlit San Miguel, Forness a Kavale (1996), kteří nabízejí následujících pět hypotéz:

1) Deficity sociální dovednosti jsou považovány za důsledek neurologické dysfunkce a předpokládá se, že jsou i základem pro deficit akademických dovedností dítěte či dospívajícího (Boucher, 1986: Bryan, 1982; Oliva & La Greca, 1988; Renshaw & Asher, 1983; Wiener, 1980 in San Miguel, Forness & Kavale, 1996).

2) Akademické a vzdělávací problémy mladistvých s SVPU vedou k nízkému sebepojetí, odmítání nebo izolace od vrstevníků, nebo jiným překážkám pro rozvoj sociálních dovedností (Osman, 1987 in San Miguel, Forness & Kavale, 1996).

3) Dětem nebo mladistvým se specifickými vývojovými poruchami učení se nedaří získat nebo vykonávat sociální dovednosti z důvodu omezených příležitostí učit se, vykonávat a posilovat takové dovednosti ve svém životním prostředí (Gresham,

1988 in San Miguel, Forness & Kavale, 1996).

4) Sociálně-dovednostní deficity souvisejí s rodinným systémem sociální podpory dítěte nebo dospívajícího, jehož efektivita je snížena stresem, který je způsoben péčí nebo přizpůsobování se adolescentovi se zvláštními potřebami. (Amerikaner & Omizo. 1984: Kronick. 1978: Wilchesky & Reynolds, 1986 in San Miguel, Forness & Kavale, 1996).

5) K rozdílům v deficitech sociálních dovedností mezi vzorky dětí s a bez SPU může dojít z důvodu komorbidit některých dětí ve vzorku s SVPU, které mají i jiné diagnózy, jako je například ADHD nebo deprese. (Forness & Kavale, 1991 in San Miguel, Forness & Kavale, 1996).

Poslední hypotézu pak ověřují ve studii zkoumající 60 dětí s SVPU na ratingové stupnici sociálních dovedností, která ukázala, že děti, které měli SVPU a komorbidní ADHD nebo jiné poruchy citové či chování, měly výrazně nižší výsledky v sociálních dovednostech, sociálním chování ve třídě a v akademický kompetencích, než ty děti, které měli pouze SVPU (San Miguel, Forness & Kavale, 1996). Tento výsledek naznačuje, že SVPU samo o sobě nemusí být předpokladem pro problémy v oblasti mezilidských vztahů, ale jak sami autoři uvádějí, přesná povaha vztahu mezi deficity sociální dovednosti a poruchami učení, je věc spekulativní a Matějček, Vágnerová (2006, s. 237) dodávají, že *„dyslektik není svými vrstevníky primárně odmítán a ...jeho sociální postavení závisí spíš na tom, jak se chová.“*

4.4 Deprese, úzkostlivost a agrese

Psychický stav dětí s SVPU je oproti dětem bez SVPU mnohem více ohrožen. Studenti s SVPU mají ve srovnání se studenty bez SVPU šestkrát častěji psychickou poruchu, třiatřicetkrát častěji poruchu autistického spektra, osmkrát častěji ADHD, šestkrát častěji poruchu chování, čtyřikrát častěji emoční poruchu a 1,7 krát častěji depresi (Emerson & Hatton, 2007). Studie prováděné v Austrálii, Norsku, Finsku, Nizozemí a Jihoafrické republice ukazují, že přibližně 40% dětí a adolescentů s SVPU budou mít pravděpodobně diagnostikovatelné duševní zdravotní problémy (Emerson & Hatton, 2007), což předpokládají na základě ONS[1] z roku 1999, kdy se ukázalo, že

[1] ONS (Offiice for National Statistics)

39% dětí ve věku pět až patnáct let s SVPU mělo diagnostikované duševní zdravotní problémy (v porovnání s 8% u dětí, které SVPU nemělo) (Emerson & Hatton, 2007).Mezi nejvýraznější projevy patří deprese a úzkostlivost.

Existuje důkaz, že stejně jako ADHD, i deprese je významnou komorbidní diagnózou u dětí s SVPU (San Miguel, Forness & Kavale, 1996). Kovacsová (1984, 1985 in San Miguel, Forness & Kavale 1996) a její kolegové studovali průběh deprese u 64 dětí s SVPU. V jejím vzorku mělo 65% depresivní poruchu, 43% dysthymii, a 17% mělo poruchu přizpůsobení spolu s depresivní náladou. Jiné studie zaznamenali depresi v rozsahu 35,9% (s použitím *Children's Depression Inventory*) a 11% dětí ve studii Wright-Strawdermana a Watsona (in San Miguel, Forness & Kavale 1996) naznačuje, že by chtěli spáchat sebevraždu.

Vysoká míra dětí s poruchami učení, které spáchaly sebevraždu, se odráží i ve studii mapující tři roky v Los Angeles County, která zjistila, že 50% dětí, které spáchaly sebevraždu, bylo identifikováno jako mající SVPU (Peck, 1985 in San Miguel, Forness & Kavale, 1996).

McBride a Siegel (1997 in Johnson, 2002) z University v Columbii ve studii o sebevraždě u dospívajících uvádějí ještě horší výsledky. Z jejich studie vyplývá, že 89% z 27 mladistvých, kteří spáchali sebevraždu, měli významné deficity v pravopisu a krasopisu, což může naznačovat výskyt SVPU.

Co se týče úzkosti, bylo prokázáno, že studenti s SVPU, zažili více úzkosti než vrstevníci bez poruchy (Margalit & Raviv, 1984; Paget & Reynolds, 1984; Rodriguez & Routh, 1989, Stein & Hoover, 1989 in Newcomer, Barenbaum & Pearson, 1995). Tyto výsledky podporuje i český výzkum E. Klasenové, která nalezla *u dvou třetin z 500 dyslektiků zvýšenou anxiozitu* (Říčan & Krejčířová 2006, s. 161).

A právě v souvislosti s většími obtížemi v oblasti úzkosti a altruismu, mohou děti s SVPU také vykazovat více fyzické agrese nebo poruchy chování. Frustrace, která obvykle doprovází SVPU může vést k agresi, pokud děti budou mít pocit, že okolnosti jsou mimo jejich kontrolu (Milan, Hou & Wong, 2006), protože „d*ěti, které nemají dostatek sebedůvěry, bývají hostilnější a agresivnější, často jde o projev obrany v situaci značné nejistoty. Obecně platí, že takové děti bývají i celkově pesimistické a mají zvýšený pocit ohrožení.“* (Matějček & Vágnerová, 2006, s. 59). Výzkum vývoje tohoto chování pak ukazuje, že u dětí mladších jedenácti let mají chlapci větší sklon

k poruchám chování a dívky k poruchám emočním. Starší děti mají větší sklony mít obě tyto poruchy (Emerson & Hatton, 2007). Jiná studie to potvrzuje konstatováním, že mladé dívky (ve věku 5 až 11) vykazují méně fyzické agrese ve srovnání s chlapci (Milan, Hou & Wong, 2006).

5 Primární prevence na základních školách

Jak předchozí kapitola ukazuje, pubescenti s SVPU jsou ve značném ohrožení vzniku poruchy chování. Proto bychom chtěli, ještě než se pustíme do samotné empirické části, věnovat pozornost i možnostem zamezení jejich vzniku. Předkládáme zde stručné vymezení pojmu „prevence“, nastíníme strategie užívané na českých základních školách a pro rozšíření uvedeme příklad několika preventivních programů, které proběhly v nedávné době v USA.

5.1 Prevence jak ji vidí Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů školách a školských zařízeních

Zhruba polovina dospělých s duševní poruchou uvádí, že jejich problémy vznikly v období pubescence (Grant & Dawson, 1997, Gregory et al, 2007; Gruber, DiClemente, Anderson & Lodico, 1996 in Evans, 2009). Právě proto je vhodným místem pro prevenci vzniku poruch chování, trénink sociálních a behaviorálních schopností, stejně jako výchovu dětí, škola. Proto zde na úvod předkládáme stručný přehled, jak je primární prevence definována Metodickým pokynem k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (MŠMT ČR, Č. j.: 20 006/2007-51, 2007).

5.1.1 Členění primární prevence

Nespecifická primární prevence

„Veškeré aktivity podporující zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizace volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou

k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání.“

Specifická primární prevence

„Aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků. Jedná se o:

a) všeobecnou prevenci, která je zaměřena na širší populaci, aniž by byl dříve zjišťován rozsah problému nebo rizika,

b) selektivní prevenci, která je zaměřena na žáky, u nichž lze předpokládat zvýšenou hrozbu rizikového chování,

c) indikovanou prevenci, která je zaměřena na jednotlivce a skupiny, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů v oblasti chování, problematických vztahů v rodině, ve škole nebo s vrstevníky.“

5.1.2 Cíle specifické primární prevence

a) „Předcházení zejména následujícím rizikovým jevům v chování žáků: záškoláctví, šikana, rasismus, xenofobie, vandalismus, kriminalita, delikvence,užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky – dále jen „OPL“) a onemocnění HIV/AIDS a dalšími infekčními nemocemi souvisejícími s užíváním návykových látek, závislost na politickém a náboženském extremismu, netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling)

b) rozpoznání a zajištění včasné intervence zejména v případech: domácího násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže, poruch příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie).“

5.1.3 Školní preventivní strategie (školní preventivní program)

„Je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení, je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu, popř. přílohou dosud platných osnov a učebních plánů, vychází z omezených časových, personálních a finančních investic se zaměřením na nejvyšší efektivitu, jasně definuje dlouhodobé a krátkodobé cíle, je naplánována tak, aby mohla být řádně uskutečňována, se přizpůsobuje kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy či specifické populaci jak v rámci školy, tak v jejím okolí, respektuje rozdíly ve školním prostředí, oddaluje, brání nebo snižuje výskyt sociálně patologických jevů, zvyšuje schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí, má dlouhotrvající výsledky, pojmenovává problémy z oblasti sociálně patologických jevů dle čl. 1, odst. 1 a případné další závislosti, včetně anabolik, dopingu, násilí a násilného chování, intolerance a antisemitismu, pomáhá zejména těm jedincům, kteří pocházejí z nejvíce ohrožených skupin (minoritám, cizincům, pacientům či dětem) při ochraně jejich lidských práv, podporuje zdravý životní styl, tj. harmonickou rovnováhu tělesných a duševních funkcí s pocitem spokojenosti, chuti do života, tělesného i duševního blaha (výchova ke zdraví, osobní a duševní hygiena, výživa a pohybové aktivity), poskytuje podněty ke zpracování Minimálního preventivního programu.“

5.1.4 Minimální preventivní program

(§ 18 písm. c) zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů)

„Je konkrétní dokument školy zaměřený zejména na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Minimální preventivní program je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce s žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků školy. Minimální

preventivní program je zpracováván na jeden školní rok školním metodikem prevence (jehož standardní činnosti jsou vymezeny právním předpisem-příloha č. 3/II vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních)*, podléhá kontrole České školní inspekce, je průběžně vyhodnocován a písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy."*

(§ 12 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon))

5.2 Škola: Prevence v praxi

Dříve, než se na školách zahájilo provádění záměrných programů na potlačení patologických psychosociálních jevů, bylo nevhodné chování potlačováno trestem. Tento systém v podstatě svým způsobem funguje i nadále.

V rámci vzdělávacího prostředí je systém trestání navržen tak, aby na studenty působil jako prevence účasti na antisociálním chování. Tyto systémy mají často podobu pravidel, která určují nepřijatelné chování, a stanovují důsledky a postupy v případě, že se žák takového chování dopustí (Skinner, Cashwell & Skinner, 2000 in Robinson, Ervin & Jones, 2002). Obvykle je takový systém nezávislý a pro všechny stejný. To znamená, že každý jedinec bude nést stejné důsledky (tedy trest) za stejné asociální chování, jako by nesl jiný spolužák (Hayes, 1976; Litow a Pumroy, 1975 in Robinson, Ervin & Jones, 2002). Nezávislý aspekt znamená, že studenti jsou potrestáni za své vlastní chování a ne za chování svých vrstevníků. Takto stanovená pravidla jsou spravedlivá a rovná pro všechny jak v oblasti trestů, tak v oblasti ochrany, které se jim ve škole dostává, a zároveň vede k vyšší odpovědnosti studentů za vlastní chování (Skinner, Skinner, Skinner, a Cashwell, 1999 in Robinson, Ervin & Jones, 2002).

V mnoha případech může být takový trestný systém efektivní v prevenci zapojování se do záměrně nevhodného chování. Nicméně není tento systém stejně účinný pro všechny děti (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman, a Richman, 1994 in Robinson, Ervin & Jones, 2002). Pokud některé děti přetrvávají v zapojování se do záměrného antisociálního chování i přes tento systém trestů, mohou být doporučeny na

psychologicko-pedagogické vyšetření a jsou pak často diagnostikovány jako mající poruchu chování nebo sociálně emoční poruchy (Robinson, Ervin & Jones, 2002).

Jedním z problémů spojených s trestáním antisociálního chování je, že pedagogové mají často potíže s monitorováním takového chování. Potom k tomu, aby se žák vyhnul potrestání, stačí, aby zabránil svému přistižení. Proto se mohou studenti i nadále angažovat v těchto praktikách, jen se učí vyhnout odhalení. V takovém případě pak systém trestání neodnaučuje antisociální chování, ale pouze učí děti, aby si osvojily být obezřetnější a záludnější, spíše než aby se chovaly prosociálně (LaVigna & Donnellan, 1986 in Robinson, Ervin & Jones, 2002).

Protože není možné, aby učitelé sledovali chování každého studenta, studenti s tímto úkolem pomáhají monitorováním a sledováním chování svých vrstevníků a hlášením nevhodného chování autoritám (tj. žalováním). Celý tento systém, založený na vzájemném monitorování a udávání ostatních spolužáků s nevhodným chováním, se v různých podobách uchytil v mnoha vzdělávacích prostředích (Henington & Skinner, 1998 in Robinson, Ervin & Jones, 2002). Potvrzení tohoto faktu nalezneme např. u předního českého odborníka na šikanu, Pavla Říčana (1995, s. 87), který uvádí: „*Na jedné základní škole, kde jsme zaznamenali poměrně málo šikany, ředitelka svěřuje dobře vybraným žákům vyšších tříd úkol být jakýmisi rytíři, kteří chrání menší děti před šikanou.“*

Existuje však mnohem efektivnější alternativa. Místo toho, aby žáci hlásili nevhodné případy chování, je jim řečeno, že budou mít možnost získat odměnu (např. žetony) za povšimnutí si a podávání zpráv o pozitivním chování vrstevníků. Aby dítě dostalo odměnu, musí být hlášené chování učitelem považováno za zvláštní a originální (Robinson, Ervin & Jones, 2002).

Vedle těchto každodenních reakcí na nevhodné chování se na školách realizují i dlouhodobější zásahy. Pro ilustraci zde uvedeme intervenční strategie používané v humanistické alternativní škole k odstraňování problémů žáků v chování podle Gajdošové a Herényiové (2006, s. 204-205):

1) programy, tréninky, výcviky žáků zaměřené na jejich sociální dovednosti, asertivity, efektivního řešení konfliktů, adekvátních postojů a životních hodnot;

2) přednášky a besedy pro učitele a rodiče zaměřené na zvýšení informovanosti o psychologických otázkách výchovy a vzdělávání, na změnu postojů k dětem, které jsou problémové z hlediska chování, a na jejich lepší chápání;

3) debaty s rodiči zaměřené na rozvíjení jejich sociální kompetence a řešení konfliktů;

4) přímé zásahy do výchovně-vzdělávacího procesu.

Největší důraz se v humanistické alternativní škole klade na rozvíjení sociálních dovedností, kam spadá kooperace, asertivita, odpovědnost, empatie a sebekontrola (Gresham 1990 in Gajdošová & Herényiová, 2006), protože „*zkušenosti potvrzují, že žáci, kteří disponují nízkou úrovní sociální kompetence a sociálních dovedností, častěji mívají ve škole problémy v chování*“ (Gajdošová & Herényiová, 2006, s. 235). Na druhou stranu vědci, kteří recenzovali studie o nácviku sociálních dovedností, zjistili, že tyto postupy sice jsou efektivní pro výuku studentů vhodnému sociálnímu chování, ale jen málo z nich prokázalo, že by tyto postupy měnily náhodné sociální chování studentů v jejich přirozeném prostředí (DuPaul a Ekert, 1994; Forness a Kavale, 1996, Ogilvy, 1994 in Robinson, Ervin & Jones, 2002). Je tedy vhodné, aby si takovému chování nejen učily, ale aby si ho osvojily a přijaly za vlastní normu a k tomu je zapotřebí denní trénink mezilidských interakcí (Robinson, Ervin & Jones, 2002).

V tomto směru může napomoci učitel svým vlastním příkladem, pakliže bude „*sledovat strategii založenou na podpoře outsiderů. Může si záměrně všímat dětí plachých, úzkostných, nějak handicapovaných, méně chápavých, méně výřečných, méně sympatických, izolovaných*“ (Říčan, 1995, s. 73).

Dalším efektivním způsobem, jak potlačit negativní psychosociální jevy, neboli tzv. nespecifickou prevencí, je posílení demokracie ve třídě. Její hlavní zásady zde uvádíme podle Říčana (1995, str. 78-9):

1. *ptát se dětí na jejich názory a přání, diskutovat s nimi, každý nesouhlas vnímat jako příležitost k tomu předvést toleranci k odlišným názorům;*
2. *dávat dětské skupině možnost volby*
3. *pěstování žákovské samosprávy*
4. *otevřeně informovat rodiče o problémech školy i o nepříjemných událostech, o chybách, ke kterým došlo*
5. *umožňovat rodičům co nejčastější přístup do školy (tzv. politika otevřených dveří)*
6. *podněcovat aktivitu rodičovské organizace ve škole.*

Za účelem posílení demokracie ve školním prostředí Parryová a Carringtonová (1995) doporučují tzv. školní smlouvu, která bude obsahovat položky typu: *Nebudeme tolerovat šikanu a utlačování. Nebudeme znečišťovat školní majetek. Jednou týdně budeme pořádat diskusní skupinu, kde probereme vše, co nás trápí.* S podobným návrhem v současné době přichází i MŠMT ČR. Smlouvy by však měly být uzavírány s konkrétními problémovými žáky. Individuální výchovný plán, jak se smlouva nazývá, by se mohl na českých školách objevit od 1. 9. 2012, v současné době se testuje na několika vybraných základních školách v ČR.

5.2.1 Specifický boj s násilím

Nejvíce etopedických publikací se zabývá šikanou a otevřenou fyzickou agresí. Mezi významné české odborníky v této oblasti patří už výše zmiňovaný prof. Říčan, jehož publikace jsou výsledkem mnohaletých zkušeností, ale zároveň nositeli myšlenek, které jsou minimálně diskutabilní.

Upozorňuje např. na to, že násilí v médiích často svádí k napodobování, mimo to má negativní vliv na citový život, který se pod jeho vlivem stává primitivnějším a že u některých dětí se vliv mediálního násilí projevuje agresí, u jiných strachem z agrese a úzkostností (Říčan, 1995). Tento názor vycházející z Bandurovy teorie sociálního učení (Bandura 1973), bývá často zpochybňován, protože v případě agresivních televizních pořadů si nemůžeme být jisti, co je příčinou a co následkem. Tedy zda je dítě agresivní, protože bylo inspirováno televizí, nebo vyhledává agresivní pořady, protože je

agresivní samo o sobě. Nebylo dosud dokázáno, že je zde přímá spojitost a domníváme se, že i děti, které jsou vystavovány mediálnímu násilí, se mohou chovat neagresivně. Dokonce i v případě, že připustíme, že agresivita je důsledkem sociálního učení, není zákaz sledování televize dlouhodobým řešením, protože dítě může být vystavováno takovým vlivům i mimo domov. Mnohem přínosnějším by měla být přítomnost rodiče a přímá komunikace o tom, co se na obrazovce odehrává.

Nicméně toto tvrzení není zdaleka tolik kontroverzní jako návrh na tzv. Výchovu k násilí. Říčan zde protestuje proti tomu, jak se lidé pokrytecky vzdávají násilí a otevřeně vyzývá k bojovému výcviku dětí: „*Máme ale v bibli také Davida a Goliáše a v historii mnoho krásných činů vykonaných se zbraní v ruce. Dejme tedy svým dětem možnost volby, možnost vlastního rozhodnutí! Máme k tomu jeden velmi pádný důvod. My všichni jsme pod ochranou policie, jejíž práce je bez násilí nemyslitelná. A kdyby se náš stát zřekl jakéhokoliv násilí při obraně svých hranic, velmi rychle by nás zaplavily loupeživé hordy z různých zemí. Pokud nejsme ochotni nést následky takového nenásilí, nemůžeme násilí paušálně odsuzovat. Nemáme právo žádat od svých dětí, aby se zřekly práva na sebeobranu, tím méně povinnosti přispět na pomoc oběti agrese“* (Říčan, 1995, s. 90).

Šikanu vnímá jako důsledek nerovnosti fyzických sil, která dává agresorům příležitost k využití. Proto podle něj „*potřebujeme výcvik zaměřený tak, aby každé zdravé dítě dosáhlo určité minimální úrovně v síle, dovednosti, nebojácnosti a otužilosti*“ (s. 91).

Takový výrok vyvolává otázku, co bude pak s jedinci, kteří jsou nějak fyzicky handicapováni a stejné úrovně nikdy dosáhnout nemohou? I na ty Říčan myslel a s odvoláním se na podporu kolegy prof. Matějčka (Říčan, 1995, s. 92) doporučuje trénovat alespoň fyzickou sílu.

S veškerým respektem k těmto dvěma odborníkům musíme zdůraznit, že šikana a agrese neexistuje jen na úrovni tělesné, ale i duševní, jejíž následky jsou mnohem horší. I když rozumíme, že zvýšení fyzické síly posílí i sebepojetí jedince, nemyslíme si, že fyzicky odolný jedinec zůstane stejně psychicky silný i v případě, že jeho životem otřese například rozvod rodičů nebo úmrtí v rodině. Navíc šikanu mezi dívkami tento návrh neřeší vůbec. Proto nám pro řešení šikany připadá mnohem efektivnější nespecifická prevence.

Vedle těchto názorů však Říčanovy publikace skýtají i cenné rady, jak pracovat s potenciálními agresory (Říčan, 1995, s. 87-88):

1. *užívat co nejvíce pochvaly;*
2. *zaměstnat je činností, která je pro ně atraktivní a ve které mohou být úspěšní, popř. i vyniknout;*
3. *učit je sociálním dovednostem;*
4. *povzbuzovat empatii;*
5. *pomáhat jim, aby si vybudovaly osobní perspektivu.*

Nebo přehled možností, které mají školy v prevenci a řešení případů šikany (Říčan, Janošová, 2010, s. 17-19):

1. *rozvíjet průřezové téma osobnostní a sociální výchovy, zavést etickou výchovu;*
2. *věnovat individuální pozornost dětem;*
3. *zlepšovat vzájemné vztahy, zvláště vztah důvěry mezi školou a rodiči;*
4. *zaujmout realistický postoj k šikaně;*
5. *uspořádat pohyb žáků ve škole, zajistit pedagogický dozor;*
6. *seznámit se s Metodickým pokynem MŠMT z roku 2009, který je celý věnován speciálně šikaně;*
7. *školní řád formulovat tak, aby upravoval prevenci, postih i nápravu šikany;*
8. *alespoň jeden z učitelů na škole by měl absolvovat Kurs prevence a řešení šikany akreditovaný MŠMT.*

5.3 Konkrétní primárně preventivní programy

Klíčovým rizikovým faktorem pro externalizaci poruchy chování je chování, které začíná v raném dětství (Lipsey a Derzon, 1998 in Evans, 2009), a proto bylo vyvinuto velké množství programů, které by rozvinutí poruchy chování měly zabránit. V českém prostředí bychom doporučili publikaci Gajdošové a Herényiové *Rozvíjení emoční inteligence žáků* (2006), kde jsou k dohledání *Dlouhodobý program rozvíjení emoční*

inteligence žáků a program *Tolerancí proti násilí ve školách* obsahující cvičení, metodické pokyny i rady jak programy co nejlépe realizovat. Další návrhy jak zamezit šikaně na školách přináší např. *Školní program proti k šikanování*, který obsahuje kniha *Nová cesta k léčbě šikany* Michala Koláře. Pro zajímavost zde uvedeme i tři různě zaměřené programy realizované v USA, které se setkaly s úspěchem.

Projekt *Porozumění násilí* (The Understanding Violence project) mělo podpořit konverzaci a povědomí o některých příčinách a následcích násilí mezi mládeží s konečným cílem posílení samostatnosti dětí a mladých lidí tak, aby volili nenásilná řešení (Palma a Yessayan, 2004 in Nikitopoulos, Waters, Collins & Watts, 2009). Učební plán se skládá z šesti modulů s následujícími tituly: (1) Co je příčinou násilí, (2) Co se stane, když je někdo obviněn ze zločinu, (3) Jak se stereotypy dotýkají každého z nás, (4) Pravda vs. donášení: Jaký je rozdíl, (5) Proč se děti připojují ke gangům a (6) Jak dělat odpovědná rozhodnutí. Každý modul trvá 60-90 minut a obsahuje video-segmenty s anekdotami a svědectvími o zkušenostech členů gangů, vězňů a policejních a soudních zaměstnanců.

Od svého zavedení v roce 2005 se preventivního programu *Porozumění násilí* zúčastnilo 224 žáků páté třídy. Kvantitativní výsledky průzkumu ukázaly vysokou úroveň relevance prevence násilí, střední až vysokou spokojenost se skupinovou zkušeností (74 - 98%), střední až vysoký vliv na studentovo vnímání schopnosti řešit konflikty pokojně (75-98%) a střední pochopení témat souvisejících s trestnou činností, násilím a vymáháním práva (78-86%). Tyto údaje naznačují, že *Porozumění násilí* mělo pozitivní dopad na postoje studentů v oblasti pochopení a vyrovnání se s násilím ve společnosti. Kromě toho se ukázalo, že účastníci aktivity oceňovali a užívali si je (Nikitopoulos, Waters, Collins & Watts, 2009).

Další preventivní intervence byly zaměřené na depresivní poruchu chování. Příkladem je *Clarkova kognitivně-behaviorální preventivní intervence* (Clarke Cognitive Behavioral Prevention Intervention), která zahrnuje patnáct setkání skupiny kognitivně-behaviorální léčby mladistvých s vysokým rizikem deprese. Tato intervence byla nabízena ve školách a ve zdravotních organizacích. V patnáctiměsíčním sledování dospívající v experimentálních podmínkách prokázali nižší míru depresivních epizod ve srovnání s těmi, kteří byli léčeni jako obvykle (Clarke et al. 2001 in Evans, 2009).

Velmi úspěšnými se ukázaly i komunitní programy na podporu zdraví prospěšného chování. *Výchova zdravých dětí* („*Raising Healthy Children*," Catalano et al., 2003 in Evans, 2009) bylo rozšířením *Vývojového sociálního programu v Seattlu (Seattle Social Development Program*), který ukazuje dlouhodobý pozitivní vliv na klienty do období rané dospělosti. *Výchova zdravých dětí* je zaměřena na podporu pozitivního rozvoje mladých lidí prostřednictvím zvýšení podpory prosociálního chování. Osmnáctiměsíční sledování ukázalo, že účastníci programu měli nižší antisociální chování, vyšší sociální kompetence a vyšší hodnocení ve studijních výsledcích, stejně jako menší nárůst užívání alkoholu a marihuany na střední škole (Brown, Catalano, Fleming, Haggerty, a Abbott, 2005 in Evans, 2009).

Otázkou ale není jen, jaký způsob prevence funguje, ale co funguje pro koho a za jakých podmínek. Příliš často se vyskytuje mylné očekávání, že pokud program je přínosný pro některé, měl by být dobrý pro všechny (MacMillan, 2009), proto jsme se zde snažili zmínit co nejširší spektrum, o němž doufáme, že časem bude dále růst a preventivní programy pak budou mít pozitivní vliv na všechny studenty základních škol.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části se budu zabývat výsledky kvantitativního výzkumu, který jsem realizovala na dvou základních školách, které jsou zaměřené na žáky se specifickými vývojovými poruchami učení. Stručně zde představím dané školy a své respondenty, seznámím čtenáře s cílem svého zkoumání, s metodologií provedeného výzkumu a v neposlední řadě s výsledky, ke kterým jsem došla.

1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce bylo zjistit možný vliv SVPU na případný vznik poruch chování u dětí v období pubescence a zpracovat přehled nejčastějších projevů poruch chování na 2. stupni ZŠ, a to formou sebeposuzovacího dotazníku týkající ho se klasické sociálně situační anxiety a trémy (dotazník KSAT), který byl zadáván žákům a měl odpovědět na otázku, zda jsou děti s SVPU více úzkostlivé než děti bez SVPU, což by mohlo signalizovat poruchy chování s interními vlivy, a strukturovaného rozhovoru s jejich třídními učiteli, kteří se vyjadřovali k výskytu poruch chování s externími vlivy. Jako výzkumný vzorek byli vybráni studenti 7., 8., a 9. ročníků na 2. ZŠ v Třeboni a na ZŠ Londýnská v Praze 2.

2 Výzkumný problém, hypotézy

Výzkumný problém: V jakých případech můžeme mluvit o souvislosti SVPU a PCH?

Hypotéza 1: Poruchy chování se budou vyskytovat ve větší míře u žáků s SVPU než u žáků bez SVPU.

Hypotéza 2: U žáků s SVPU se budou vyskytovat poruchy chování spojené s vyhýbáním se školním povinnostem (lhaní, záškoláctví).

Hypotéza 3: Žáci s SVPU budou častěji vykazovat 3. a vyšší stupeň anxiety než žáci bez SVPU.

Hypotéza 4: Žáci s SVPU budou vykazovat vyšší průměrné skóry v otázkách 4, 12, 20 ze škály pro sociální interpersonální situace než žáci bez SVPU.

Hypotéza 5: Žáci s SVPU budou vykazovat vyšší průměrné skóry v otázkách 23, 25, 26 ze škály pro trému než žáci bez SVPU.

3 Charakteristika výzkumného vzorku

3.1 2. ZŠ Třeboň

Škola je jednou ze dvou základních škol ve městě Třeboň, vznikla v roce 1960 a sídlí ve dvou vzájemně propojených budovách. V péči o žáky se specifickými poruchami učení spolupracuje s Pedagogicko-psychologickou poradnou v Jindřichově Hradci. Spolupracuje též se školskými institucemi (se středními školami, s oběma mateřskými školami ve městě a rovněž s Pedagogickou fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, jejímž je klinickým pracovištěm).

V oblasti vzdělávání žáků se specifickými vývojovými poruchami učení je jejím cílem:

- integrovat žáky do běžných tříd
- používat odborné pomůcky pro děti s SVPU
- při klasifikaci žáka s SVPU dodržovat všechny pokyny pro klasifikaci žáka s SVPU
- zařadit žáky podle do reedukační péče skup. nebo individuální nápravy, na základě doporučení je možné vzdělávat žáka v jiném postupovém ročníku.

V oblasti vzdělávání žáků s poruchami chování je jejím cílem:

- vzdělávat tyto žáky ve třídách 1. a 2. stupně školy formou individuální integrace
- zpracovat individuální plán pro tyto žáky
- klást zvýšený důraz na samostatné rozhodování, kritické myšlení, vést děti k práci a vzájemné spolupráci mezi sebou
- stanovit přesná pravidla chování a způsob komunikace ve třídě i mimo vyučování, zavést systém pochval a trestů[2]

Škola má 18 tříd, (10 na 1. stupni, 8 na 2. stupni) a jejich průměrná naplněnost ve třídě, byla ve školním roce 2010/2011 21,05 žáků ve třídě.

[2] http://www.zstrebon.cz/

Ve škole „*jsou integrováni dva dyslektičtí žáci a jedna žákyně s vadou řeči. Na prvním stupni 2 žáci, jeden na stupni druhém. Na nápravu dyslektických poruch chodili žáci integrovaní a zároveň žáci, kterým byl PPP doporučen dyslektický kroužek. Celkem navštěvovalo reedukace 24 žáků. Nápravy dyslektických problémů vedou dvě reedukační asistentky. V pedagogicko-psychologické poradně bylo vyšetřeno celkem 28 žáků, nebyla diagnostikována žádná SVPU. V převážné většině byla diagnostikována porucha fonematického sluchu, celkové oslabení CNS a ADHD*[3] “

3.2 ZŠ Londýnská Praha 2

Základní škola Londýnská v Praze 2 má na prvním stupni zpravidla po třech třídách v ročníku, na druhém stupni po dvou paralelních třídách v ročníku. Ve všech ročnících a ve všech třídách je realizován ŠVP Svobodná škola.

V průběhu tohoto školního roku navštěvovalo školu celkem 98 žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Z toho bylo 57 žáků integrovaných (na základě odborného posudku), tedy s nárokem na vzdělávání podle IVP. Na prvním stupni to bylo 33 žáků, na druhém stupni 24 žáků. Žáci s IVP také pravidelně docházeli na reedukace ke školním speciálním pedagožkám.

Vzdělávání dětí se SVPU probíhá běžným způsobem s tím, že učitelé se ve vztahu k žákům s SVPU zaměřují na přiměřené zpracování obsahu a formy učiva při naplňování očekávaných výstupů v jednotlivých vyučovacích předmětech.

Škola má vlastní speciální pedagožku a školní psycholožku, které se podílí na reedukaci a kompenzaci handicapů formou individuální či skupinové péče[4].

3.3 Respondenti

Dotazník byl zadán celkem 215 žákům 7. až 9. třídy, 7 dotazníků muselo být vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Ze zbylých 208 dotazníků vyplnili 113

[3] http://www.zstrebon.cz/Soucasnost/Vyrocni_zprava_1011.pdf

[4] http://www.londynska.cz/plany/201110180842vyrocnizprava20102011.pdf

dotazníků studenti z 2. ZŠ Třeboň a 95 dotazníků studenti ze ZŠ Londýnská v Praze. Podíl dívek a chlapců a SVPU je zobrazen v Tabulce 1, věkové rozložení studentů pak v Tabulce 2.

	2. ZŠ Třeboň	ZŠ Londýnská, Praha 2	celkem
Dívek celkem	48	38	86
Dívek s SVPU	12	7	19
Dívek bez SVPU	36	31	67
Chlapců celkem	65	57	122
Chlapců s SVPU	20	18	38
Chlapců bez SVPU	45	39	84

Tabulka 2

	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let
Dívek celkem	19	32	23	11	1
Dívek s SVPU	5	9	4	1	0
Dívek bez SVPU	14	23	19	10	1
Chlapců celkem	10	39	39	29	5
Chlapců s SVPU	1	10	15	9	3
Chlapců bez SVPU	9	29	24	20	2
Celkem	29	71	62	40	6

Tabulka 3

4 Popis používaných metod, jejich administrace a vyhodnocování

4.1 Škála klasické a sociálně situační anxiety a trémy (KSAT)

Autorem Škály klasické a sociálně situační anxiety a trémy (KSAT) byl v roce 1973 Kondáš a tento dotazník slouží ke zjišťování výskytu a míry subjektivní nepříjemnosti zážitku předmětného a situačního strachu. Kondáš v této škále nerozlišuje pojmy strach, úzkost, obavy ani fobie, ale používá souhrnného pojmu anxieta.

KSAT se skládá z 31 položek, dvanáct se týká klasických fobií (položky 1,2,6,8, 11, 14, 16, 19, 21, 27, 29, 31), deset sociálních situací (4, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 24) a devět situací trémy (3, 5, 15, 22, 23, 25, 26, 28, 30). Testové otázky jsou k nahlédnutí jako Příloha1.

Škála se vyskytuje ve třech verzích; forma A pro děti a mládež, forma B pro dospělé a forma C pro somaticky nemocné. Pro účely této práce byla použita forma A.

Dotazník lze zadávat individuálně nebo skupinově. Administrátor přečte zadání testu, zodpoví případné dotazy a následně předčítá jednotlivé položky a respondenti na škále 1-5 zaznamenávají, jako moc by jim taková situace byla nepříjemná nebo jak moc velký strach by v takové situaci měli.

Celkový skór testu tvoří součet zakroužkovaných čísel, skóry pro jednotlivé oblasti se počítají pomocí přiložené šablony. Stupeň anxiety se určuje z celkového skóru a to podle následující stupnice:

Stupeň	Skóre chlapců	Skóre dívek
1.	0-55 bodů	0-65 bodů
2.	56-70 bodů	66-80 bodů
3.	71-85 bodů	81-95 bodů
4.	86-100 bodů	96-110 bodů
5.	101 a více bodů	111 a více bodů

Reliabilita tohoto testu u dětí ve věku 13-15 let dosáhla r = 0,74 (Svoboda, 2010).

Anonymita žáků byla zajišťována tak, že na přední straně dotazníku respondenti vyplnili svůj věk, třídu a číslo, kterým jsou označeni v třídnici, aby mohlo dojít ke kompletování s informacemi od jejich třídních učitelů, aniž by se porušil etický kodex a existovala možnost, že dojde k jakémukoliv zneužití informací, které byly z obou stran poskytnuty.

4.2 Řízený strukturovaný rozhovor s třídními učiteli

Další metodou, která byla ke sběru dat použita, byl řízený strukturovaný rozhovor s třídním učitelem. Třídnímu učiteli každé třídy, ve které byl administrován dotazník KSAT, byly položeny shodné otázky na každého žáka třídy.

Otázky:

1) Má žák diagnózu nebo symptomy SVPU?
2) Jestliže má žák diagnózu SVPU, jakou?
3) Má žák diagnostikovanou specifickou poruchu chování (ADD, ADHD)?
4) Byl u žáka zjištěn některý z těchto projevů chování?
   a) Tyranizování slabších
   b) Krutost k jiným lidem nebo zvířatům
   c) Závažné ničení majetku
   d) Zakládání ohně
   e) Krádeže
   f) Opakované lhaní
   g) Chození za školu
   h) Útěky z domova
   i) Mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti
   j) Vzdorovité provokativní chování
   k) Trvalá silná neposlušnost

5) Domníváte se, že na chování žáka má výrazný vliv jeho rodina, vrstevníci nebo zdravotní stav?

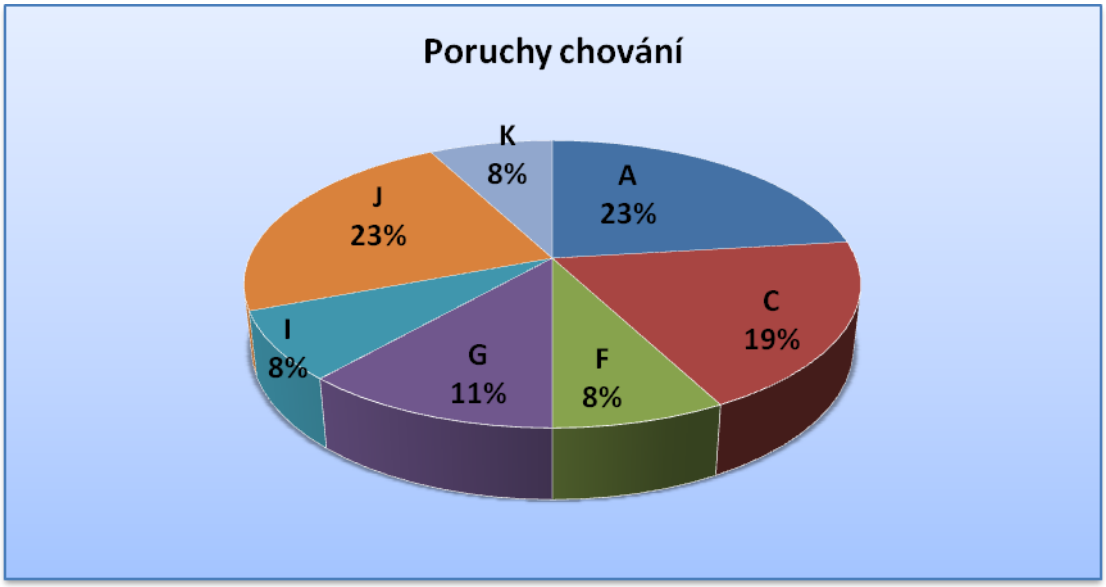
Záznam odpovědí byl vždy označen třídou žáka a jeho číslem ve třídnici a následně kompletován s jeho/ jejím výsledkem v KSAT dotazníku.

5 Výsledky

5.1 Nejčetnější poruchy chování na školách

Ve vzorku 208 respondentů se poruchy chování tak, jak je definuje MKN-10, vyskytly u 19 žáků. Nejčastější byl výskyt tyranizování slabších a vzdorovitého provokativního chování, v těsném závěsu bylo závažné ničení majetku. Krutost k jiným

lidem nebo zvířatům, zakládání ohně, krádeže a útěky z domova se u respondentů naopak nevyskytovaly vůbec (viz Graf 1, Tabulka 3)



Graf 1

Označení položky	Porucha chování	Počet celkových výskytů
A	Tyranizování slabších	6
B	Krutost k jiným lidem nebo zvířatům	0
C	Závažné ničení majetku	5
D	Zakládání ohně	0
E	Krádeže	0
F	Opakované lhaní	2
G	Chození za školu	3
H	Útěky z domova	0
I	Mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti	2
J	Vzdorovité provokativní chování	6
K	Trvalá silná neposlušnost	2

Tabulka 4

Z celkového počtu žáků, u kterých se vyskytla porucha chování, mělo deset diagnózu nebo symptomy SVPU, což tvoří 17,5% z celkového počtu respondentů s SVPU.

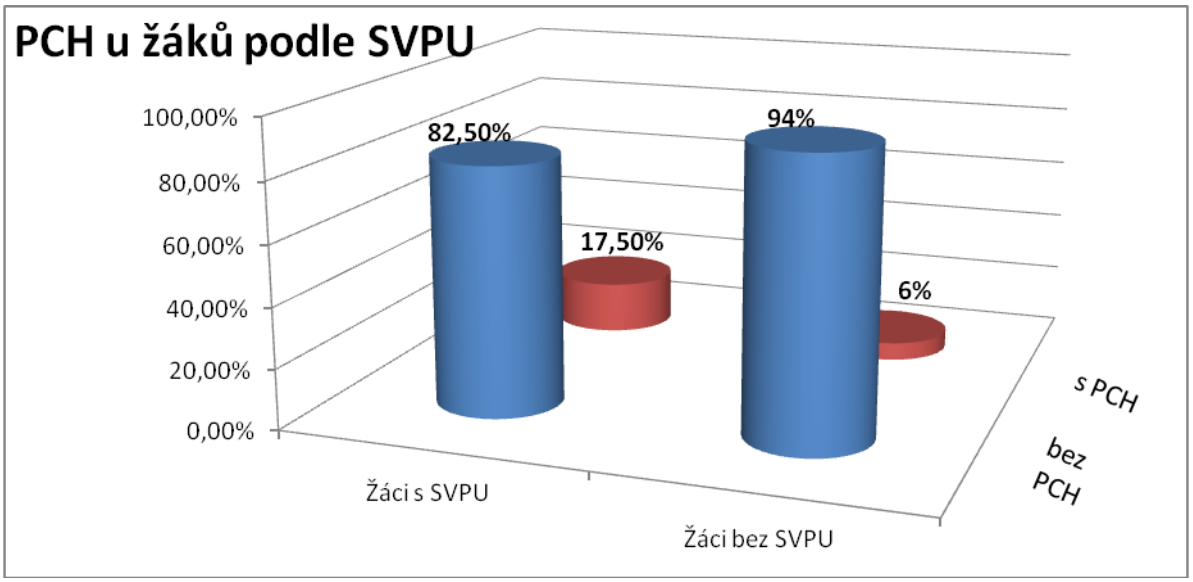
I u nich se nejčetněji vyskytovalo závažné ničení majetku a tyranizování slabších. Zajímavým postřehem vyučujících na ZŠ Londýnská bylo, že možná motivace těchto žáků souvisí s tím, že mají strach, aby se nestali obětí, a proto raději agresi sami iniciují.

Poruchy chování spojené s vyhýbáním se školním povinnostem (opakované lhaní a chození za školu) se u žáků s SVPU vyskytly, ale nebyly dominantní a jejich poměr k ostatním poruchám chování se výrazně nelišil od žáků bez SVPU. Přehled výskytu poruch chování u žáků s SVPU nabízí Tabulka 4.

Označení položky	Porucha chování	Počet celkových výskytů
A	Tyranizování slabších	3
B	Krutost k jiným lidem nebo zvířatům	0
C	Závažné ničení majetku	4
D	Zakládání ohně	0
E	Krádeže	0
F	Opakované lhaní	1
G	Chození za školu	2
H	Útěky z domova	0
I	Mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti	2
J	Vzdorovité provokativní chování	2
K	Trvalá silná neposlušnost	1

Tabulka 5

Zajímavé je zjištění, že mezi žáky s SVPU byl skoro trojnásobný výskyt PCH. Jak je patrné z Grafu 2, mezi žáky s SVPU se vyskytovala porucha chování u 17,5% respondentů, zatímco mezi žáky bez SVPU jen u 6%.



Graf 2

5.2 Srovnání anxiety u žáků s SVPU a žáků bez SVPU

Z dat, která jsem měla k dispozici, jsem zjišťovala, jestli má zvýšená anxieta (3., 4. a 5. stupeň anxiety podle manuálu k testu) větší četnost u žáků s SVPU nebo u žáků bez SVPU a jak vysoká je vlastně četnost zvýšené anxiety v našem vzorku. Jak je možné vidět v Tabulce 5, zvýšená anxieta se vyskytuje u obou skupin žáků a nikoliv v zanedbatelném podílu.

	Bez SVPU	**S SVPU**
Dívky	43.3%	47.4%
Chlapci	36.9%	52.6%

Tabulka 6

Podíváme-li se na rozdíl mezi výsledky u skupiny žáků s SVPU a bez SVPU, můžeme sledovat nárůst podílu zvýšené anxiety jak u dívek, tak u chlapců. U dívek se jedná o nárůst o 4,1%, u chlapců o celých 15,7%.

Přestože opět pracujeme jen s malým vzorkem respondentů, zdá se, že vliv na anxietu má SVPU více u chlapců, než u dívek. Zároveň můžeme říci, že přibližně každé druhé dítě s SVPU v našem vzorku má 3. nebo vyšší stupeň anxiety.

Jako možné vysvětlení těchto výsledků předkládám možnost, že selhání a neúspěch má větší vliv na anxietu u chlapců, zatímco anxieta u dívek je školním neúspěchem ovlivňována méně a hrají zde dominantní roli i jiné faktory.

5.3 Průměrné skóry u položek 4, 12, 20 ze škály pro sociální interpersonální situace u žáků s SVPU a bez SVPU

Položky 4 (Posmívají se ti), 12 (Kritizují tě, vytýkají ti něco) a 20 (Dávají ti najevo, že se jim nelíbí to, co děláš, nesouhlasí s tím) ze škály S se přímo týkají sociálních interpersonálních situací, ve kterých jde o hodnocení nějakého výkonu nebo projevu osobnosti. U respondentů s SVPU byly skóry v těchto otázkách vyšší než u respondentů bez SVPU. Nejvyšší skór byl pak změřen u obou skupin u položky 4 (přesná data viz Tabulka 6).

	4	**12**	**20**
SVPU	3,4	2,9	2,6
Bez SVPU	3,0	2,5	2,3

Tabulka 7

Tyto výsledky jsem předpokládala vzhledem k tomu, že žáci s SVPU mohou mít větší zkušenost s neúspěchy a stávají se na ně citlivější. V sociálních interakcích mají proto větší obavy z posměchu, kritiky a nesouhlasu nebo nepřijetí.

5.4 Průměrné skóry u položek 23, 25, 26 ze škály pro trému u žáků s SVPU a bez SVPU

Položky 23 (Hrozí ti neúspěch, selhání), 25 (Odpovídat na hodině ve třídě) a 26 (Odpovídat na hodině při hospitaci ředitele školy) ze škály T se týkají zátěže, kterou žák pociťuje během předvádění nějakého výkonu, při kterém mu hrozí selhání nebo ho při něm někdo pozoruje. Průměrný skór položky 23 byl u žáků s SVPU o 0,2 vyšší, průměrný skór položky 25 byl u obou skupin stejný a u položky 26 se lišil o 0,3 (viz Tabulka 7).

	23	**25**	**26**
SVPU	3,5	1,7	2,6
Bez SVPU	3,3	1,7	2,3

Tabulka 8

Ukázalo se, že u položky 23 mají sice SVPU žáci velmi vysoký skór, ale děti bez SVPU také. Tato položka patřila mezi nejvyšší a evidentně pojmenovává největší strach školních dětí. Na druhou stranu položka 25 se ukázala jako překvapivě nízká, což by se dalo vysvětlit dobrým školním prostředí a přátelskou atmosférou, která na obou školách panovala. Položka 26 byla oproti položce 25 zvýšená, u dětí bez SVPU o 0,6 bodu, u dětí s SVPU o celých 0,9 bodu. Vyloučím-li možnost, že by zde existovaly nějaké konfliktní vztahy mezi touto skupinou žáků a řediteli škol, dovolíme si tvrdit, že žáci s SVPU prožívají nepříjemnější pocity, nastane-li nějaká nová nestandardní situace, ve které mají předvést výkon.

5.5 Průměrné skóry u jednotlivých položek

Průměrné výsledky všech položek u jednotlivých skupin je k nahlédnutí jako Příloha 2, zde pro přehlednost uvedeme jen položky s nejnižšími a nejvyššími skóry v jednotlivých skupinách.

V Tabulce 8 jsou k nahlédnutí souhrnné údaje, z kterých vyplývá, že nejnižší skór u respondentů s SVPU v obou městech byl u položky 19 (Vidět myš, která běží k tobě), u respondentů bez SVPU byl v Třeboni nejnižší skór u položek 15 (Musíš jít něco

vyřídit do sborovny) a 25 (Odpovídat na hodině ve třídě), v Praze pak u položky 29 (Cestování letadlem).

Nejvyšší skór u respondentů s SVPU v Třeboni byl u položky 24 (Nikdo si tě nevšimne, ignorují tě) v Praze 23 (Hrozí ti neúspěch, selhání). U respondentů bez SVPU v Třeboni dominovala položka 23, v Praze se dělila o první místo s položkou 18 (Odloučení od kamarádů).

	Nejnižší	Nejvyšší
Třeboň + Praha celkem	19	23
Třeboň celkem	19	23
Praha celkem	29	23
Třeboň SVPU	19	24
Praha SVPU	19	23
Třeboň bez SVPU	15, 25	23
Praha bez SVPU	29	18, 23

Tabulka 9

V Tabulce 9 je možné sledovat, jak se lišily jednotlivé skóry s ohledem na pohlaví respondentů. Nově se zde u respondentů s SVPU z Třeboně objevuje jako položka s nejvyšším průměrným skórem položka 4 (Posmívají se ti) a u dívek s SVUP ze ZŠ Londýnská položka 27 (Myšlenka, že vážně onemocníš), dále pak u dívek bez SVUP z Prahy jako položka s nejnižším průměrným skórem číslo 5 (Hovořit s ředitelem školy).

	Nejnižší	Nejvyšší
Třeboň SVPU dívky	15	4
Praha SVPU dívky	19	27
Třeboň SVPU chlapci	19	23,4
Praha SVPU chlapci	29	23
Třeboň bez SVPU dívky	15, 25	18
Praha bez SVPU dívky	5	23
Třeboň bez SVPU chlapci	19	23
Praha bez SVPU chlapci	19	18

Tabulka 10

5.6 Srovnání Prahy a Třeboně

Při pohledu na Tabulku 10 je vidět, že mezi průměry sum skórů v jednotlivých kategoriích a městech nejsou diametrální rozdíly. Co je podstatné a na co bych ráda upozornili, je fakt, že srovnáme-li Prahu a Třeboň, jsou chlapci z Prahy více úzkostní než chlapci z Třeboně, zatímco pražské dívky jsou oproti dívkám z Třeboně úzkostlivé méně. Zatímco dívky v Třeboni jak s, tak bez SVPU vykazují průměrné hodnoty sum skórů na 3. stupni úzkostlivosti, tudíž zvýšenou anxietu, v Praze ji vykazují jen chlapci s SVPU.

	Praha -ZŠ Londýnská	Třeboň - 2.ZŠ
Chlapci bez SVPU	67,4	66,6
Dívky bez SVPU	75,5	82,6
Celkem bez SVPU	71,0	73,7
Chlapci s SVPU	76,9	69,1
Dívky s SVPU	77,7	82,2
Celkem s SVPU	77,1	74,0
Celkem (s i bez SVPU)	72,6	73,8

Tabulka 11

Tyto rozdíly mě nejdříve překvapily v tom smyslu, že jsem předpokládala, že v menším městě budou žáci méně úzkostliví než v Praze. Na druhou stranu, když přihlédneme k faktu, že výzkum v Praze byl prováděn ve škole, která se řídí podle ŠVP Svobodná škola a celkově jí vládne velmi uvolněná atmosféra, je možné, že to má na žáky pozitivní vliv.

Nárůst průměrných skórů u chlapců s SVPU jsme se už pokusili objasnit v kapitole 5.2. Vzhledem k tomu, že u všech chlapců i žáků z Prahy s SVPU obojího pohlaví vycházela jednotně jako nejvýše hodnocená položka číslo 23 (Hrozí ti neúspěch, selhání), je zřejmé, že chlapci s SVPU jsou průsečíkem těchto skupin a tudíž jsou hodně ovlivnitelní případnými prožitky neúspěchu a selhání.

5.7 Výsledky podle věkových kategorií

Srovnávali jsme vývoj skórů v jednotlivých dílčích škálách, jak se liší s věkem, ale náš vzorek respondentů nevykazuje žádný lineární nárůst nebo pokles v žádné oblasti, přesto zde předkládáme tabulky, které tyto data zaznamenávají. V některých kategoriích jsme měli jen jednoho nebo žádného respondenta (viz Tabulka 2), proto údaje uvádíme jen jako doplněk našich výsledků a nechceme z něj vyvozovat žádné závěry.

12let	K	S	T	SUMA KST
Dívky s SVPU	30,4	33,2	23,4	87,0
Dívky bez SVPU	30,6	30,6	22,9	84,1
Chlapci s SVPU	30,0	39,0	25,0	94,0
Chlapci bez SVPU	22,4	23, 8	20, 7	66, 9

Tabulka 12

13let	K	S	T	SUMA KST
Dívky s SVPU	28,3	28,3	25,0	81, 7
Dívky bez SVPU	26,4	27,5	21,7	75,6
Chlapci s SVPU	23,7	25,5	22,0	71,2
Chlapci bez SVPU	22,8	25,4	22,0	70,1

Tabulka 13

14 let	K	S	T	SUMA KST
Dívky s SVPU	25,5	28,8	21,0	75,3
Dívky bez SVPU	27,2	30,2	22,6	80,1
Chlapci s SVPU	26,1	26,1	19,9	72,1
Chlapci bez SVPU	21,2	21,8	20,8	64,1

Tabulka 14

15 let	K	S	T	SUMA KST
Dívky s SVPU	22,0	19,0	18,0	59,0
Dívky bez SVPU	26,7	30,1	22,0	78,8
Chlapci s SVPU	19,2	28,4	23,4	71,1
Chlapci bez SVPU	22,6	23,9	19,8	66,2

Tabulka 15

16 let	K	S	T	SUMA KST
Dívky s SVPU	X	X	X	X
Dívky bez SVPU	31,0	29,0	26,0	86,0
Chlapci s SVPU	24,0	29, 7	26,0	79, 7
Chlapci bez SVPU	16,0	21,0	26,5	63,5

Tabulka 16

celkem	K	S	T	SUMA KST
Dívky s SVPU	27,9	29,2	23,4	80,5
Dívky bez SVPU	27,6	29,3	22,3	79,3
Chlapci s SVPU	23,8	27,1	21,9	72,9
Chlapci bez SVPU	22,1	23,7	21,1	67,0

Tabulka 17

IV. Závěr

Na začátku této práce stál výzkumný problém a pět hypotéz, ke kterým nyní vztáhnu výše uvedené výsledky a doplním je stručným komentářem:

Hypotéza 1: Poruchy chování se budou vyskytovat ve větší míře u žáků s SVPU než u žáků bez SVPU.

U žáků s SVPU byl skoro trojnásobný výskyt PCH, tato hypotéza se tedy **potvrdila.**

Hypotéza 2: U žáků s SVPU se budou vyskytovat poruchy chování spojené s vyhýbáním se školním povinnostem (lhaní, záškoláctví).

Chození za školu se vyskytlo u dvou žáků a lhaní u jednoho žáka ze všech žáků s SVPU. V porovnání s ostatními poruchami chování nebyly tyto nikterak dominantní. Tato hypotéza se tedy **nepotvrdila**.

Hypotéza 3: Žáci s SVPU budou častěji vykazovat 3. a vyšší stupeň anxiety než žáci bez SVPU.

Z výsledků je patrné, že zvýšená anxieta je četná u obou skupin žáků ve značné míře. Mezi skupinami žáků s SVPU a bez SVPU byl rozdíl četností zvýšené anxiety jak u dívek, tak u chlapců. U dívek byl změřen nárůst o 4,1%, u chlapců o 15,7%. Tato hypotéza se tedy **potvrdila**.

Hypotéza 4: Žáci s SVPU budou vykazovat vyšší průměrné skóry u položek 4, 12, 20 ze škály pro sociální interpersonální situace než žáci bez SVPU.

U respondentů s SVPU byly skóry v těchto otázkách vyšší než u respondentů bez SVPU. Tato hypotéza se **potvrdila**.

Hypotéza 5: Žáci s SVPU budou vykazovat vyšší průměrné skóry u položek 23, 25, 26 ze škály pro trému než žáci bez SVPU.

Průměrný skór položky 23 byl u žáků s SVPU o 0,2 vyšší, průměrný skór položky 25 byl u obou skupin stejný a u položky 26 se lišil o 0,3. Tyto položky se zdají nebýt ovlivněny SVPU. Hypotéza se proto **nepotvrdila.**

Výzkumný problém: V jakých případech můžeme mluvit o souvislosti SVPU a PCH?

Už v minulosti byla prokázaná souvislost mezi SVPU a specifickými poruchami chování (SPCH). Zajímavá spojitost mezi SPCH a SVPU se usuzuje například z výsledku výzkumu (Barkley, 1998) upozorňujícího na souvislost nedostatečné citlivosti vůči thyroidovému hormonu (RTH), děděnou jako autozomální dominantní vlastnost, způsobenou mutací genu beta receptoru pro thyroidový hormon. Vyskytuje se téměř u 70% populace s ADHD a u 64% populace s SVPU a potvrzuje tak spojitost mezi SPCH s SVPU (Michalová, 2007).

Na téma nespecifických vývojových poruch chování bylo také provedeno mnoho výzkumů, které byly již uvedeny v kapitole 4.

V závislosti na tomto výzkumu můžeme říci, že výskyt poruch chování, tak jak je definuje MKN-10, byl u žáků s SVPU třikrát častější než u žáků bez SVPU.

Dalším cílem této práce bylo zjistit možný vliv SVPU na poruchy chování s interními vlivy (strach, komplex méněcennosti, úzkostnost, ztráta zájmu o dění, poruchy spánku). Za tímto účelem jsem administrovala KSAT dotazník, jehož výsledky ukázaly, že SVPU má vliv na anxietu převážně u chlapců s SVPU, kde došlo k nárůstu četnosti zvýšené anxiety o 15,7% oproti chlapcům bez SVPU.

Mimo získaná data byl celý výzkum i cennou zkušeností co do poznání rozlišností v těchto dvou školách. Zatímco administrace testu v třeboňské ZŠ proběhla za absolutního ticha a nekritického přijetí žáky, v ZŠ Londýnská se žáci ukázali jako velmi divergentně myslící. V každé třídě se vyskytlo několik žáků, kteří vyžadovali konkretizaci položek (např. položka 21 *Být potmě v noci* byla často komentovaná doplňujícími dotazy typu „*Být potmě sám nebo s někým? A být potmě venku nebo vevnitř?"*) nebo žáci také upozorňovali, že test je „*vágní a zavádějící*".

I přesto, že bylo pracováno s relativně malým vzorkem respondentů, je zde náznak, že SVPU není zanedbatelným faktorem v oblasti rozvoje PCH. V tomto směru by bylo určitě užitečné doplnit výzkum o kvalitativní část, která by se pokusila osvětlit, proč u některých respondentů PCH vzniká a u jiných nikoliv.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Achenbach, T. M. (1982). Developmental psychopathology (2nd ed.). New York: Wiley.

Badian N.A. (1983). Dyscalculia and non verbal disorders of learning. In H.R. Myklebust (ed) Progress in Learning Disabilities, Vol. 5. (pp. 235 – 264.) New York: Grune & Stratton. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Balaštík,D. (1988). Substituční krádeže. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 23, 3, 195-208. In Mareš,J., Ježek, S.: Sociální prostředí školy očima adolescentů. In Smékal, V., Macek, P.(2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Balaštík,D. (1996). K problematice substitučních deliktů. *Československá psychologie*, XL, 6, 529-533. In Mareš,J., Ježek, S.: Sociální prostředí školy očima adolescentů. In Smékal, V., Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Bandura, A. (1973). Aggression: a social learning analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. In Hewstone, M., Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie.* Praha: Portál.

Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Daignosis and Treatment*. New York: The Guilford Press. In Michalová, Z. (2007). *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš.

Bartoňová, M. (2007). *Kapitoly ze specifických poruch učení I. Vymezení současné problematiky.* Brno: Masarykova Univerzita.

Brown, B. B., Von Bank, H. & Steinberg, L. (2008). Smoke in the Looking Glass: Effects of Discordance Between Self- and Peer Rated Crowd Affiliation on Adolescent Anxiety, Depression and Self-feelings. *Youth Adolescence*, 37, 1163–1177.

Brown, B.B, Clasenm D.R. & Eicher, S.A. (1986) Perception of peer pressure, peer conformity dispositions, and self-reported behaviour among adolescents. *Developmental Psychology*. 22, 521-530. In Valášková, M., Ježek, S.: Prožívání tělesných změn v adolescenci a jejich vliv na sebehodnocení adolescentů. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Brown, B. B., & Lohr, M. J. (1987). Peer group affiliation and adolescent self-esteem: An integration of ego-identity and symbolic interaction theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 47–55. In Brown, B. B., Von Bank, H. & Steinberg, L. (2008). Smoke in the Looking Glass: Effects of Discordance Between Self- and Peer Rated Crowd Affiliation on Adolescent Anxiety, Depression and Self-feelings. *Youth Adolescence*, 37, 1163–1177.

Brown, B. B., Mory, M., & Kinney, D. A. (1994). Casting adolescent crowds in relational perspective: Caricature, channel, context. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.*), Advances in adolescent development: Vol. 6. Personal relationships during adolescence* (pp. 123–167). Newbury Park, CA: Sage. In Brown, B. B., Von Bank, H. & Steinberg, L. (2008). Smoke in the Looking Glass: Effects of Discordance Between Self- and Peer Rated Crowd Affiliation on Adolescent Anxiety, Depression and Self-feelings. *Youth Adolescence*, 37, 1163–1177.

Brown, E. C.,Catalano, R. F., Fleming, C. B.,Haggerty,K. P.,&Abbott, R. D. (2005). Adolescent substance use outcomes in the Raising Healthy Children Project:Atwo-part latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(4), 699–710. In Evans, M. E. (2009). Prevention of Mental, Emotional, and Behavioral Disorders in Youth: The Institute of Medicine Report and Implications

for Nursing. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 154-159. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00192.x

Catalano, R. F., Mazza, J. J., Harachi, T. W., Abbott, R. D., Haggerty, K. P., & Fleming, C. B. (2003). Raising healthy children through enhancing social development in elementary school: Results after 1.5 years. *Journal of School Psychology*, *41*(2), 143–164. In Evans, M. E. (2009). Prevention of Mental, Emotional, and Behavioral Disorders in Youth: The Institute of Medicine Report and Implications for Nursing. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 154-159. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00192.x

Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Conner, E., & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, *58*(12), 1127–1134. In Evans, M. E. (2009). Prevention of Mental, Emotional, and Behavioral Disorders in Youth: The Institute of Medicine Report and Implications for Nursing. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 154-159. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00192.x

Cornwell A. & Bawden H.N. (1992). Reading disabilities and aggression: A critical review. *Journal of Learning Disabilities.* 25, 281-288. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Čáp, J. & Mareš, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

Davis, R.D. (1994). *The Gift of Dyslexia*. Burlinggame, CA: Ability Workshop Press. In Portešová, Š. (2009). *Skryté nadání: Psychologická specifika rozumově nadaných žáků s dyslexií*. Brno: Masarykova univerzita.

Dawkins, R. (1989). The Selfish Gene. Oxford: Oxford University Press. In Hewstone, M., Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie.* Praha: Portál.

DeFries, C. J., Filipek, P.A., Faulker, D.W., Olso, R.K., Pennigton, B.F., Smith, S.D. & Wise, B. W. (1997). Colorado Learning Disabilities Research Center. *Learning Disability Quarterly*, 8, s. 7-19. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Dubas, J.S., Graber, J.A. & Petersen, A.C. (1991). A Longitudial Investigation of Adolescent's Changing Perceptions of Pubertal Timing. *Developmental Psychology*, 27, 580-586. In Valášková, M., Ježek, S.: Prožívání tělesných změn v adolescenci a jejich vliv na sebehodnocení adolescentů. In Smékal, V., Macek, P. (2002*). Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

DuPaul, G.J., & Ekert, T. (1994). The effects of social skills curricula: Now you see them, now you don't. School Psychology Quarterly, 9, 113–132. In Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Emerson, E., & Hatton, C. (2007). The mental health of children and adolescents with learning disabilities in Britain. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 1(3), 62-63. Retrieved from EBSCO*host*.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society.* Norton, New York. In Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání.* Praha: Karolinum.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis. Norton*, New York. In Macek, P. (1999). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících.* Praha: Portál.

Fergusson, M. D. & Lynskey, T. M. (1997). Early reading difficulties and later conduct problems. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 38, 899-907. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Forness, S.R., & Kavale, K.A. (1996). Treating social skill deficits in children with learning disabilities: A meta-analysis of the research. Learning Disabilities Quarterly, 19, 2–13. In Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Gajdošová, E. & Herényiová, G. (2006). *Rozvíjení emoční inteligence žáků: Prevence šikanování, intolerance a násilí mezi dospívajícími.* Praha: Portál.

Gardner, H. (1977). The shattered mind : the person after brain damage. London: Routledge & Kegan Paul. In Gajdošová & E., Herényiová, G. (2006). *Rozvíjení emoční inteligence žáků: Prevence šikanování, intolerance a násilí mezi dospívajícími.* Praha: Portál.

Geschwind,N. & Galaburda, A.M. (1987). *Cerebral Lateralization: biological machanism, associations and patology*. Cambridge, MA: Bradford Books. In Portešová, Š. (2009). *Skryté nadání: Psychologická specifika rozumově nadaných žáků s dyslexií*. Brno: Masarykova univerzita.

Grant, B. F., & Dawson, D. G. (1997). Age of onset of alcohol use and its association with SDM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Journal of Substance Abuse*, *9*, 103–110. In Evans, M. E. (2009). Prevention of Mental, Emotional, and Behavioral Disorders in

Youth: The Institute of Medicine Report and Implications for Nursing. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 154-159. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00192.x

Gregory, A. M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Koenen, K., Eley, T. C., & Poulton, R. (2007). Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *164*(2), 301–330. In Evans, M. E. (2009). Prevention of Mental, Emotional, and Behavioral Disorders in Youth: The Institute of Medicine Report and Implications for Nursing. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 154-159. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00192.x

Gresham, F. M. Best Practices in Social Skills training. In Thomas, A, Grimes, J. (1990). *Best Practices in School Psychology-II*. Washington: NASP. In Gajdošová, E., Herényiová, G. (2006*). Rozvíjení emoční inteligence žáků: Prevence šikanování, intolerance a násilí mezi dospívajícími*. Praha: Portál.

Gruber, E., DiClemente, R. J., Anderson, M. M., & Lodico, M. (1996). Early drinking onset and its association with alcohol and problem behavior in late adolescence. *Preventive Medicine*, *25*, 293–300. In Evans, M. E. (2009). Prevention of Mental, Emotional, and Behavioral Disorders in Youth: The Institute of Medicine Report and Implications for Nursing. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 154-159. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00192.x

Hamachek, .D.E. (1980). Psychology and development of the adolescent self. In J.F. Adams (Ed.). Understanding adolescence: Current Developments in adolescent psychology. Boston: Allyn and Bacon. In Macek, P: Adolescence a čeští dospívající. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Hayes, L.A. (1976). The use of group contingencies for behavior control: A review. Psychological Bulletin, 83, 628– 648. In Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention

and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Henington, C., & Skinner, C.H. (1998). Peer-monitoring. In K. Topping & S. Ehly (Eds.), Peer assisted learning (pp. 237– 253). Hillsdale, NJ: Erlbaum. In Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Hewstone, M., Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie.* Praha: Portál.

Christensenová, C. A. (1999). Issues of Representation, Power, and the Medicalization of School Failure. In Sternberg, R.J. & Spear-Swerling, L. (Ed.). *Perspectives on Learning Disabilities, Biological, cognitive, Contextual.*Oxford: Westwiev Press Colorado, s. 227-249. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

ICD-10- Clasification of Mental and Behavioural Disorders. (1993)- WHO. In Matějček, Z. K definici dyslexie. In: Kucharská, A.(Eds.). (1996). *Specifické poruchy učení a chování.* Praha: Portál.

Iwata, B.A., Dorsey, M.F., Slifer, K.J., Bauman, K.E., & Richman, G.S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. Journal of Applied Behavior Analysis, 27, 197–209. In Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Jackson, S. & Bosma,H. (1992). Developmental research on adolescence:European perspectives for the 1990s and beyond. British Journal of Developmental Psychology, 10, 319-333. In Macek, P: Adolescence a čeští dospívající. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Dostupný také z WWW: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlPrinter=true&xmlFilePath=journals/ijmh/vol1n2/learning.xml>.

Kazdin, A. E. (1987). Treatment of Antisocial Behaviour in Children: Current Status and Future Directions. *Psychological Bulletin*. 102, 187 –203. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Kellam S.G., Brown C.H., Rubin B.R. & Ensminger M. E. (1983) Paths Leading to Teenage Psychiatric Symptoms and Substance Use: Developmental Epidemiological Studies in Woodlawn. In Guze S.B., Earls F.J. & Barratt J.E. (eds) *Childhood Psycopathology and Development*, pp.1751. Raven Press, New York. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Khurana, S. (1980). Non-intellectual Factors in Learning Disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 22, 256-260. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Kinney, D. (1993). From ‘‘Nerds’’ to ‘‘Normals’’: Adolescent Identity Recovery Within a Hanging Social System. Sociology of Education,66, 21–40. In Brown, B. B., Von Bank, H. & Steinberg, L. (2008). Smoke in the Looking Glass: Effects of Discordance Between Self- and Peer Rated Crowd Affiliation on Adolescent Anxiety, Depression and Self-feelings. *Youth Adolescence*, 37, 1163–1177.

Klégrová, J.:Školní sebepojetí žáků 7. Ročníku speciální třídy pro děti s poruchami učení. In Kucharská, A.(Eds.).(1999). *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál.

Kolář, M. (2011). *Nová cesta k léčbě šikany.* Praha: Portál.

Kräcke, B.(1993). *Pubertät und Problemverhalten bei Jungen.* Weinheim: Belz, Psychologie Verlags Union. In Valášková, M., Ježek, S.: Prožívání tělesných změn v adolescenci a jejich vliv na sebehodnocení adolescentů. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Kräcke, B. (1994): Köperliches Entwicklungstempo und psychozociale Anpassung im Jungenalter: Ein Überblick zur neueren Forschung*, Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 26, 4, 293-330. In Valášková, M., Ježek, S.: Prožívání tělesných změn v adolescenci a jejich vliv na sebehodnocení adolescentů. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Kräcke, B.(1996). Pubertäre Retardierung und psychozociale Anpassung bei Jungen, *Sexuologie*. 1, 3, 9-18. In Valášková, M., Ježek, S.: Prožívání tělesných změn v adolescenci a jejich vliv na sebehodnocení adolescentů. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Krech, D. Crutchfield, S, & Ballachey, E.L. (1968). *Člověk ve společnosti.* Bratislava: SAV. In Ďurič, L. & Štefanovič, J. (1973). *Psychológia pre učitelov.* Bratislava: SPN. In Gajdošová, E. & Herényiová, G. (2006). Rozvíjení emoční inteligence žáků: Prevence šikanování, intolerance a násilí mezi dospívajícími. Praha: Portál.

Kšajt, P.: Žáci se specifickými poruchami učení a jejich pozice ve třídě. In Kucharská, A.(Eds.). (1999). *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál.

Kucharská, A.(Eds.). (1996). *Specifické poruchy učení a chování.* Praha: Portál.

Kucharská, A.(Eds.). (1999). *Specifické poruchy učení a chování.* Praha: Portál.

Langmeier, J. & Krejčířová, D.(2006) *Vývojová psychologie. 2. Aktualizované vydání.* Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1284-9

Larson, R. & Asmussen, L. (1991) Anger, Worry, and Hurt in Early Adolescence: An Enlarging World of Negative Emotion. In Colton, M. & Gore, S. (Eds.), Adolescent Stress: Causes and consequences (s. 21-42). New York: Aldine de Gruyter. In Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologie emocí.* Praha: Portál.

LaVigna, G.W., & Donnellan, A.M. (1986). Alternatives to punishment: Solving behavior problems with non-aversive strategies. New York: Irvington Publishers. In Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or servus delinquency in adolescents and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders* (pp. 86–104). Thousand Oaks, CA: Sage. In Evans, M. E. (2009). Prevention of Mental, Emotional, and Behavioral Disorders in Youth: The Institute of Medicine Report and Implications for Nursing. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 154-159. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00192.x

Litow, L., & Pumroy, D.K. (1975).Abrief review of classroom group-oriented contingencies. Journal of Applied Behavior Analysis, 8, 341–347. In Robinson, S. L.,

Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D. A. (2009). Perspectives on Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Psychopathic Features. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(1/2), 133-142. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02011.

Macek, P. (1999). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.

Macek, P., Mareš,J., Ježek,S., Valášková, M.: Současný výzkum adolescentů: Východiska, soubor, metody. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal-studio, s.r.o.

Macková, Z. (1994). Možnosti podpory rozvoja sebepoznania u adolescentov a mladých dospělých. *Psychológia a patopsychologia dieťaťa*, roč. 32, č.4, s. 301-405. In Gajdošová & E., Herényiová, G. (2006). *Rozvíjení emoční inteligence žáků: Prevence šikanování, intolerance a násilí mezi dospívajícími*. Praha: Portál.

MacMillan, H. L. (2009). New insights into prevention of depression and disruptive behaviour disorders in childhood: Where do we go from here?. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(4), 209-211. Retrieved from EBSCO*host*.

Marcia, J. (1967). Ego Identity Status: Relationship to Change in Self-esteem, „General Maladjustment“, and Authoritarianism. *Journal of Personality*, 35, str. 118-133. In Macek, P: Adolescence a čeští dospívající. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Marcia, J. (1980). Identity in Adolescence. In J. Adelson (Ed.). Handbook of adolescent psychology, New York: Willey. S. 159-187. In Macek, P: Adolescence a čeští dospívající. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*). Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Margalit, M., & Raviv, A. (1984). LD's Expressions of Anxiety in Terms of Minor Somatic Complaints. *Journal of Learning Disabilities, 17*, 226-228. In Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and Anxiety in Children and Adolescents with Learning Disabilities, Conduct Disorders, and No Disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(1), 27-39. doi:10.1177/106342669500300104

Markus,H. & Nurius,P.(1986). Possible Selves. American Psychologist, str. 954-969. In Macek, P. Adolescence a čeští dospívající. In Smékal, V., Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Marshall, W. A. & Tanner, J.M. (1969). Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Girl. *Archives of Disease in Childhood,* 44, str. 291-303. In Macek, P. Adolescence a čeští dospívající. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal-studio, s.r.o.

Marshall, W.A., Tanner, J.M (1970). Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys. *Archives of Disease in Childhood*, 45, str. 13-23. In Macek, P: Adolescence a čeští dospívající. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal-studio, s.r.o.

Matějček, Z. (1987). *Dyslexie.* Praha: SPN.

Matějček, Z. (1991). *Praxe dětského psychologického poradenství.* Praha: SPN. In Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přepr. Praha : Portál.

Matějček, Z., Vágnerová, M. (2006). *Sociální aspekty dyslexie.* Praha: Karlova Univerzita v Praze nakladatelství Karolinum.

Maughan B., Gray G. & Rutter M. (1985). Reading Retardation and Antisocial Behaviour: A Follow up into Employment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 25, 741 –758. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

McBride H. E. & Siegel L.S. (1997). Learning Disabilities and Adolescent Suicide. *Journal of Learning Disabilities.* 30, 652-659. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

McGee, R., Silva, P. & William, S. (1984). Behaviour Problems in a Population of 7 Year Old Children. Prevalence, Stability and Types of Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 25, 251 – 259. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

McMichael P. (1979). The Hen or the Egg? Which comes first – Antisocial Emotional Disorders or Reading Disability? *British Journal of Educational Psychology*. 49, 226 –238. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Merten, D. E. (1996). Visibility and vulnerability: Responses torejection by nonaggressive junior high school boys. Journal of Early Adolescence, 16, 5–26. In

Brown, B. B., Von Bank, H. & Steinberg, L.: Smoke in the Looking Glass: Effects of Discordance Between Self- and Peer Rated Crowd Affiliation on Adolescent Anxiety, Depression and Self-feelings. *Youth Adolescence*, 2008, 37, 1163–1177.

Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. MŠMT ČR, Č. j.: 20 006/2007-51, 2007.

Michalová, Z. (2007). *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš.

Milan, A., Feng, H., & Wong, I. (2006). Learning Disabilities and Child Altruism, Anxiety, and Aggression. *Canadian Social Trends*, (81), 16-22. Retrieved from EBSCO*host*.

Mladá, P. *Zbývá jen málo- chtít pochopit, aneb dyslexie na 2. Stupni ZŠ.* In Kucharská, A. (Eds.). (1996). *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál.

Myschker (1993) in HIllenbrand, C. (1999). Einfürung in die Verhaltnsgestörtenpädagogik. München, Reinhardt Verlag. In Vojtová, V. (2005). Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti. Brno, MU.

Nabuzoka, D. & Smith, P.K. (1993). Sociometric status and social behaviour of children with and without learning difficulties. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*. 1435-1448. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(1), 27-39. doi:10.1177/106342669500300104

Nikitopoulos, C. E., Waters, J. S., Collins, E., & Watts, C. L. (2009). Understanding Violence: A School Initiative for Violence Prevention. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 37(4), 275-288. doi:10.1080/10852350903196282

Ogilvy, C.M. (1994). Social skills training with children and adolescents: A review of the evidence on effectiveness. Educational Psychology, 14, 73–83. In Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Paget, K., & Reynolds, C. (1984). Dimensions, levels and reliabilities on the revised Children's Manifest Anxiety Scale with learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities, 17,* 137-141. In Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(1), 27-39. doi:10.1177/106342669500300104

Palma, K., & Yessayan, R. (2004). Understanding violence: A facilitator's guide. Boston: Office of the Massachusetts Attorney General and Office of the Suffolk County District Attorney. In Nikitopoulos, C. E., Waters, J. S., Collins, E., & Watts, C. L. (2009). Understanding Violence: A School Initiative for Violence Prevention. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 37(4), 275-288. doi:10.1080/10852350903196282

Parry, J. & Carrington, G. (1995). Čelíme šikanování. Sborník metod. Metodický materiál Institutu pedagogicko-psychologického poradenství ČR.

Piaget, J. (1966): Psychologie inteligence. SPN, Praha. In Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0956-0

Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Portešová, Š. (2009). *Skryté nadání: Psychologická specifika rozumově nadaných žáků s dyslexií*. Brno: Masarykova univerzita.

Pressley, M. G. (1999). Reading Disabilities and the Interventionist. In Sternberg, R.J., Spear-Swerling, L. (Ed.). *Perspectives on Learning Disabilities, Biological, Cognitive, Contextual*. Colorado, Oxford: Westview Press, s. 176-187. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Reschely, D.J. & Grimas, J.P. (1990). Best practices in intellectual assessment. In *Best Practices in School Psychology*. Washington, D. C.: NASP. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Rodriguez, C, & Routh, D. (1989). Depression, anxiety, and attributional style in learning-disabled and non-learning disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology, 17*, 299-304. In Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(1), 27-39. doi:10.1177/106342669500300104

Rosen, G. D., Sherman, G. F. & Galaburda, A. M. (1996). *Birthdates of neurons in induced microgyria.* Brain Res, 727 (71-78). In Portešová, Š. (2009). *Skryté nadání: Psychologická specifika rozumově nadaných žáků s dyslexií*. Brno: Masarykova univerzita.

Rourke, B. P. & Del Dotto, J. E. (1994). *Learning Disabilities. A Neuropsychological Perspective.* London, New Delhi: Sage Publications Thousand Oaks. In Pokorná, V. (2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Říčan, P. (1983). Psychologie osobnosti. Bratislava: psychodiagnostické a didaktické testy. In Gajdošová, E. & Herényiová, G. (2006). *Rozvíjení emoční inteligence žáků: Prevence šikanování, intolerance a násilí mezi dospívajícími.* Praha: Portál.

Říčan, P. (1995). *Agresivita a šikana mezi dětmi. Jak dát dětem ve škole pocit bezpečí.* Praha: Portál.

Říčan, P. & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie,* 4., přepracované a doplněné vydání. Havlíčkův Brod: Grada Publishing a.s.

Říčan, P. & Janošová, P. (2010). Jak na šikanu. Havlíčkův Brod: Grada Publishing a.s.

Samuels, J. S. (1999). Developing Reading Fluency in Learning-Disabled Students. In Sternberg, R. J.. & Spear-Swerling, L. (Ed.). Perspectives on Learning Disabilities, Biological, Cognitive, Contextual. Colorado, Oxford: Westview Press, s. 176-187. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

San Miguel, S. K., Forness, S. R., & Kavale, K. A. (1996). Social skills deficits in learning disabilities: The psychiatric comorbidity hypothesis. *Learning Disability Quarterly*, 19(4), 252-261. doi:10.2307/1511211.

Dostupný také z WWW: <http://www.ldonline.org/article/Social_Skills_Deficits_in_Learning_Disabilities%3A_The_Psychiatric_Comorbity_Hypothesis>.

Schachter, D. C., Pless, I.B. & Bruck, M. (1991). The prevalence and correlates of behaviour problems in learning disabled children. *Canadian journal of psychiatry,* 36, 323-331. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Selikowitz, M. (2000). *Dyslexie a jiné poruchy učení*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing a.s.

Semrádová, V. (1995): Místo na slunci. In *Sborník: Typy žáků.* PedF UK, Praha. In Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří.* Praha: Portál.

Shalev R. S., Auerbach J. & Gross-Tsur V. (1995). Developmental dyscalculia, behavioural and attentional aspects: A research note. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines.* 36, 1261-68. In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Siegel, L.S. (1999). Learning Disabilities: The Roads We Have Treveles and the Path to the Future. In Sternberg, R. J. & Spear-Swerling, L. (Ed.). *Perspectives on Learning Disabilities, Biological, Cognitive, Contextual*. Colorado, Oxford: Westview Press, s. 159-175. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Shaeffer, D. R. (1996). Developmental Psychology, Brooks/ Cole Publishing Company. In Valášková, M., Ježek, S.: Prožívání tělesných změn v adolescenci a jejich vliv na sebehodnocení adolescentů. In Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal-studio, s.r.o.

Skinner, C. H., Cashwell, T. H., & Skinner, A. L. (2000). Increasing tootling: The effects of a peer monitored group contingency program on students' reports of peers'

prosocial behaviors. Psychology in the Schools, 37, 263–270. In Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Skinner, C. H., Skinner, C. F., Skinner, A. L., & Cashwell, T. C. (1999). Using interdependent group contingencies with groups of students: Why the principal kissed a pig at assembly. Educational Administration Quarterly, 35, 806–820. In Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Alternating educational enviroments trough positive peer reporting: Prevention and remediadion of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, 39(2), 191. Retrieved from EBSCO*host*.

Skritic, T. M. (1999). Learning Disabilities as Organizational Pathology. In Sternberg, R.J.. & Spear-Swerling, L. (Ed.). *Perspectives on Learning Disabilities, Biological, Cognitive, Contextual*. Colorado, Oxford: Westview Press, s. 159-175. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Solan, H., Feldman, J. & Tujak, L. (1995). Developing Visual and Reading Efficiency in Older Adults. *Optometry and Vision Science*, 72, s. 139-145. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Smékal, V. & Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o.

Spear-Swerling, L. (1999). Can We Get There from Here? Learning Disabilities and Future Education Policy. In Sternberg, R. J.. & Spear-Swerling, L. (Ed.). *Perspectives on Learning Disabilities, Biological, Cognitive, Contextual*. Colorado, Oxford: Westview Press, s. 159-175. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Stein, P., & Hoover, J. (1989). Manifest anxiety in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 22,* 66-67. In Newcomer, P. L.,

Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders,* 3(1), 27-39. doi:10.1177/106342669500300104

Steinberg, L. & Belsky,J. (1991): *Infancy, Childhood and Adolescence*. McGraw Hill, New York. In Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří.* Praha: Portál.

Sternberg, R. J. & Grigorenko, E.L. (1999*). Our Labeled Children. What Every Parent and Teacher Needs to Know about Learing Disabilities.* NY: Persus Books. In Pokorná, V.(2010). *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál.

Sternberg, R. J. & Grigorenko, E.L. (2004*). Learning Disabilities, Giftedness, and Gifted/LD*. In Newman, T. M. & Sternberg, R. J. (Eds.), Students with both gifts and learning disabilities (17-31). New York: Kluwer. In Portešová, Š. (2009). *Skryté nadání: Psychologická specifika rozumově nadaných žáků s dyslexií*. Brno: Masarykova univerzita.

Šafářová, M.: Rizikové chování v adolescenci. In: Smékal, V., Macek, P. (2002*) Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister&Principal- studio, s.r.o

Šturma, J.: *Specifické poruchy učení a chování*. In Říčan, P., Krejčířová, D. (2006*). Dětská klinická psychologie, 4., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing a.s.

Svoboda, M. (2010) Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál.

Tannenbaum, L., Forehand, R., & Thomas, A. (1992). Adolescent self-reported anxiety and depression: Separate constructs or a single entity. *Child Study Journal, 22*, 61-72. In Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no

disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(1), 27-39. doi:10.1177/106342669500300104

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří.* Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přepr. Praha: Portál.

Vágnerová, M.(2008). *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání.* Praha: Karolinum.

Vail, L. P. (1989). *Smart kids with school problems*. Plume: Penguin. In Portešová, Š. (2009). *Skryté nadání: Psychologická specifika rozumově nadaných žáků s dyslexií*. Brno: Masarykova univerzita.

Venugopal, M. & Raju, P. (1988). A study on the learning disabilities among IV and V standard children. Indian journal of psychological medicine, 11, 119-123. . In Johnson, B. (2004). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *Internet Journal of Mental Health*, 1(2), 1-8. Retrieved from EBSCO*host*.

Vojtová, V. (2005). *Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: MU.

Von Károlyi,C. & Winner, E. (2004). Dyslexia and visual- spatial talents: Are Theky connected? In Newman, T. M. & Sternberg, R. J. (Eds.), *Students with both gifts and learning disabilities: Identification, assesment, and outcomes* (95-117). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. In Portešová, Š. (2009). *Skryté nadání: Psychologická specifika rozumově nadaných žáků s dyslexií*. Brno: Masarykova univerzita.

West, T. G. (1997). *In the Mind's Eye: Visual Thinkers, Gifted People with Dyslexia and Other Learning Difficulties, Computer Images and the Ironies of Creativity*. Amherst, NY: Prometheus Books. In Portešová, Š. (2009). *Skryté nadání: Psychologická specifika rozumově nadaných žáků s dyslexií*. Brno: Masarykova univerzita.

Wolfe, V., Finch, A., Saylor, C., Blount, R., Pallmeyer, T., & Carek, D. (1987). Negative affectivity in children: A multitrait-multimethod investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 245-250. In Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders,* 3(1), 27-39. doi:10.1177/106342669500300104

Zelinková, O. (1996). *Poruchy učení.* Praha: Portál.

Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností.* Praha: Portál.

ZS Londynska. [online]. [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: http://www.londynska.cz/

Domovská stránka ZŠ Třeboň, Na Sadech 375. [online]. [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: http://www.zstrebon.cz/

PŘÍLOHY

Příloha 1 (KSAT)

	téměř ne	trochu	dost	značně	velmi
1. Být úplně sám, osamocený	1	2	3	4	5
2. Bouřka, silně hřmí a blýská se	1	2	3	4	5
3. Vystupovat na školní slavnosti kde jsou žáci, rodiče i učitelé	1	2	3	4	5
4. Posmívají se ti	1	2	3	4	5
5. Hovořit s ředitelem školy	1	2	3	4	5
6. Hučení sirény	1	2	3	4	5
7. Potkat odporné, protivné lidi	1	2	3	4	5
8. Jít k zubaři na ošetření	1	2	3	4	5
9. Přijít mezi cizí, neznámé lidi	1	2	3	4	5
10. Vidět zlostného, nahněvaného člověka	1	2	3	4	5
11. Dívat se dolů z velmi vysoké věže	1	2	3	4	5
12. Kritizují tě, vytýkají ti něco	1	2	3	4	5
13. Loučit se s rodiči	1	2	3	4	5
14. Vidět krev, pořezat se do krve	1	2	3	4	5
15. Musíš jít něco vyřídit do sborovny	1	2	3	4	5
16. Vidět požár, oheň	1	2	3	4	5
17. Potkat lidi, kteří vypadají jako lumpi nebo zloději	1	2	3	4	5
18. Odloučení od kamarádů	1	2	3	4	5
19. Vidět myš, která běží k tobě	1	2	3	4	5
20. Dávají ti najevo, že se jim neliší to, co děláš. Nesouhlasí s tím	1	2	3	4	5
21. Být potmě v noci	1	2	3	4	5
22. Hovořit s několika neznámými lidmi	1	2	3	4	5
23. Hrozí ti neúspěch, selhání	1	2	3	4	5
24. Nikdo si tě nevšimne, ignorují tě	1	2	3	4	5
25. Odpovídat na hodině ve třídě	1	2	3	4	5
26. Odpovídat na hodině při hospitaci ředitele školy	1	2	3	4	5
27. Myšlenka, že vážně onemocníš	1	2	3	4	5
28. Pozorují tě při práci, když něco děláš	1	2	3	4	5
29. Cestování letadlem	1	2	3	4	5
30. Musíš recitovat báseň na slavnosti	1	2	3	4	5
31. Vidět hada	1	2	3	4	5
	téměř ne	trochu	dost	značně	velmi

Skóre: K S T

Pozn.:

Příloha 2 (Průměry jednotlivých položek testu KSAT)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
T+P celkem	2,5	1,8	2,6	3,1	2,4	1,7	2,8	2,3	2,5	2,3	2,0	2,6	2,1	2,1	1,7	2,0	2,7	3,3	1,5	2,4	2,1	2,1	3,4	3,0	1,7	2,4	2,9	2,4	1,6	3,1	2,1
Třeboň celkem	2,4	1,9	2,5	3,1	2,8	1,6	2,7	2,4	2,4	2,3	2,0	2,7	2,3	2,2	1,6	2,0	2,6	3,2	1,5	2,4	2,1	2,2	3,4	2,9	1,6	2,6	2,8	2,3	1,8	3,2	2,2
Praha celkem	2,7	1,6	2,8	3,1	1,9	1,8	3,0	2,2	2,3	2,2	2,0	2,6	1,9	2,1	1,8	2,0	2,8	3,3	1,5	2,4	2,1	1,9	3,5	3,0	1,8	2,2	3,0	2,6	1,4	3,0	1,9
TSVPU	2,5	1,7	2,3	3,4	2,6	1,9	2,8	2,5	2,5	2,4	1,9	2,9	2,5	2,0	1,7	2,0	2,3	3,3	1,3	2,5	1,9	2,2	3,4	3,5	1,6	2,5	3	2,3	1,8	3,1	2,2
LSVPU	2,6	1,8	3,0	3,3	2,4	1,6	3,3	2,4	2,5	2,3	2,6	2,9	2,0	2,3	2,2	2,0	3,0	3,0	1,5	2,7	2,6	1,9	3,7	2,8	2,0	2,6	3,1	2,7	1,6	3,2	1,8
T bez SVPU	2,3	2,0	2,6	3,0	2,9	1,6	2,7	2,3	2,4	2,2	2,0	2,6	2,2	2,2	1,5	2,0	2,7	3,2	1,6	2,4	2,2	2,3	3,3	2,9	1,5	2,6	2,8	2,3	1,8	3,2	2,2
L bez SVPU	2,7	1,5	2,7	3,0	1,7	1,8	2,9	1,4	2,2	2,2	1,8	2,5	1,9	2,0	1,6	2,0	2,8	3,4	1,6	2,2	2,0	1,9	3,4	3,1	1,8	2,0	2,9	2,6	1,4	3,0	2,0
TSVPU dívky	3,1	2,5	2,5	3,8	2,8	1,9	2,7	2,8	2,8	2,6	1,9	3,5	3,5	2,1	1,4	2,2	2,5	3,4	1,7	2,8	2,7	2,6	3,6	3,5	1,8	2,9	3,7	2,3	1,9	3,2	2,7
LSVPU dívky	2,7	1,4	3,4	3,3	2,9	1,3	3,0	2,0	2,4	2,1	2,7	3,0	2,0	2,1	2,1	2,3	2,9	3,3	1,0	3,0	2,9	1,7	3,3	2,7	2,4	3,4	4,0	2,1	1,7	2,7	1,4
TSVPU chlapci	2,2	1,4	2,3	3,3	2,5	1,9	2,9	2,4	2,3	2,4	1,9	2,6	2,1	2,0	1,8	1,9	2,2	3,2	1,1	2,4	1,4	2,0	3,3	3,0	1,5	2,3	2,6	2,3	1,7	3,0	1,9
LSVPU chlapci	2,6	1,7	2,8	3,3	2,3	1,8	3,4	2,6	2,6	3,4	2,6	2,9	1,9	2,4	2,2	1,8	3,1	2,9	1,7	2,6	2,4	1,9	3,9	2,9	1,8	2,3	2,8	2,9	1,5	3,3,	1,9
T bez SVPU dívky	2,8	2,6	2,5	3,4	3,1	1,8	3,3	2,8	2,7	2,4	2,1	2,8	2,5	2,5	1,6	2,2	3,0	3,8	2,0	2,6	2,4	2,5	3,6	3,3	1,6	3,0	3,0	2,5	1,8	3,3	2,8
L bez SVPU dívky	2,7	1,6	2,9	3,4	1,5	1,7	3,2	2,1	2,3	2,4	1,7	2,9	2,2	2,4	1,6	2,4	3,0	3,5	1,9	2,5	2,3	2,0	3,6	3,3	1,9	2,1	3,4	2,5	1,6	2,8	2,2
T bez SVPU chlapci	1,9	1,6	2,6	2,7	2,7	1,4	2,2	2,0	2,1	2,1	2,0	2,4	1,9	2,0	1,5	1,9	2,4	2,8	1,2	2,2	2,0	2,1	3,2	2,5	1,5	2,3	2,6	2,0	1,8	3,1	1,7
L bez SVPU chlapci	2,7	1,5	2,6	2,7	1,9	1,9	2,7	2,2	2,1	2,0	1,9	2,2	1,7	1,7	1,7	1,7	2,5	3,4	1,3	2,1	1,7	1,7	3,2	3,0	1,7	2,0	2,5	2,7	1,3	3,2	1,8