

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**PETRA PENKOVÁ**

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

**AGRESIVNÍ PROJEVY U DĚTÍ S MENTÁLNÍ  
RETARDACÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně.  
Veškerou literaturu a ostatní informační zdroje, které jsem ve své práci použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Zábřeze dne 5. 4. 2011

.....

Děkuji Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D. za poskytování cenných rad,  
vstřícnou spolupráci a odborné vedení při řešení mé bakalářské práce.

# OBSAH

ÚVOD .....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1 MENTÁLNÍ RETARDACE .....	7
1. 1 Definice mentální retardace .....	7
1. 2 Etiologie mentální retardace .....	9
1. 2. 1 Stručná charakteristika nejčastěji se vyskytujících syndromů .....	12
1. 2. 1. 1 Downův syndrom .....	12
1. 2. 1. 2 Syndrom fragilního X chromozomu .....	12
1. 2. 1. 3 Rettův syndrom .....	13
1. 2. 1. 4 Angelmanův syndrom .....	14
1. 2. 1. 5 Turnerův syndrom .....	14
1. 2. 1. 6 Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy.....	14
1. 3 Klasifikace mentální retardace .....	16
1. 4 Diagnostika mentální retardace .....	21
2 TEORETICKÁ VYMEZENÍ POJMŮ AGRESE A AGRESIVITA .....	24
2. 1 Agrese .....	24
2. 2 Agresivita .....	25
2. 3 Dětská agresivita .....	26
2. 4 Zdroje agresivního chování .....	27
2. 4. 1 Afekt .....	28
2. 4. 2 Zlost .....	28
2. 4. 3 Hněv .....	29
2. 4. 4 Šikana .....	30
2. 4. 5 Frustrace .....	31
2. 5 Druhy agresivního chování .....	33
2. 5. 1 Dělení agresivního chování dle Spurného (1996) .....	33
2. 5. 2 Dělení agresivního chování dle Moyera (1968) .....	34
3 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	
A PSYCHICKÉ PORUCHY .....	35
3. 1 Afektivní poruchy .....	37
3. 2 Schizofrenie a schizofrenní poruchy.....	38

3. 3 Neurotické a stresem vyvolané poruchy .....	39
3. 4 Poruchy vyvolané požíváním alkoholu či jiných psychoaktivních látek .....	41
3. 5 Demence .....	41
3. 6 Poruchy osobnosti .....	42
4 HRY PRO ZVLÁDÁNÍ AGRESIVITY A NEKLIDU .....	43
4. 1 Rozehřívací, aktivizační hry .....	44
4. 1. 1 Zrcadlová síň .....	44
4. 2 Rozehřívací hry s umělým konfliktem .....	45
4. 2. 1 Greenpeace .....	45
4. 3 Taktilní hry .....	45
4. 3. 1 Magnetická podlaha .....	46
4. 4 Modelové hry .....	46
4. 4. 1 Mám rád, nemám rád .....	46
4. 5 Hry na zklidnění .....	47
4. 5. 1 Lesní studánka - relaxační cvičení .....	47
PRAKTICKÁ ČÁST - VLASTNÍ ŠETŘENÍ .....	49
5 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA ŠETŘENÍ .....	49
5. 1 Cíle šetření .....	49
5. 2 Metoda šetření .....	49
5. 3 Vzorek šetření .....	50
5. 4 Stanovení výzkumných předpokladů.....	50
6 DOTAZNÍK PRO PEDAGOGY .....	51
7 ZÁVĚR VÝZKUMU .....	70
ZÁVĚR .....	72
POUŽITÁ LITERATURA .....	73
PŘÍLOHY .....	77

## ÚVOD

Tématem bakalářské jsou agresivní projevy u dětí s mentálním postižením. V současné době se stále více setkáváme s agresivitou už u malých dětí, proto se zdá tato problematika aktuální. Agresivita není záležitostí pouze intaktních dětí, ale je taktéž záležitostí dětí s postižením. Podnětem k této bakalářské práci je to, abychom se o problematice agresivity dětí dozvěděli více informací. Jako budoucí učitelky v mateřské škole nás zajímá informovanost učitelů/učitelek o problematice agresivity dětí, zda se agresivita dětí v jejich třídách objevuje, případně kdo a jak tyto situace řeší a zda spolupracují i s jinými odbornými pracovišti, jako je např. speciálně pedagogické centrum či pedagogicko-psychologická poradna.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretickou část zpracováváme z odborné literatury a internetových zdrojů. Zmiňujeme se o definici a etiologii mentální retardace, o mentální retardaci a pervazivních vývojových poruchách, dále charakterizujeme nejčastěji se vyskytující syndromy spojené s mentální retardací a popisujeme klasifikaci a diagnostiku mentální retardace. Dále se zmiňujeme o agresi, agresivitě a objasňujeme pojmy, které s nimi souvisí. Popisujeme možné příčiny agresivity a také jak je možné agresivitě předcházet. Druhá, praktická část, se týká průzkumu mezi učiteli. Informace dostáváme pomocí dotazníkové metody, kterou jsme získali od pracovníků a učitelů, pracujících ve speciální mateřské škole. Na základě analýzy vyplněných dotazníků vyhodnocujeme odpovědi respondentů, které taktéž zpracováváme v grafech.

Cílem praktické části bakalářské práce je snaha o zjištění, zda se učitelé či učitelky ve speciálních mateřských školách setkávají s agresi, agresivitou či agresivními projevy u mentálně postižených dětí, jakým způsobem tyto případy řeší a případně, zda mají dostatečné informace o problematice agresivity.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MENTÁLNÍ RETARDACE

### 1.1 Definice mentální retardace

Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti (Slowík, 2007).

Velmi podobně je definována mentální retardace podle poslední verze ICDH-10 (Mezinárodní klasifikaci nemocí, postižení a handicapů, MKN-10) jako stav související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení, charakteristické zejména snížením schopností, jež se projevuje během vývoje, a to schopností, které vytvářejí celkovou úroveň inteligence – tedy schopností poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních. Mentální retardace se může a nemusí vyskytovat ve spojení s jinými psychickými nebo tělesnými obtížemi (WHO in Slowík, 2007).

Podle Valenty, Müllera (2007, s. 16) lze mentální retardaci definovat jako *„vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“*.

Širší pojem než mentální retardace je mentální postižení, které vymezuje terminologický a výkladový slovník Speciální pedagogika jako *„střešní pojem používaný v pedagogické dokumentaci a který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85“* (tj. jedince v pásmu současně chápané mentální retardace s pásmem dříve používaného pojmu slaboduchost) (Vašek in Valenta, Müller, 2007, s. 13).

Slowík (2007, s. 109) uvádí, že *„pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit); doslovný překlad by tedy zněl „opoždění (zpomalení) mysli“*. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické

postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění atd.

Někteří autoři komplikovaně vymezují vztah mezi pojmy mentální retardace a demence. Zatímco pojem mentální retardace bývá vztahován především na vrozený mentální deficit vzniklý v prenatálním nebo perinatálním období, příp. nejpozději v průběhu prvního roku po narození dítěte, demence je charakteristická snížením již nabytých mentálních schopností jedince, např. v důsledku úrazu nebo závažné nemoci v pozdějším období; přestože se s ní setkáváme i u dětí, nejčastěji se týká starších osob a je spojena s degenerativními onemocněními mozku, především Alzheimerovou chorobou (Vágnerová, 2004). Protože jsou však v konečném důsledku projevy vrozené mentální retardace (dříve tzv. oligofrenie) a demence velice podobné (narušení integrity osobnosti, vztahů, komunikace, celkově snížená úroveň zejména mentálních schopností a dovedností, atd.), můžeme se přiklonit k používání nadřazeného pojmu mentální postižení, který se vztahuje spíše k symptomatologii (obrazu projevů) tohoto handicapu, a zahrnout do něj proto jak vrozenou mentální retardaci, tak i demenci (Valenta, Müller, 2003).

Mentální postižení lze definovat z různých hledisek:

- a) přístup biologický** - postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku
- b) přístup psychologický** - primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě)
- c) přístup sociální** - postižení charakteristické dezorientací ve světě a společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci



**d) přístup pedagogický** - snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů

**e) přístup právní** - snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí) (Slowík, 2007).

Definice mentální retardace zdůrazňující inteligenční kvocient (IQ) vycházejí z rozdělení jedinců podle stupně inteligence (tento stupeň je u nich měřen pomocí individuálních zkoušek Wechslerovy stupnice pro děti či dospělé a inteligenční škály L. M. Termana a M. A. Merrillové). Při zdůrazňování IQ jako základního kritéria, bývají za mentálně retardované považovány všechny osoby, jejich rozsah inteligence je nižší než pásmo hraniční (IQ 70-80) (Müller, 2002).

Člověk, u něhož je diagnostikována mentální retardace (u běžné populace se odhadují 3 %), musí splňovat následující tři kritéria:

1. úroveň rozumových schopností (IQ - intelektový kvocient, VQ - vývojový kvocient) je pod úrovní 70 bodů;
2. člověk musí mít na dané vývojové úrovni zřetelné problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života - v předškolním věku se jedná zejména o komunikační, senzomotorické a sebeobslužné dovednosti, ve školním věku dochází k selhávání ve školních dovednostech a v dospělosti je omezena nebo znemožněna schopnost samostatného života;
3. jedná se o poruchu vrozenou, která je u dané osoby přítomna již od dětství, při správné diagnóze dochází ke zlepšení pouze v rámci základního handicapu (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

## **1. 2 Etiologie mentální retardace**

Etiologie mentální retardace je velmi rozmanitá, a to nejen vzhledem k množství možných vlivů ohrožujících zdravý růst plodu, ale i k řadě dalších onemocnění, úrazů, infekcí, tzv. biologických faktorů či defektů působících na rozvoj jedince v době pozdější - kolem porodu a ovlivňující

vývoj člověka po narození, prakticky po celý život (Černá a kolektiv, 2008).

Mezi lidmi s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací. Navíc je třeba si uvědomit, že u každého jednotlivého člověka nelze většinou jednoznačně určit, zda jeho mentální retardace byla způsobena pouze jevy biologickými a do jaké míry se na jeho aktuálním stavu podílejí vlivy sociální. Biologické i sociální faktory se v osobnosti člověka prolínají - původní obraz postižení může být pozměněn pozitivně i negativně vlivem podnětného či nepodnětného sociálního prostředí a životních zkušeností. Důležitou roli hraje i časový faktor, totiž kdy a v jakých souvislostech k mentální retardaci došlo (tamtéž, 2008).

Mezi nejčastější příčiny mentální retardace patří následky infekcí a intoxikací, následky úrazů nebo fyzikálních vlivů, poruchy výměny látek, růstu, výživy, makroskopické léze mozku, nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy, anomálie chromozomů, nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace, jiné a nespecifické etiologie (Renotiérová, Ludíková a kol., 2005)

Příčiny vzniku mentální retardace můžeme rozdělit na vnitřní (endogenní) a vnější (exogenní), také na vrozené či získané. Vnitřní (endogenní) příčiny jsou genetické, to znamená, že příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Vnější (exogenní) příčiny mentální retardace jsou zapříčiněny poškozením mozku plodu nebo dítěte. Dle doby působení lze exogenní příčiny podle Valenty a Müllera (2007) dále dělit na:

- **prenatální příčiny**, které působí od početí do narození a mohou být způsobeny těmito vlivy:

**a) dědičné vlivy (hereditární)**, kam řadíme zděděné nemoci - hlavně metabolické poruchy a také nedostatek vloh k určité činnosti, které dítě zdědí po rodičích

**b) specifické genetické příčiny**, kdy vlivem mutagenních faktorů, z nichž některé známe (záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy atd.) a jiné nikoliv, dochází k mutaci genů, k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu, tzv. trizomie (existence tří chromozomů namísto běžného páru - dizomie, kdy jeden chromozom získáváme od otce a jeden od matky) - nejrozšířenějším reprezentantem této skupiny je Downův syndrom

**c) environmentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství**, kdy platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější to má následky pro zdraví dítěte - závažnější je 15. den od oplodnění než vlivy působící na dítě po 3. měsíci těhotenství a můžeme sem řadit onemocnění matky, jako jsou zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza, intoxikace embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky apod.

**d) nedostatek plodové vody (oligohydromnion)**, který může mít vliv na vznik mentálního postižení, dále **vrozené vady lebky a mozku - mikrocefalie** (abnormálně symetricky malá hlava) a **hydrocefalie** (nahromaděním mozkomíšního moku ve schránce lební)

- **perinatální příčiny**, které působí těsně před, během a těsně po porodu

**a) organické poškození mozku (perinatální encefalopatie)**, které bývá udávána jako příčina potíží, které se označovaly termínem lehká mozková dysfunkce a které může v některých případech způsobit i mentální postižení

**b) mechanické poškození mozku** při porodu a hypoxie či asfyxie (tj. nedostatek kyslíku), předčasný porod, nízká porodní váha dítěte a novorozenecká žloutenka (hyperbilirubinémie)

- **postnatální příčiny**, které působí po narození

**a) zánět mozku**, který je způsobený mikroorganismy, jako je klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida

**b) mechanické vlivy**, jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a onemocnění vedoucí k deterioracím inteligence (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholová demence, schizofrenie apod.)

**c) senzorická, citová a sociokulturní deprivace** dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí

v institucionální péči, přičemž se takovéto prostředí může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 bodů s tím, že pokud dojde včas k saturaci (nasycení) těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit - proto nelze definovat mentální postižení jako trvalou poruchu

### **1. 2. 1 Stručná charakteristika nejčastěji se vyskytujících syndromů spojených s mentální retardací**

Obsah následující podkapitoly je věnovaný stručné charakteristice syndromů, které jsou spojené s mentální retardací. Informace čerpáme od Černé a kolektivu z roku 2008.

#### **1. 2. 1. 1 Downův syndrom**

Downův syndrom je nejznámějším a nejčastěji popisovaným syndromem způsobeným změnou počtu chromozomů (trizomie chromozomu 21). Jde o poměrně vysoký výskyt, v populaci osob s mentálním postižením se udává asi pětiprocentní, riziko jeho vzniku stoupá se zvyšujícím se věkem matky. Downův syndrom může být diagnostikován před narozením dítěte. (Černá a kolektiv, 2008)

V literatuře jsou často popisovány společné tělesné znaky. Ty uvádí např. Ainsworth (in Černá, 2008) takto: malá postava, malá zploštělá lebka, mohutná šíje, plochy široký obličej s vystouplými lícními kostmi, krátké široké ruce se zakřivenými prsty, šikmé oči s kožními záhyby ve vnitřních koutcích, malá ústa a nízké patro, rýha napříč dlaně - tzv. opičí rýha, snížený svalový tonus, nadměrná kloubní pohyblivost, zvýšená citlivost na respirační infekce a neúplný nebo opožděný sexuální vývoj.

#### **1. 2. 1. 2 Syndrom fragilního X chromozomu**

Syndrom fragilního X chromozomu je považován rovněž za velmi častou příčinu mentální retardace, která je geneticky podmíněna (Raboch, Zvolský, 2001), s častějším výskytem u mužů. (V období puberty se stav

chlapců s tímto syndromem většinou zhoršuje.) Tento syndrom může být diagnostikován před narozením z krve plodu, spolehlivě pouze asi v polovině případů, jak upozorňuje Ainsworth (2004, s. 24) „*chromozomální cytogenetické testy nebo testy na DNA z krve dítěte po narození přinášejí spolehlivější výsledky*“.

U jedinců se syndromem fragilního X se vyskytují některé společné tělesné znaky, jako je dlouhý úzký obličej, velké uši, vysoce klenuté patro, vyčnívající čelo, nápadně velký obvod hlavy apod. (Černá a kol., 2008).

Zvláštnostmi řeči u osob s fragilním X chromozomem se velmi podrobně zabýval Rondal (in Černá, 2008) a uvádí mezi jinými tyto nápadné znaky: řeč je rychlá až překotná, často velmi hlasitá, echolalická s opakujícími se slovy, ulpíváním, malou srozumitelností. Vyskytuje se dysrytmie, echolálie, řečová vznětlivost aj. Děti s tímto syndromem mají nápadně vysoký a pronikavý hlas. Někteří jedinci často vynechávají nebo zaměňují samohláskové i souhláskové fonémy. Receptivní slovní zásoba je relativně zachována.

Mentální retardace bývá v širším pásmu, od lehké po těžkou, některé psychické funkce mohou být v pásmu normálu (Černá a kol., 2008).

### **1. 2. 1. 3 Rettův syndrom**

Rettův syndrom je geneticky podmíněné neurodegenerativní onemocnění, které postihuje téměř výhradně ženy, ale které se může vzácně vyskytnout i u mužů. Jde o pervazivní vývojovou poruchu spojenou s těžkým progresivním neurologickým postižením. Psychomotorický vývoj bývá v počátcích zcela v normě, kolem jednoho roku života i dříve (pak jde o hlubší postižení) dochází u dítěte postupně k úplně nebo částečné ztrátě manuálních a verbálních schopností (Raboch, Zvolský 2001).

Mezi společnými tělesnými znaky je zpomalený růst hlavy, stereotypní kroutivé pohyby rukou (naznačující mytí rukou), nedostatečné žvýkácké pohyby, problémy s dýcháním, ztráta řeči. Mentální úroveň je v pásmu těžké až hluboké retardace (tamtéž, 2008).

#### **1. 2. 1. 4 Angelmanův syndrom**

Angelmanův syndrom je vzácné chromozomální genetické postižení charakterizované vrozenou mentální retardací (v pásmu těžkém až hlubokém) s absencí řeči, provázené svalovými abnormalitami, opožděným motorickým vývojem, epileptickými záchvaty, ničím nevyvolanými výbuchy smíchu, neobvyklými rysy obličeje (tamtéž, 2008).

#### **1. 2. 1. 5 Turnerův syndrom**

Turnerův syndrom patří mezi chromozomální poruchy vyskytující se u žen, je provázen poruchami v oblasti sexuální: pohlavní orgány jsou infantilní, nedochází k vývoji sekundárních pohlavních znaků - prsů. Mezi tělesnými znaky se uvádí zpomalený růst, malá tělesná výška, nápadná kožní řasa na krku. Mentální úroveň je ve většině případů v pásmu mírné retardace, spíše na hranici normy. Celá řada jedinců s tímto syndromem je zcela v normě (tamtéž, 2008).

#### **1. 2. 1. 6 Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy**

V následující podkapitole se věnujeme mentální retardaci a pervazivním vývojovým poruchám a objasnění rozdílů mezi nimi. Informace čerpáme z publikace od Čadilové, Jůna, Thorové a kolektivu z roku 2007.

Mentální retardace a pervazivní vývojová porucha jsou dva rozdílné syndromy (tj. skupina symptomů, které se vyskytují společně a jsou charakteristické pro určitou diagnózu), které sdílí několik společných charakteristik. Jedná se o stavy či poruchy způsobené narušením mozkových funkcí trvalého charakteru, deficity jsou léčbou málo ovlivnitelné. Následky si dítě přináší v různé míře do dospělosti. Nikdy se nejedná o postižení dílčích funkcí, narušen je vždy celkový psychický, mnohdy i motorický vývoj člověka.

V případě mentální retardace i pervazivní vývojové poruchy se jedná o vrozené handicap, při jejichž vzniku hrají klíčovou úlohu s největší pravděpodobností různé genetické faktory, u mentálně retardovaných navíc sehrává významnou úlohu některé patologické stavy (setkání s toxickou látkou v průběhu těhotenství, nedostatek kyslíku, porodní trauma apod.). Mezi časté přidružené potíže patří smyslové vnímání a pohyblivost.

Důsledkem mentální retardace a/nebo pervazivní vývojové poruchy je narušení vždy několika oblastí, které umožňují normální životní aktivitu bez handicapu. Řadíme sem tyto funkční okruhy:

- sebeobsluha a orientační schopnosti;
- porozumění řeči a/nebo vyjadřování, celková kvalita komunikace;
- sociální interakce, schopnost spolupráce;
- schopnost učit se, rozumové (kognitivní) schopnosti;
- sebekontrola, plánování, sebeřízení (exekutivní funkce), společenská odpovědnost;
- schopnost žít samostatně, osobní nezávislost;
- ekonomická soběstačnost (schopnost hospodařit);
- profesní orientace a zařazení.

Rozdíl mezi lidmi s mentální retardací a pervazivní vývojovou poruchou je ten, že lidé s pervazivní vývojovou poruchou mají větší potíže chápat a vyjadřovat širokou škálu emocí, rozumět a používat neverbální i verbální komunikace a adekvátně reagovat v různých sociálních situacích než osoby s mentální retardací. Také se častěji vyskytuje problémové chování ve smyslu agresivity, destruktivity, obsesivních tendencí a sebeubližování.

### 1. 3 Klasifikace mentální retardace

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci. Novou klasifikaci mentální retardace dětí rozepsala na základě Světové zdravotnické organizace Švarcová (2000) do šesti základních kategorií:

#### 1) *Lehká mentální retardace (F70)*

U lehké mentální retardace se pohybuje hodnota IQ přibližně mezi 50 - 69, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 - 12 let. Lehká mentální retardace bývá označovaná také jako slabomyslnost, lehká mentální subnormalita či lehká oligofrenie (dříve označovaná jako debilita).

Jedná se o nejrozšířenější formu retardace, diagnostikována je asi u 80% mentálně retardované populace. Vývoj v dětském věku již bývá mírně opožděný. Děti s lehkou mentální retardací se naučí mluvit později, nicméně řeč si osvojí. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením, psaním a počítáním (dysgrafické, dyslektické a dyskalkulické obtíže při lehké mentální retardaci). Osnovy základní školy nejsou schopny plně zvládnout. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce (Švarcová, 2000).

Renotiérová, Ludíková a kolektiv (2005) dodávají, že lehká mentální retardace se většinou diagnostikuje až při vstupu dítěte do školy, kdy dítě začíná mít výraznější problémy. U dítěte se začínají objevovat problémy a omezenost logického, abstraktního a mechanického myšlení, je



lehce opožděna jemná a hrubá motorika, slabší paměť, v emocionální oblasti se projevuje afektivní labilita atd.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení (Švarcová, 2000).

## ***2) Středně těžká mentální retardace (F71)***

U středně těžké mentální retardace se pohybuje hodnota IQ přibližně mezi 35 - 49, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 - 9 let. Středně těžká mentální retardace bývá označovaná také jako středně těžká mentální subnormalita či středně těžká oligofrenie (dříve označovaná jako imbecilita).

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Dle Kozákové (2005) jsou tito jedinci v dospělosti schopni jen zřídka úplně samostatného života. Valenta, Müller (2007) se zmiňují o tom, že jedinci se středně těžkou mentální retardací vyžadují v tomto směru chráněné prostředí, a to hlavně chráněné bydlení a zaměstnání po celý život.

Švarcová (2000) uvádí, že jsou limitované i pokroky ve škole, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Kozáková (2005) dodává, že jedinci se středně těžkou mentální retardací nezvládají nároky školní docházky.

Speciální vzdělávací programy mohou postižením přilákat k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základní vědomostí a dovedností (Švarcová, 2000).

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. Mnozí lidé se středně těžkou mentální retardací uplatní své pracovní dovednosti v chráněných dílnách.

V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách (tamtéž, 2000).

Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí (tamtéž, 2000).

U značné části středně mentálně retardovaných je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie (tamtéž, 2000).

### **3) Těžká mentální retardace (F72)**

U těžké mentální retardace se pohybuje hodnota IQ přibližně mezi 21 - 23, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 - 6 let. Těžká mentální retardace bývá označovaná také jako těžká mentální subnormalita či těžká oligofrenie (Švarcová, 2000.)

Tato kategorie je velmi podobná středně těžké mentální retardaci, ale snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Kozáková (2005) popisuje, že se nejčastěji jedná o kombinované postižení, tělesné deformity, jako je hydrocefalus, mikrocefalus, dále také již zmíněné poruchy hybného aparátu a smyslové vady.

U jedinců s těžkou mentální retardací jsou velmi časté poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, hry s fekáliemi (výkaly), sebepoškozování, afektů a agrese (Valenta, Müller, 2007).

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační,

výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. V oblasti motoriky je přítomná výrazná neobratnost a dyskoordinace (Švarcová, 2000).

Pracovní dovednosti bývají elementární, při správném vedení je mohou uplatnit v chráněných dílnách či v každodenních životních aktivitách. Dle Kozákové (2005) lze u těchto jedinců vypěstovat jednoduché hygienické návyky a návyky sebeobsluhy.

#### ***4) Hluboká mentální retardace (F73)***

U těžké mentální retardace je hodnota IQ nižší než 20, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Hluboká mentální retardace bývá označovaná také jako hluboká mentální subnormalita či hluboká oligofrenie (dříve označovaná jako idiocie) (Švarcová, 2000).

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Kozáková (2005) se zmiňuje o tom, že komunikace těchto jedinců je založena na neverbální komunikaci. Vyjadřují pouze libé či nelibé pocity a také se můžeme setkat s neartikulovanými výkřiky.

Dle Švarcové (2000) je většina osob z této kategorie imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární (základní, primitivní) neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Dle Valenty, Müllera (2007) je nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech.

Švarcová (2000) uvádí, že možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. V současné době jsou již známy metodické postupy, s jejichž pomocí je možné rozvíjet u části lidí s hlubokou mentální retardací řadu dovedností (komunikaci, pracovní chování, motorické dovednosti). Užívání slova nevzdělavatelnost by mělo ze slovníků vymizet.

Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na vyhovění jednoduchým požadavkům. Lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých

zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech a sebeobsluze (tamtéž, 2000).

Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zraku a sluchu. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus (tamtéž, 2000).

### **5) Jiná mentální retardace (F78)**

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob (Švarcová, 2000).

### **6) Nespecifikovaná mentální retardace (F79)**

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. Tato kategorie zahrnuje mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS, oligofrenii NS (Švarcová, 2000).

Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „**mírná mentální retardace**“ (**IQ 85–69**), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, ale bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je organické poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené (tamtéž, 2000).

## 1. 4 Diagnostika mentální retardace

Valenta, Müller (2007, s. 61) uvádí, že „*speciálněpedagogická (psychopedická) diagnostika se zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity a šířeji i sociální terapie a enkulturace klientů (s mentálním či jiným duševním postižením)*“.

Diagnostikou mentální retardace se zabývá více institucí. Ve školské oblasti jsou to především speciálně pedagogická centra (SPC) a pedagogicko-psychologické poradny (PPP). Kromě těchto nejvíce zastoupených pracovišť, které se zabývají speciálněpedagogickou diagnostikou, existují i další instituce, ve kterých se speciálněpedagogická diagnostika realizuje, jsou jimi např. střediska výchovné péče, diagnostické a výchovné ústavy pro děti a mládež, stacionáře, denní centra či sanatoria aj. (tamtéž, 2007).

Diagnostiku můžeme chápat jako nauku o diagnostikování, tj. poznávání nějakého jevu z etiologického hlediska i z hlediska srovnávání s jinými jevy za účelem nějakého zásahu do diagnostikovaného jevu, přičemž sledujeme zlepšení nebo nápravu tohoto jevu. Diagnostika se netýká jen psychologických a pedagogických disciplín, ale i jiných oblastí, jako např. lékařství, sociálních faktorů, ekonomických situací, technických zařízení aj. Proto se také hovoří o diagnostice pedagogické, psychologické, lékařské sociologické, ekonomické, technické atd. Požadavky na ověřování těchto typů diagnostických metod ve všech oblastech se musí řídit stejnými požadavky. Rozdíl mezi jednotlivými formami je pouze obsahový, tj. liší se druhem předmětového okruhu. Tak např. psychologická diagnostika se zaměřuje na zjišťování psychických faktorů u daného jedince v praxi, výchovy, sociologická sociálních faktorů, jako je např. vliv bytové výstavby na reprodukci obyvatelstva atd. Cílem diagnostického procesu je odhalování příčin jevů za účelem zlepšení, odstranění nedostatků apod. (Langer, 1996).

Diagnostika v raném období a v období předškolního věku je úkolem středisek rané péče (SRP) a již zmíněných speciálně pedagogických center (SPC). Černá (2008) ve své publikaci uvádí, že je velice důležité, aby rodiče využívali služeb odborníků. Odborníci musí mít vždy na paměti, že výsledky diagnostického procesu nejsou v prvních šesti letech života zvláště významným ukazatelem potenciálu dítěte. Dále také upozorňuje, že v tomto životním období dítěte je daleko větší pravděpodobnost diagnostické chyby než v jakémkoliv dalším životním období člověka, proto je ideální kombinovat diagnostiku za použití vysoce strukturovaného diagnostického nástroje (např. test inteligence) s dalšími nástroji diagnostiky mentálního postižení, mezi které patří rozhovor nebo pozorování dítěte v různých situacích. Vyšetření v raném a předškolním věku musí probíhat opakovaně a obsahuje rodinou anamnézu a osobní anamnézu dítěte. Potřebné informace se získávají především rozhovorem s rodiči nebo opatrovníky dítěte. Odborníci by se měli zajímat o následující oblasti:

- těhotenství matky, průběh porodu a období bezprostředně po něm
- historie zdravotního stavu dítěte
- milníky ontogenetického vývoje u dítěte („Chodí?“ „Kdy začalo chodit?“)
- rodinná anamnéza (členové rodiny, jejich věk a zdravotní stav)
- úroveň dítěte v jednotlivých oblastech dovedností - na základě rozhovorů s rodiči si lze učinit představu o motorickém vývoji dítěte, oblasti řeči a komunikace, způsobu řešení problémů, hře, nezávislosti a vztazích s ostatními (nejbližšími členy rodiny, vrstevníky atd.)
- vztah členů rodiny k dítěti (Černá M. a kolektiv, 2008).

Ideální součástí podkladů diagnostického procesu je lékařská zpráva, kterou rodiče však nemusí poradenskému zařízení poskytnout, avšak tím riskují to, že diagnostika jejich dítěte nebude přesná. Dle Černé jsou také nezbytné informace o prostředí dítěte a o podmínkách, ve kterých dítě žije a ve kterých se rozvíjí (tamtéž, 2008).

Diagnostické metody dle Valenty a Müllera (2007) lze rozdělit na:

**1) *Testové metody*** - didaktické testy, sociometrické testy, psychodiagnostické metody. Testové metody využívají možnosti kvantitativního hodnocení.

**2) *Klinické prostředky*** - anamnéza, pozorování, rozhovor, dotazník, analýza produktů (písma, hry, kresby), případová studie. Klinické prostředky využívají možnosti kvalitativního hodnocení.

## 2 TEORETICKÁ VYMEZENÍ POJMŮ AGRESE A AGRESIVITA

### 2.1 Agrese

Podle Matějčka a Dytrycha (1997, s. 45) je agrese „*určitý akt, určité chování, určité chování, určitý projev člověka v určité situaci*“.

Hartl (1993, s. 7) chápe agresi jako „*nepřátelství, útočnost či výbojnost v jednání vůči určitému objektu, útok na překážku (osoba, předmět) na cestě k uspokojení potřeby*“.

Spurný (1996) popisuje agresi jako „*destruktivní chování, směřující k fyzickému (brachiálnímu), slovnímu (urážka, pomluva) nebo symbolickému (pomocí gest) útoku vůči jinému jedinci (předmětu)*“.

Geist (2000, s. 16) se zmiňuje o agresi jako o „*útočném chování, které v určitém okamžiku nastupuje jako reakce na skutečně nebo zdánlivé ohrožení (omezení) vlastní moci apod*“. Geist hovoří i o Freudovi, podle kterého je pramenem agrese pud zemřít a cílem destrukce. Dále autor uvádí, že Adler chápe agresi jako projev pudu po moci s cílem dosažení vlastní nadřazenosti.

Agrese (z lat. Aggressio) – výpad, útok – jednání, jímž se projevuje násilí vůči některému objektu, nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit. Je to projev agresivity v chování jedince. Může být považována za násilné narušení práv jiného člověka, ale také za asertivní chování (Martínek, 2009).

Cílem agrese je zastrašit druhého, zmocnit se objektu či ho odstranit, jinému zmařit a sobě zajistit společenské výhody. Cílevědomé prosazování se děje v prostředí psychosociálních vztahů, ovlivňujících volbu nástrojů agrese, která pak může být kultivovaná. Zdrojem agrese v člověku může být nejen pudové jednání, ale i racionálně promyšlené, plánované jednání proti morálním zásadám. Takové jednání je pak složitěji motivované a nutno je posuzovat jinak než jednání pudové (Spurný, 1996).



Agrese je zabudována do celého způsobu našeho života. Slabost pro surové jednání, které nás vzrušuje, je jedním ze základních lidských instinktů. Někteří autoři považují agresi za hnací sílu veškerého lidského konání, za vůli k moci, za podstatnou složku úsilí o individualizaci jedince. Tendence jednat agresivně vzniká vždy, když musíme překonat překážku, která stojí v cestě k uspokojení některé naší potřeby. Jestliže se nám nedaří překážku překonat, naše vnitřní napětí vzrůstá (a s ním obvykle i agresivita). Cítíme se ohroženi, vzniká silná potřeba chránit si svůj obraz vytvořený o sobě. Agrese tak vedle úniku představuje jeden ze základních způsobů vyrovnávání se člověka s psychickou zátěží (tamtéž, 1996).

## 2. 2 Agresivita

**Agresivita (z lat. Aggressivus)** – *„útočnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem“* (Martínek, 2009, s. 9).

Hartl (1993, s. 8) popisuje agresivitu jako *„tendenci k útočnému jednání vůči druhé osobě či okolí. U člověka je její příčinou často frustrace“*.

Průcha, Walterová a Mareš (1995, s. 17) definují agresivitu jako *„útočnost, tendenci projevovat nepřátelství ať už slovně nebo útočným činem. Dále hovoří o agresivitě jako o tendenci prosazovat sám sebe, své zájmy a cíle bezohledně, nemilosrdně až brutálně. Taktéž je to tendence ovládnout sociální skupinu, získat takové postavení, které umožňuje vnucovat jí určité názory, rozhodovat o její činnosti a osudu jednotlivých členů“*.

Sillamy (2001, s. 12) se zmiňuje o agresivitě jako o *„tendenci k napadání. Termín agresivita v užším slova smyslu se vztahuje k bojovné*

*povaze a v širším slova pojetí charakterizuje dynamismus jedince, který se osvědčuje, který neutíká ani před potížemi, ani před bojem, a v ještě obecnějším smyslu označuje tu základní vložku, díky níž může živá bytost dosahovat uspokojení svých životních potřeb“.*

Je to do jisté míry charakteristický znak osobnosti jedince. V nejširším slova smyslu ji lze definovat jako dispozici k agresivnímu chování. Každý jedinec je vybaven určitou její mírou, jinak by neměl ve společnosti šanci na přežití. Člověk nadaný vysokou mírou agresivity je náchylný v různých situacích jednat agresivně, se svojí agresivitou těžce bojuje, protože ovládá jeho život a působí vážné komplikace v mezilidské komunikaci. Impulzivně reaguje i na podněty, které by jiný člověk přešel bez povšimnutí, popř. by se nad nimi zasmál. Lidé s vysokou mírou impulzivity mají rovněž větší sklony k urážlivosti, vztahovačnosti, komunikace s nimi bývá často obtížná. Mnohdy trpí i tím, že okolí se od nich odtahuje, považuje je za nebezpečné, neschopné domluvy, apod. (Martínek, 2009).

Naopak člověk s nízkou mírou agresivity je většinou schopen ve vypjatých situacích kompromisu, dohody a smíru, okolí jej považuje za diplomatického, komunikativního, společenského. Vnější okolnosti nás často nutí k tomu, abychom agresivitu použili ve svém chování, ať už v osobním, nebo i profesním životě. Pokud je tato agresivita přijatelná, může sloužit k posílení autority, sebevědomí, může mít ve své podstatě pozitivní vliv (tamtéž, 2009).

### **2. 3 Dětská agresivita**

Agresivita je součástí lidské přirozenosti a hraje velkou úlohu ve vývoji dítěte. Vnitřní prudkost dodává dítěti energii a motivaci, které jsou nezbytné k sebepřekonávání. U novorozence je jediným prostředkem, jak může dát na vědomí, že se necítí dobře, je křik. Raný rozvoj mírného nebo agresivního charakteru závisí na tom, nakolik dokážeme interpretovat křik

dítěte. Od doby, co se dítě dokáže přemísťovat, rozšiřuje svůj okruh zkoumání a začíná přestupovat zákazy, a to ne ze špatného úmyslu, ale jen z touhy objevovat a experimentovat. Rodiče mu tuto činnost obvykle zakazují, a proto u dítěte vzbuzují hněv. Dítě se nemíní vzdát svých průzkumnických tužeb a v důsledku této konfrontace si dítě uvědomí, že je plnoprávným jedincem a odmítá požadavky rodičů, aby jasně naznačilo, že je „jiné“. To vyvádí rodiče s míry a vzniká konfrontace mezi dvěma sférami zájmu přání - jeho a rodičovskými. Je důležité, aby dítě vnímalo, že rodiče chápou jeho pokusy jako něco, co je u dětí normální. Od osmnácti měsíců do tří let si dítě začíná uvědomovat své ego a chce se identifikovat vůči svým rodičům a začíná s nimi bojovat. Jelikož je limbická oblast mozku, která umožňuje kontrolu nálad ještě nezralá, tím se dítě vzteká při sebemenší mrzutosti. Období od tří do pěti let je obdobím kontrolovaného hněvu. Součástí osobnosti dítěte je i vnitřní agrese, která ho nutí soutěžit s ostatními, kdy většinou přicházejí na „sprostá slova“. Dítě si dokonale uvědomuje, že jsou to slova zakázána, ale právě provokace před kamarády nebo i dospělými je jeho způsobem, jak ukázat, že už umí rodičům oponovat. Období povinné školní docházky je pro rodinu obdobím relativního klidu. Dítě se snaží zapojit do sociální skupiny, vše je zaměřeno na spolužáky a učitele, na socializaci, kde není tolik příležitosti k projevům násilí (Antier, 2004).

## **2. 4 Zdroje agresivního chování**

Zdrojem agresivního chování bývá afekt (zloba, hněv, vztek), neuspokojená (frustrovaná) potřeba, ale i zvyk („naučená“, instrumentální, sociálně odměňovaná agrese), vždy ve spojení s podnětovou situací (např. svévolné a nesmyslné jednání druhých, útok, obtěžování) (Spurný, 1996).

### **2. 4. 1 Afekt**

Hartl (1993, s. 7) hovoří o afektu jako o „*silném, bouřlivě, ale krátce probíhajícím citovém stavu, např. se může jednat o hněv, zděšení, radost, nadšení, apod. Projevuje se zrychleným dýcháním a tepem, zčervenáním nebo zpomaleným dechem a tepem, zblednutím*“.

Průcha, Walterová a Mareš (1995, s. 17) popisují afekt jako „*citový stav, pro který je typické krátkost trvání, velká intenzita, bouřlivý průběh, fyziologické změny organismu (zblednutí či zčervenání, zrychlený dech a pulz*“.

Afekt je krátkodobá, silná a prudká emoční reakce na významný podnět při sníženém sebeovládání. Je odreagováním náhle vzniklého emočního napětí a zpravidla vede k určitému jednání výrazovému (radost, žal, vztek, hnus, stud), popřípadě i zkratovému. Bývá doprovázen změnami některých tělesných funkcí, jako například dýchání, srdeční činnosti apod. (Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Afekt>).

Dle Geista (2000, s. 14) je afekt „*relativně krátký, avšak velmi intenzivní až erupční emoční prožitek a jeho vnější vyjádření*“.

V psychologickém slovníku se dočteme o afektu jako o „*základním a neanalyzovatelném prvku afektivity (soubor afektivních stavů jedince, jeho citů, emocí a vášní), odlišný od emoce, která je jeho neurovegetativním vyjádřením, a od vypracovanějších citů*“ (Sillamy, 2001, s. 11).

### **2. 4. 2 Zlost**

Hartl (1993, s. 241) uvádí, že zlost je „*záporná emocionální reakce. Lze ji pojímat na škále: hněv (převážně racionální), zlost (více impulsivní,*

*emocionální), vztek (afektivně pomstychtivý), zuřivost (destruktivní běsnění)“.*

Sillamy (2001, s. 242) popisuje zlost jako „*náhlou emoci s agresivní tendencí, která se projevuje značným výrazovým, gestikulačním i slovním vzrušením, někdy nekontrolovatelným“.*

Hartl, Hartlová (2000, s. 704) definují zlost jako „*zápornou emocionální reakci; lze ji pojímat na škále: a) hněv, který je převážně racionální, b) zlost, která je více impulzivní, emocionální, c) vztek, který je afektivně pomstychtivý, d) zuřivost jako destruktivní běsnění“.*

Zlost lze rozdělit na bledou a rudou, která se definují podle barvy obličeje. U dětí pozorujeme někdy bílou zlost. Zlost se objevuje ve frustračních situacích, když je člověk nedokáže zvládnout. Jestliže se člověk neodvažuje napadnout předmět svého hněvu, dochází k přesunu afektu na věci nebo bytosti bezbranné, na děti nebo zvířata (Sillamy, 2001).

### **2. 4. 3 Hněv**

Hartl, Hartlová (2010, s. 182) se zmiňuje o hněvu jako o „*silné afektivní reakci na urážku a frustraci, spojenou s agresí“.*

Hněv je silná afektivní reakce na překážku, která se staví do cesty při dosahování nějakého cíle nebo brání rozvíjení jednání. Je to emoce, jejímž původním smyslem bylo připravit jedince na útok. Podle intenzity se rozlišuje rozzlobenost (nejslabší), hněv, zlost a vztek (nejsilnější). Projevy hněvu zpravidla trvají krátce, dlouhodobějším projevem je hostilita (nepřátelství) (Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hn%C4%9Bv>).

Čermák (1999) uvádí, že hněv je v životě často podbarven smutkem nebo doprovází depresi. V mateřských školách nebo v nemocnicích je možné pozorovat děti, u kterých odloučení nebo bolest vyvolává jak smutek, tak agresivní projevy. Lidé truchlící nad ztrátou milované osoby

téměř vždy vyjadřují vedle smutku také hněv a někdy se mohou dopouštět i násilí.

Křivohlavý (2004, s. 9) se zmiňuje, že není marné chápat hněv a zlost jako „*příznak - symptom něčeho, co by nám nemělo uniknout, něčeho, co je v životě toho, kdo se zlobí, podstatně důležité*“.

#### **2. 4. 4 Šikana**

Pedagogický slovník popisuje šikanování jako „*fyzické, psychické či kombinované ponižování až týrání žáků obvykle jinými žáky, vzácněji dospělými. Probíhá buď v dyádě (ve dvojicích), nebo ve skupině. Iniciátory šikanování bývají žáci vyšších ročníků, žáci starší, fyzicky vyspělejší, žáci osobnostně či sociálně narušení*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 1995, s. 221).

Geist píše o šikaně jako o „*záměrném, zlomyslném obtěžování a ponižování, často spojeném s týráním*“ (Geist, 2000, s. 293).

Dle Martínka (2009, s. 109) se hovoří o šikaně tehdy, jestliže „*jeden nebo více žáků úmyslně a většinou opakovaně týrá spolužáka nebo spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci*“.

Hartl (2004, s. 271) uvádí šikanu jako „*tělesné, psychické nebo spojené ponižování nebo týrání jedinců jinými, nejčastěji ve vrstevnických skupinách, přičemž původci šikany bývají jedinci tělesně silnější, starší, vyspělejší či v početní převaze*“.

Šikanování je všudypřítomné a může nás doprovázet celý život. Může se objevit v rodině mezi sourozenci, v mateřské škole a v dalších školách, v zájmových skupinách, na vojně, v zaměstnání, v partnerských vztazích apod. Důsledkem šikanování je poškozování zdraví jednotlivce, skupin, včetně rodiny a společnosti vůbec (Kolář, 2001).

Šikanování je vlastně projev patologických interpersonálních vztahů. Vztahů, vyvolávajících u oběti obvykle dlouhodobější, stupňující se

psychické zatížení a snahu uniknout ze situace jakýmkoliv způsobem (Spurný, 1996).

Kolář (2001) popisuje proces šikanování v pěti stádiích:

- 1) **zrod ostrakismu** - jde o mírné, převážně psychické formy násilí, kdy se okrajový člen necítí dobře, není oblíbený a uznáván („obětní beránek“)
- 2) **fyzická agrese a přitvrzování manipulace** - spolužáci si na neoblíbených členech vybíjí své nepříjemné pocity, konflikty s učitelem apod.
- 3) **klíčový moment - vytvoření jádra** - jestliže se nepostaví pevná hráz přitvrzeným manipulacím a mnohdy i počáteční fyzické agresí jednotlivců, často se vytvoří skupinka agresorů, kteří začínají šikanovat nejvhodnější oběti, a také se v tomto klíčovém momentu rozhoduje, zda se počáteční stadium přehoupne do stadia pokročilého
- 4) **většina přijímá normy agresorů** - v případě, že není ve skupině silná pozitivní podskupina, činnost jádra agresorů může bez odporu pokračovat a většinou jsou normy agresorů přijaty a stanou se nepsaným zákonem

#### 2. 4. 5 Frustrace

Pedagogický slovník definuje frustraci jako „*psychický stav, který vzniká tehdy, je-li jedinci znemožněno dosáhnout cíle, na němž mu záleží, protože se mu do cesty postaví překážka, pokud není jedinci umožněno uspokojit důležité potřeby, uspokojovat své zájmy a rozhodovat samotnému o svých záležitostech*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 1995, s. 70).

Dle Geista (2000, s. 67) je frustrace „*prožitek skutečného nebo domnělého neúspěchu, křivdy, ústrku, zmaření nějakého očekávání, snahy a z toho plynoucí neuspokojení*“.

Sillamy (2001, s. 62) popisuje frustraci jako „*stav toho, komu není dopráno náležité uspokojení, kdo je oklamán ve svých nadějích*“.

Překážky mohou být vnější (fyzická překážka, velká vzdálenost, rozhodnutí jiných lidí apod.) nebo vnitřní (plachost, úzkostnost, nedůvěra ve vlastní síly, tělesný či smyslový handicap, nemoc apod.) (Průcha, Walterová, Mareš, 1995).

Dle Heluse (1995) frustrace uspokojování důležitých potřeb a zájmů vede k zátěži: jedinec musí na své trápení stále myslet, nemůže se řádně na nic soustředit, je rozrušený. Stupňování frustrace a její dlouhodobé trvání (např. ohrožení v zaměstnání, vleklé domácí konflikty apod.) mohou posléze vyústit i ve zhroucení jedince.

Mezi charakteristické mechanismy reagování na frustraci lze zařadit:

- a) **útěk do fantazie** - snění, vymyšlení nereálného světa výmyslů, které přinášejí útěchu a zapomnění
- b) **agrese** - frustrovaní jedinci jsou spíše agresivní než frustrovaní, zejména nachází-li jejich tendence k agresi podporu v modelech a vzorech, které mohou napodobovat
- c) **apatie, resignace** - jedinec ztrácí o cokoliv zájem
- d) **regrese** - někteří lidé se pod vlivem frustrační zátěže chovají jako malé děti, jakoby se ve svém vývoji vraceli zpět
- e) **projekce** - jedinec neschopný řešit příčiny své frustrace promítá veškerou vinu a zodpovědnost do druhých
- f) **vytěsnění nebo též „potlačení“, tzv. chybný výkon aj.** - jedinec určité skutečnosti, které spojuje se svou frustrací, nápadně často zapomíná, přehledne, poplete (zapomenutí data schůzky, na které hrozilo zesílení frustrace odmítnutím, ponížením apod.) (tamtéž, 1995).



## 2. 5 Druhy agresivního chování

Existuje více rozdělení druhů agresivního chování, ale v následujících dvou kapitolách uvádíme rozdělení dle Spurného (1996) a Moyera (1968).

### 2. 5. 1 Dělení agresivního chování dle Spurného (1996)

Agresivní chování velmi pestré, od slovního „nevinného“ špičkování, přes nadávky a vyhrůžky, agresí vůči předmětům, až po fyzické násilí vůči osobám.

Může se jednat o agresí:

- **otevřenou, přímou** (tj. proti člověku, vůči kterému agresor něco má)
- **nepřímou** (proti hodnotám významným pro jedince)
- **přesunutou** (vybití si vzteku na „náhradním“ objektu)
- **invertovanou agresí** (autoagrese, jejíž extrémní formou je sebevražda) (Spurný, 1996).

Agrese se nejčastěji rozděluje na instrumentální a emocionální. Instrumentální agrese je prostředkem, jak dosáhnout vnějšího cíle. Použití instrumentální agrese je založeno na předem připraveném plánu a na úvahách o možných variantách průběhu jednání. Emocionální agrese (nebo také zlostná, hněvivá, afektivní nebo hostilní) je charakteristická přítomností silné negativní emoce, většinou hněvu, a agrese není prostředkem, ale cílem sama o sobě (Čermák, 1998).

## 2. 5. 2 Dělení agresivního chování dle Moyera

Stále živá je starší klasifikace Moyerova (in Čermák, 1998). Moyer formuloval sedm různých druhů agrese na základě odlišností v podnětových a fyziologických zdrojích. Přestože je založena na studiu chování zvířat, ukázala se být pro porozumění lidské agrese užitečnou.

- 1) **predátorská agrese** - je útočným chováním zvířete proti přirozené kořisti
- 2) **agrese mezi samci** - je vnitrodruhovou agresí sloužící k nastolení hierarchie dominantních a submisivních samců ve skupině
- 3) **agrese vyvolaná strachem** - se vyskytuje v situaci, která neumožňuje únik a která ohrožuje jedince
- 4) **dráždivá agrese** - je vyvolána různými živými nebo neživými objekty (Moyer předpokládá, že jí předchází frustrace, bolest, hlad, únava, nedostatek spánku a jiné stresory)
- 5) **mateřská agrese** - je reakcí matky v situaci ohrožení jejího mláděte
- 6) **sexuální agrese** - je vyvolána stejnými podněty, které jsou příčinou sexuálních reakcí
- 7) **agrese jako obrana teritoria** - se objevuje jako reakce na narušení již vymezeného území (Čermák, 1998).

### 3 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A PSYCHICKÉ PORUCHY

Následující kapitolu a podkapitoly, které se týkají problémového chování u lidí s mentální retardací a psychických poruch, čerpáme z publikace od Čadilové, Jůna, Thorové a kolektivu z roku 2007.

Mentální retardace není duševní (psychickou, mentální) nemocí, nýbrž komplexní vrozenou vývojovou poruchou rozumových schopností. U člověka s mentální retardací se však mohou vyskytnout všechny typy psychických poruch, s nimiž se setkáváme i u lidí bez mentální retardace. Riziko výskytu psychických poruch či onemocnění u lidí s mentální retardací je 3-4krát vyšší než u populace bez mentální retardace. Na zvýšení tohoto rizika se podílejí nejen biologické faktory (např. genetická predispozice, poškození mozku, smyslové či fyzické postižení), ale hlavně sociálněpsychologické faktory prostředí, v němž dotyčný člověk žije (Čadilová, Jůn, Thorová a kolektiv, 2007).

Životy lidí s mentální retardací jsou napěchovány závažnými stresujícími událostmi. Čadilová, Jůn, Thorová a kol. (2007) se zmiňují o tom, že častými stresujícími událostmi jsou:

- necitlivé separace od blízkých osob;
- ztráty důležitých vazeb;
- omezování či odpírání základních lidských práv (např. nemožnost připravit si jídlo nebo pití podle vlastní potřeby či opustit prostor);
- nedostatek soukromí;
- stěhování
- neustálé změny životních zvyklostí a podmínek;
- nedostatek přátel;
- negativní interakce a konflikty se sociálním okolím;
- traumatizující zkušenosti se zneužíváním a týráním (u vysokého procenta lidí s mentální retardací) apod.

Psychické poruchy u lidí s mentální retardací nejsou snadno rozpoznatelné. V některých případech může docházet k diagnostickým

omylům, protože přesná diagnostika poruchy je komplikovaná tím, že se psychiatr při vyšetření opírá z velké části o schopnost introspekce (sebepozorování) a subjektivní výpovědi pacientů, tedy vyžaduje, aby pacient popsal svůj vnitřní stav. Lidé s mentální retardací však mají omezené dovednosti kognitivní, verbální a komunikační. Správná diagnostika psychické poruchy je obtížná také proto, že někdy nelze rozlišit, zda prezentovaný symptom odráží stupeň vývojového opoždění, organické poškození mozku spojené s retardací, působení nevhodného prostředí, anebo ukazuje na přítomnost psychické poruchy. Příkladem takového atypického symptomu běžných psychických poruch může být právě přítomnost problematického chování - agresivní projevy vůči druhým lidem, autoagresivní chování, ničení věcí, odmítání požadavků apod. (tamtéž, 2007).

Při hledání vysvětlení příčin agresivního či jinak problematického chování se chybně domníváme, že se klient chová přirozeně agresivně proto, že má mentální retardaci. Proto je vždy nezbytné prozkoumat, zda se za problematickým chováním neskrývají:

- somatické zdravotní problémy klienta;
- vedlejší účinky předepsaných léků;
- dysfunkčnost prostředí, v němž dochází k deprivaci některých základních životních potřeb klienta;
- neschopnost klienta komunikovat své potřeby společensky přijatelnými způsoby;
- symptom konkrétní psychické poruchy (tamtéž, 2007).

Dle autorů Čadilové, Jůna, Thorové a kolektiv (2007) se může psychická porucha u lidí s mentální retardací projevovat kromě klasických příznaků dané poruchy také atypickými syndromy, jako je právě agresivní či autoagresivní chování (např. sebepoškozování). V případě, že klient neumí komunikovat své depresivní prožívání a nutíme ho k aktivitě (i takové, kterou před nástupem deprese dělal rád), můžeme tím u něj vyprovokovat agresivní chování, kterým ukončí nepříjemně prožívanou situaci. Proto klienta k aktivitě nutit přestaneme.

Nejčastější typy poruch, které mohou podmiňovat problematické chování typu agrese, autoagrese, odmítání požadavků apod., jsou:

- afektivní,
- schizofrenní,
- neurotické a stresem vyvolané,
- vyvolané požíváním alkoholu,
- demence,
- poruchy osobnosti (tamtéž, 2007).

### 3. 1 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy lze nazvat také jako poruchy nálady, které se projevují změněnou náladou, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické (tělesné) funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy, což jsou poruchy přizpůsobení a také sociální selhávání. Poruchy nálady se objevují jako součást většiny duševních i somatických onemocnění (Dostupné na: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Afektivn%C3%AD\\_poruchy](http://cs.wikipedia.org/wiki/Afektivn%C3%AD_poruchy)).

Mezi afektivní poruchy se řadí depresivní porucha, hypománie a mánie a bipolární afektivní porucha (Čadilová, Jůn, Thorová a kolektiv, 2007).

**a) depresivní porucha** - u osob s mentální retardací se objevuje poměrně často, bývá nastartována událostmi, které představují důležitou životní ztrátu pro daného jedince. Dle MKN-10. revize (1992) můžeme mezi symptomy u lehčích forem mentální retardace zařadit smutnou náladu, ztrátu zájmu o běžné aktivity, pasivitu, izolování se, omezení komunikace, negativní sebehodnocení, pesimistické myšlenky o budoucnosti, pocity viny, vyčerpanost, ztrátu energie, váhové změny, poruchu spánku apod. U osob s těžšími formami mentální retardace se při depresi vyskytují

atypické projevy, jako jsou např. podrážděnost, agresivní chování, křik nebo nespavost (tamtéž, 2007).

**b) hypománie a mánie** - stavy hypománie jsou podle MKN-10. revize (1992) charakterizovány povznesenou náladou, zvýšenou tělesnou i duševní aktivitou, která přetrvává alespoň několik dní. U stavů mánie intenzita těchto symptomů ještě narůstá, dochází ke ztrátě běžných sociálních zábran, jedinec má nadnesené sebevědomí, zvýšeně podrážděnou a podezřívavou náladu apod. U osob s mentální retardací bývá nálada spíše podrážděná. Tento stav u nich bývá spojený právě s agresivním a destruktivním chováním, sexuální dezinhibovaností (nekontrolovatelností) a hyperaktivitou (tamtéž, 2007).

**c) bipolární afektivní porucha** - je charakterizována opakovanými epizodami mánie nebo hypománie, které se střídají epizodami deprese. U lidí s mentální retardací také dochází k cyklickému (opakujícímu se) chování, které se pojí se změnami nálady (tamtéž, 2007).

### **3. 2 Schizofrenie a schizofrenní poruchy**

Schizofrenie patří mezi nejrozšířenější duševní nemoci. Její jméno pochází z řečtiny a znamená „rozštěpení mysli“. Tím označením je vystižen způsob myšlení, jak se jeví v rozvinuté formě nemoci. Nemoc začíná obvykle v mladém věku, mezi 16. a 35. rokem. Nemoc se projevuje obvykle tak, že člověk dosud zdravý nebo člověk, který měl některé psychopatické rysy (jako samotářství, zamlklost či výbušnost apod.), se náhle pronikavě změní ve svém myšlení a ve vztahu k svému okolí, bez pochopitelných zevních důvodů a podnětů (Prokůpek, 1974).

Schizofrenie je relativně časté onemocnění ze skupiny endogenních psychóz s převahou poruch emotivity, myšlení, jednání a osobnosti (Dobiáš, 1984).

Podle KN-10. revize (1992) jsou tyto poruchy obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení, vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená (může se projevit např. formou nepřiměřeného

smíchu) nebo oploštělá. Mohou se rozvinout bludné interpretace, často paranoidní nebo velikášské, objevují se halucinace sluchové, vizuální. V akutním stádiu schizofrenie u lidí s mentální retardací se často objevují různá bizarní (výstřední) chování, výrazná agitovanost, agresivní jednání, autoagresivní chování. Tyto projevy bývají ovlivněny bludy a halucinacemi (tamtéž, 2007).

Schizofrenii lze rozdělit do čtyř forem:

**1) hebefrenní (dezorganizovaná) schizofrenie** - se projevuje v období dospívání a mezi hlavní příznaky lze zařadit nevhodné, necitlivé chování vůči svému okolí, chorobnou náladovost, nelogickou řeč a taktéž bývá velmi často poškozena utvářející se osobnost

**2) katatonní schizofrenie** - je poměrně vzácná forma, při které bývá postižená celá osobnost, postižený může zaujímat nezvyklé, až krkolomné polohy, ve kterých je schopen zůstat bez hnutí i několik hodin až dní a mezi velmi časté příznaky patří mutismus a negativismus

**3) paranoidní schizofrenie** - je nejznámější a nečastější schizofrenní porucha, při které postižený trpí bludy, pocity, že je neustále pronásledován, je nesmírně vztahovačný a má tendenci zveličovat nepodstatné projevy svého okolí a považovat je za hrozbu pro svoji vlastní osobu

**4) simplexní schizofrenie** - je nejvzácnějším typem schizofrenie, která je charakterizována především postupným uzavíráním se do sebe, desocializací, ztrátou hygienických návyků, bezúčelným potulováním se po okolí a degenerativním úpadkem mysli a tato forma schizofrenie má velmi často sebevražedné vyústění (Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie>)

### **3. 3 Neurotické a stresem vyvolané poruchy**

Podle autorů Čadilové, Jůna, Thorové a kolektivu (2007) bývají neurotické a stresem vyvolané poruchy opomíjeny a nejsou diagnostikovány zvláště u lidí s těžšími formami mentální retardace. Řadíme mezi ně

generalizovanou úzkostnou poruchu, fobické poruchy, panickou poruchu, obsedantně-kompulzivní poruchu, posttraumatickou poruchu a poruchy přizpůsobení.

**a) generalizovaná úzkostná porucha** - se vyskytuje u lidí s mentální retardací často. V obrazu poruchy převládá napětí, podrážděnost, úzkostné obavy, že se něco hrozného stane, vegetativní symptomy, jako je třes, bušení srdce, potíže s trávením a usínáním. Tento stav zvýšené emoční nepohody, tísně, může vytvořit podmínky, za kterých se snáze vyprovokuje agresivní chování v situacích, které jinak klient zvládá bez problematických projevů

**b) fobické poruchy** - jsou naučené iracionální strachy z nejrůznějších situací a objektů, jako např. ze zvířat, vody, výšky, uzavřených prostor či schodů. Agresivní chování se může vyskytnout jako součást aktivovaného obranného mechanismu útok-útek, zvláště když budeme klienta nutit ke vstupu do obávané situace anebo do kontaktu s obávaným objektem

**c) panická porucha** - u této poruchy se vyskytují ataky masivní úzkosti, které se nedají předvídat. Klienti prožívají při atace paniky vzrůstající strach a zvyšující se intenzitu vegetativních symptomů. Agresivní chování se může opět objevit, když např. budeme klientovi v průběhu ataky úzkosti bránit v únikové reakci

**d) obsedantně-kompulzivní porucha** - je charakterizována opakovaně se vyskytujícími nesmyslnými a nepřijatelnými obsedantními myšlenkami, které se člověku znovu a znovu vtírají do mysli, ale člověk se je snaží bezúspěšně potlačit, protože v něm vyvolávají tíseň. U lidí s mentální retardací se tato porucha vyskytuje častěji ve formě kompulzivního chování. Autoagresivní chování může být vyprovokováno sekundárně poté, co je klientovi zabráněno v provádění kompulzivního rituálu

**e) posttraumatická porucha** - se objevuje jako opožděná odezva na prožité traumatizující události. Objevují se symptomy jako intenzivní znovuprožívání události ve vzpomínkách, snech, vyhýbání se situacím připomínajícím traumatickou událost, dráždivost, výbuchy zlosti vyprovokované maličkostmi apod. Lidé s mentální retardací prožívají ve svých životech traumata ve zvýšené míře. Klienti bez funkční komunikace



se často stávají obětí zneužívání či týrání a posttraumatická porucha se u nich může projevovat rušivým chováním, agitovaností, autoagresí či nespavostí

*f) poruchy přizpůsobení* - jsou časté, protože lidé s mentální retardací bývají ve zvýšené míře vystaveni různým změnám, jako je např. stěhování, změny životních zvyklostí a podmínek apod. Tyto poruchy se kromě běžných symptomů mohou opět projevovat také agitovaností, nespavostí či agresivním chováním

### **3. 4 Poruchy vyvolané požíváním alkoholu či jiných psychoaktivních látek**

Výskyt zneužívání alkoholu a psychoaktivních látek u osob s mentální retardací je nižší než u neretardované populace. Větší příležitost ke zneužívání těchto látek mají lidé s lehčí formou mentální retardace, u nichž je potom zvýšené riziko zhoršení již existujících kognitivních deficitů a dalších zdravotních problémů, jako je např. epilepsie. Akutní intoxikace může vést k agitovanosti či agresi (tamtéž, 2007).

### **3. 5 Demence**

Demence přináší postupné zhoršování vyšších kognitivních schopností, jako jsou změny v paměti, zhoršuje se učení novým věcem, orientace, porozumění a plánování, usuzování apod. U lidí s mentální retardací se demence obtížně rozpoznává z toho důvodu, že jejich kognitivní funkce byly už předtím do určité míry narušené. U lidí s těžší formou mentální retardace je zhoršování vyšších kognitivních schopností ještě výraznější, např. člověk, který byl schopen se najíst sám, tuto dovednost postupně ztratil (tamtéž, 2007).

### 3. 6 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jsou charakterizovány podle MKN-10. revize (1992) jako hluboce zakořeněné přetrvávající narušené vzorce chování. Představují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk vnímá, myslí, cítí a utváří vztahy k druhým. Jsou to vývojové stavy, které se objevují v dětství nebo dospívání a pokračují až do dospělosti. Na etiologii těchto poruch se mohou podílet negativní zkušenosti jedince v dětství, jako jsou např.:

- zanedbávání základních potřeb dítěte;
- chlad, nezájem a odmítání jedince důležitými osobami;
- nadměrná kontrola dítěte;
- nadměrné trestání;
- negativní hodnocení, podceňování a výsměch;
- týrání a zneužívání (tamtéž, 2007).

U osob s lehčí formou mentální retardace můžeme nalézt závislé, vyhýbavé, paranoidní anebo hraniční projevy poruch osobnosti, u osob s těžkou mentální retardací se poruchy osobnosti mohou projevit právě různými formami problematického chování (tamtéž, 2007).

#### 4 HRY PRO ZVLÁDÁNÍ AGRESIVITY A NEKLIDU

Učitelé mnoha škol, počínaje už mateřskou školou, se setkávají s nárůstem neklidu a agresivity u dětí různého věku. Vnitřní neklid se projevuje navenek stereotypními úkony a tiky v situacích, kdy dotyčný pociťuje úzkost, nespokojenost. Násilnému jednání předchází symbolická agrese - vyhrůžky, nadávání, demonstrace odvahy. Agresivita, sklon k útočnému jednání vůči věcem, zvířatům a lidem, většinou souvisí s vnitřní nepohodou, s rozpory mezi prožíváním a jednáním (Šimanovský, 2002).

Jednou z možných příčin agrese je neuspokojení hlavních potřeb (frustrace). Podle teorie A. Maslowa (in Nakonečný, 1998) se jedná o tyto potřeby:

- základní, fyziologické, pití, jídlo, teplo, sex,
- bezpečí: pocit životní jistoty,
- lásky a náležitosti: touha být milován a někam patřit, být společensky začleněn,
- uznání a úcty, respektu, důvěry a kompetence,
- sebeaktualizace: potřeba být sám sebou a osobnostně růst.
- Někdy se uvádí i potřeba estetických vjemů, tedy touha vnímat krásu a harmonii (jako odraz harmonie vesmíru)

Dle Portmannové (1996) se můžeme setkat s tím, že se často nevyužívá pedagogických možností a nedbá se o citovou výchovu. Nenacvičují se dovednosti, které by děti a mládež měly získat, aby se naučily ovládat agresivní impulsy a aby si osvojily a udržely uspokojivé vztahy k druhým.

Dětem a mládeži se většinou pouze radí, že se „mají snášet“. Pedagogická činnost je spíše zaměřená na vyhnutí se konfliktům než o vážné řešení problémů. Konflikty se zpracovávají převážně konvenčním způsobem, a to hledání „viníka“ a napomínáním. Okolní svět může na agresivní chování reagovat trestem, odplatou a sociálním odmítnutím, což může být u agresivně jednajících jednotlivců pociťováno jako další

ohrožení a nevede ke snížení hladiny zloby a agresivity, ale rozpoutává nové agrese (tamtéž, 1996).

Šimanovský (2002) popisuje také úskalí u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Děti s různými vadami a poruchami chování častěji překračují hranice vztahů a obecně přijaté normy chování. Můžeme se u nich setkat s nadměrnou aktivitou či silně utlumenými projevy. Je vždy otázkou, do jaké míry může dítě takové chování a své reakce vědomě kontrolovat a ovládat. U mentálně postižených dětí uplatníme více aktivity preferující mimoslovní projevy, tedy také hry s rytmem a hudbou.

#### **4. 1 Rozehřívací, aktivizační hry**

Jednou ze základních potřeb dětí je každodenní potřeba pohybu. Čím mají děti víc příležitostí k odreagování a ke smysluplnému pohybu, tím méně agrese u nich vnímáme. Do školy pohyb a interakční hry patří, proto je povinností všech, kdo s dětmi pracují, vyjít vstříc velké potřebě pohybu dětí. Často stačí jen pár minut her a pohybu, děti se odreagují, uklidní a mohou se daleko lépe soustředit (Šimanovský, 2002).

##### **4. 1. 1 Zrcadlová síň**

**Cíl:** koheze (soudržnost) skupiny, rozvoj rytmu a neverbálních projevů emocí

**Pomůcky:** -

Hráči v kruhu spontánně improvizují pohybem v rytmu hudby. Jeden z nich tančí uprostřed a ostatní v kruhu opakují jeho pohyby. Pak vyzve jiného hráče a ten ho během tance vystřídá. Kruh zrcadlí zase pohyby dalšího. V roli originálu se vystřídají postupně všichni. Hráči mohou také tancem postupně vyjádřit základní emoce: strach, hněv, radost, odpor, smutek nebo lásku. Po hře mluvíme o tom, jak se emoce u člověka střídají a jak se projevují v jeho chování, v gestech a pohybech (tamtéž, 2002).

## **4. 2 Rozehřívací hry s umělým konfliktem**

Přirozené sebekázní a zacházení s vlastní agresivitou dětí nejlépe naučí hra. Situace, v nich je obsažen umělý konflikt, umožňují dětem bezpečně, bez rizika experimentovat s vlastním chováním a objevovat způsoby ovládaného smysluplného jednání, které lze použít při skutečných konfliktech v životě (tamtéž, 2002).

### **4. 2. 1 Greenpeace**

**Cíl:** odreagování, postřeh, bojovnost

**Pomůcky:** dvacet archů novin (nebo pěnových míčků)

Hra je určená pro menší děti. Kruh ze židlí představuje jezero. Hráči se rozdělí do dvou skupin. Jedna jsou členové ekologického hnutí (Greenpeace) a vstoupí do jezera. Druhá jsou turisté. Dostanou určitý počet „odpadků“ (lehkých, aby neporanily, např. dvacet listů z novin). Po zahájení hry začnou „turisté“ házet odpadky do jezera. Členové Greenpeace je hned nato naopak vyhazují ven. Hráči obou stran smějí házet jedním hodem vždy jen jeden kus. Vedoucí hry boj po dvou minutách zastaví a sečte, kolik odpadků leží v jezeře a na břehu. Skupiny si pak vymění role. Vyhrává ta, která měla v jezeře méně odpadků. Po hře mluvíme o tom, čím a jak se znečišťují řeky, moře a jezera a co by se proti tomu dalo dělat; hovoříme s dětmi také o pojmu Greenpeace (tamtéž, 2002).

### **4. 3 Taktilní hry**

Hry spojené s různými formami přátelského, společensky přijatelného doteku mají v oblibě všechny věkové kategorie, od předškoláků až po dospělé. Taktilní hry odstraňují nadměrný ostych a úzkost spojované s dotekem a strach z intimity. Přispívají k dobrým vztahům ve skupině a k dobrému vztahu dětí k vlastnímu tělu. Jelikož se jedná převážně

o dotykové hry, tak do taktilních her nikdy nikoho nenutíme (tamtéž, 2002).

#### **4. 3. 1 Magnetická podlaha**

**Cíl:** pohybová spontaneita, kontakt, odreagování

**Pomůcky:** -

Hráči improvizovaně tančí v prostoru. Na smluvený signál (gong, tlesknutí) se stává podlaha „magnetickou“, připoutá chodidla a hráči tančí dál jenom na místě, rukama a horní částí těla. Nohy nelze odlepit od země. Na další signál se magnet „vypne“, nohy se uvolní a všichni tančí normálně (tamtéž, 2002).

#### **4. 4 Modelové hry**

V modelových hrách hráči vstupují do umělých situací a rolí vědomě a záměrně. Získávají přitom cenné poznatky o lidech, o sobě samých, učí se rozeznávat upřímnost od falše. Umělé, respektive hrané vztahy a emoce jim zde slouží k nácviku vhodného, efektivního jednání pro skutečný život. Modelové hry jim umožňují zažít, jak vzniká a jak se rozvíjí konflikt mezi lidmi různého typu a jak mu lze předejít. Cílem modelových her je kultivovat (pěstovat) přirozené chování dětí (tamtéž, 2002).

##### **4. 4. 1 Mám rád, nemám rád**

**Cíl:** otevřené sdělení emocí, vzájemné poznání, sebepoznání

**Pomůcky:** -

Jasně vyjádření nebo pojmenování pravých pocitů přináší úlevu, někdy také lepší náhled na situaci. Je i pro druhé jasnou informací, co si

dotyčný přeje a co nechce. Opakováním hry vzniká dobrý návyk. Hráči po kruhu doplňují, každý podle svého, konec následujících vět:

- Mám rád... (řízek, jaro, Elišku)
- Nemám rád... (myši, bouřku, matematiku)

Mohou po kruhu doplňovat také střídavě:

- Líbí se mi, když... Nelíbí se mi, když...

Sklony hráčů projevené názory vždy hned rozvíjet a mluvit o každé doplněné větě je třeba mírnit, jinak hra ztrácí na tempu. Někdy je však dobré se u překvapivého sdělení zastavit. Celou hru uzavřeme pokaždé pozitivně, hráči např. doplňují větu:

- Těším se na... (víkend, Vánoce, malého bratrance) (tamtéž, 2002).

#### **4. 5 Hry na zklidnění**

Spontaneita hráčů je v těchto hrách trochu zmírněna potřebou zapojit pozornost věcně uvažování, vybavovat si znalosti a vědomosti, využívat celou slovní zásobu. Hry na zklidnění lze použít ve škole, ve výuce, ve školní družině, v mateřské škole i mimo školu, potřebujeme-li skupinu uklidnit, aby se soustředila. Relaxace patří mezi nejúčinnější způsoby, jak uklidnit, soustředit pozornost a duševně i fyzicky osvěžit. Vhodné je i užití hudby (tamtéž, 2002).

##### **4. 5. 1 Lesní studánka - relaxační cvičení**

**Cíl:** oddech, relaxace, imaginace

**Pomůcky:** -

Hráči se vestoje zvolna protáhnou, pohodlně si sednou a zavřou oči. Vedoucí hry (učitel) jim potom klidným hlasem vypráví (a každý si představuje): „Jste v lese, na horách, nad vámi se kývají koruny borovic, voní jehličí a mech mezi kmeny má krásnou sytě zelenou barvu. Mohutné koruny stromů vrhají chladný, osvěžující stín. Představte si, že jdete

bosýma nohama po hebkém, chladiivém mechu a přichází ke kameni, pod nímž vyvěrá pramínek vody. Okolo něj se leskne studánka. Pomalu k ní přicházíte, tráva studí do chodidel a voda je chladná. Leskne se v ní modrá obloha. Zkoušíte vodu ochutnat, umýváte si v ní čelo, spánky a voda příjemné chladí. Zkoušíte to znovu a několikrát po sobě... Vaše tvář je osvěžená,“ uzavírá vedoucí celé vyprávění, „a cítíte se dobře, odpočatě a příjemně!“ (tamtéž, 2002).



# PRAKTICKÁ ČÁST - VLASTNÍ ŠETŘENÍ

## 5 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA ŠETŘENÍ

### 5. 1 Cíle šetření

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda se u dětí s mentálním postižením objevuje agrese, agresivita či agresivní projevy.

Autorka zjišťovala, zda se dotazovaní respondenti již setkali s pojmy agrese, agresivita či a agresivní projevy, kdo a jakým způsobem tuto problematiku řešil, zda učitelé využívají možnosti spolupráce se speciálně pedagogickými centry, pedagogicko-psychologickými poradnami nebo jinými příslušnými institucemi či odborníky. Výzkum byl dále zaměřen na to, zda jsou pedagogové dostatečně informováni o zmíněné problematice, v případě nedostatečné informovanosti, jak nebo čím by ji bylo možné doplnit či získat. Autorka dále zjišťuje, zda se pedagogové setkali s nějakými publikacemi, ve kterých se hovoří o problematice agresivity, případně z jakých zdrojů sami pedagogové čerpají, aby si rozšířili své znalosti o problematice agrese, agresivity či agresivních projevů.

### 5. 2 Metoda šetření

Pro následující šetření byla použita dotazníková metoda, která byla rozdána mezi pedagogy speciálních mateřských škol. Pedagogové byli zároveň upozorněni na to, že dotazník je zcela anonymní a že výsledky dotazníkové metody nebudou zveřejněny, ale budou použity pouze pro účely této bakalářské práce. V dotazníkové metodě bylo pomocí otevřených a uzavřených otázek položeno 13 otázek. Vyhodnocení odpovědí bylo zaznamenáno do tabulek a grafů a každá otázka v dotazníku byla ukončena shrnutím. Dotazník je přiložen jako příloha č. 1.

### **5. 3 Vzorek šetření**

Šetření bylo prováděno převážně v okolí mého bydliště v okrese Šumperk a bylo určeno pro pedagogické pracovníky. Byly osloveny speciální mateřské školy, které mají za úkol výuku mimo jiné i dětí s mentálním postižením. Bylo rozesláno celkem 30 dotazníků, přičemž návratnost činila 23 dotazníků. Z důvodu, že byl tento výzkum anonymní, dále neuvádíme přesnější informace o zúčastněných.

### **5. 4 Stanovení výzkumných předpokladů**

H1: Více jako polovina pedagogů se s agresí či agresivitou u svých dětí v mateřské škole setkala.

H2: Všichni pedagogové se setkali s projevy agrese či agresivity u mentálně postižených dětí.

H3: Při řešení agrese či agresivity mateřské školy spolupracují s dalšími odborníky.

## 6 DOTAZNÍK PRO PEDAGOGY

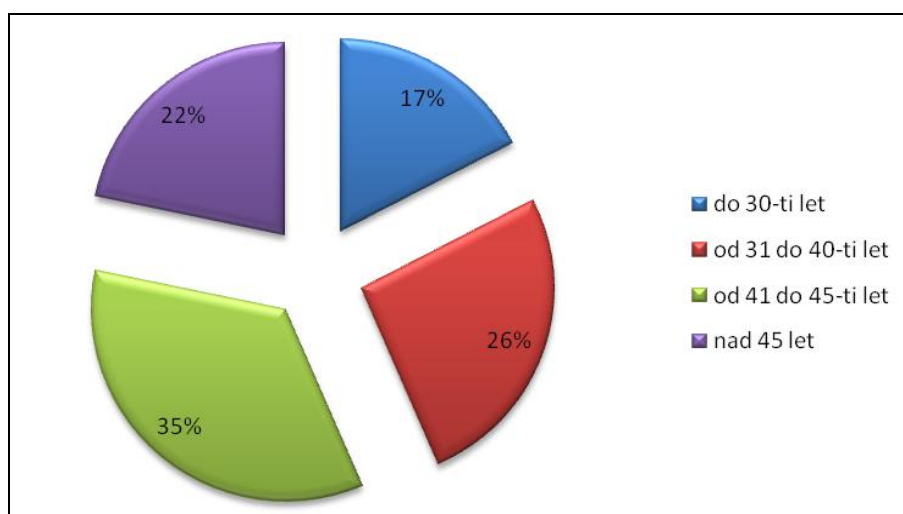
### Otázka č. 1: Pohybujete se ve věkové skupině

Smyslem první otázky dotazníku bylo zjistit, jaký je věk pedagogů.

Tabulka č. 1: Věková skupina

Věková skupina	Počet	Počet v %
do 30-ti let	4	17%
od 31 do 40-ti let	6	26%
od 41 do 45-ti let	8	35%
nad 45 let	5	22%
celkem	23	100%

Graf č. 1: Věková skupina



### Shrnutí:

Ze zjištěných údajů vyplývá, že nejvíce oslovených pedagogů se pohybuje mezi 41 - 45-ti lety, jelikož na tuto možnost odpovědělo 8 respondentů (35%). Jen o něco méně, a to 6 respondentů (26%), odpovědělo na další skupinu z možných odpovědí, a to tak, že se pohybují ve věku od 31 do 40-ti let. Ve skupině nad 45 let odpovědělo celkem 5 respondentů (22%) a na skupinu do 30-ti let odpověděli 4 pedagogové (17%).

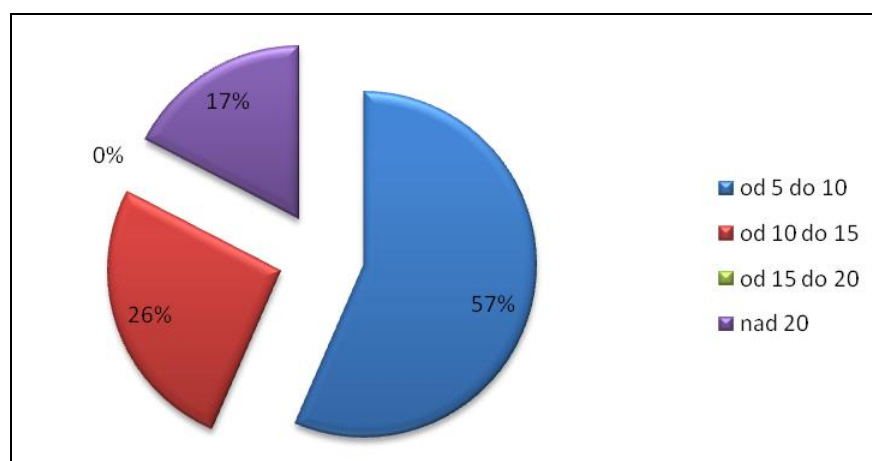
## Otázka č. 2: Kolik dětí máte ve třídě?

Cílem druhé otázky bylo zjistit, kolik dětí ve třídě má každý pedagog.

Tabulka č. 2: Počet dětí ve třídě

Počet dětí ve třídě	Počet	Počet v %
od 5 do 10	13	57%
od 10 do 15	6	26%
od 15 do 20	0	0%
nad 20	4	17%
celkem	23	100%

Graf č. 2: Počet dětí ve třídě



### Shrnutí:

Jak lze předpokládat, na otázku, kolik mají pedagogové dětí ve třídě, odpovědělo nejvíce respondentů první možností, a to 5 - 10 dětí (57%). Druhou nejvíce vybíranou odpovědí byla možnost od 10 do 15 dětí, kterou vybralo celkem 6 pedagogů (26%). Možnost nad 20 dětí vybrali 4 respondenti (17%). Dle zjištěných údajů, žádný z oslovených pedagogů nepracuje se skupinou od 15 do 20 dětí (0%). Dle našeho názoru je menší počet dětí ve třídě přínosný, jelikož se pedagogové mohou více věnovat potřebám a výchově dětí.

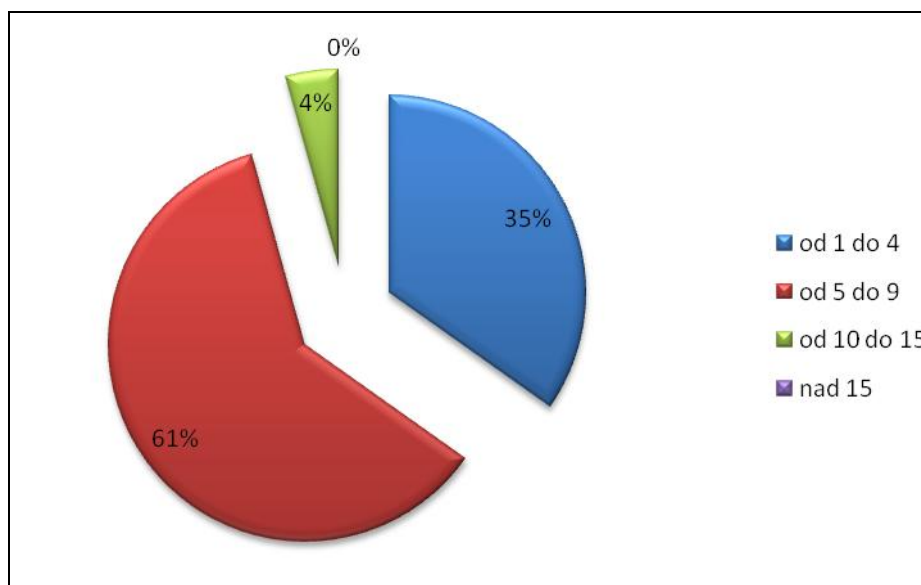
**Otázka č. 3: Kolik dětí, z toho počtu ve třídě, je se mentálním postižením?**

Jelikož byly dotazníky posílány do speciálních mateřských škol, které se nesoustředí pouze na výchovu mentálně postižených dětí, sloužila tato otázka k tomu, abychom zjistili, s kolika dětmi s mentálním postižením pedagogové pracují.

Tabulka č. 3: Počet žáků s mentálním postižením ve třídě

Počet žáků s mentálním postižením ve třídě	Počet	Počet v %
od 1 do 4	8	35%
od 5 do 9	14	61%
od 10 do 15	1	4%
nad 15	0	0%
celkem	23	100%

Graf č. 3: Počet žáků s mentálním postižením ve třídě



**Shrnutí:**

Děti s postižením potřebují mnohem více individuální péče, kterou by si pedagogové v běžných třídách, s větším počtem žáků, nemohli tolik

dovolit. Proto se dalo předpokládat, že nejvíce pedagogů má ve třídě od 5 do 9 dětí (61%), kterou označilo 14 respondentů, jelikož se sníženým počtem žáků ve třídě se lze dětem více věnovat. Ve třídách bývá většinou více jak 5 dětí, ale v rámci dotazníkového šetření se také můžeme setkat s druhou nejvíce vybíranou možností, a to možností od 1 do 4 dětí (35%), kterou si vybralo 8 pedagogů. Možnost od 10 do 15 dětí označil pouze 1 z oslovených pedagogů (4%) a poslední možnost nad 15 dětí, neoznačil z žádných respondentů (0%).

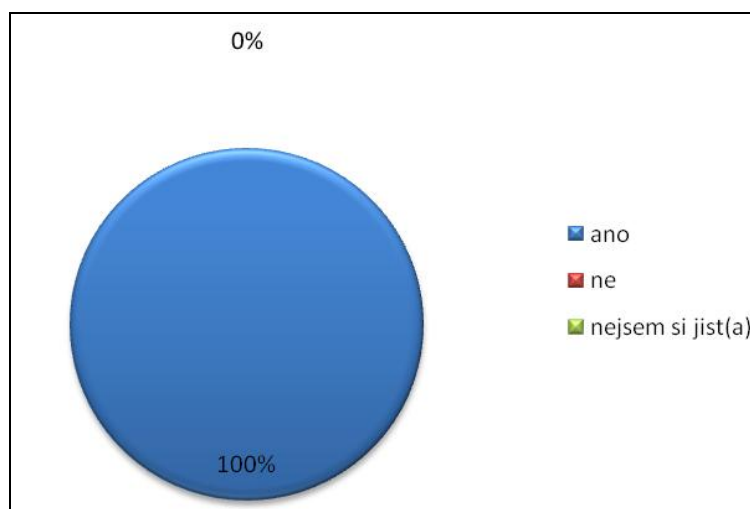
#### **Otázka č. 4: Setkal(a) jste se s pojmem agrese či agresivita?**

Cílem čtvrté otázky bylo zjistit, zda se pedagogové setkali s pojmem agrese či agresivita. Součástí této otázky je také objasnění pojmů agrese a agresivita, aby pedagogové věděli, co si přesně pod těmito pojmy představit.

Tabulka č. 4: Setkání s pojmem agresivita

<b>Setkání s pojmem agresivita</b>	<b>Počet</b>	<b>Počet v %</b>
ano	23	100%
ne	0	0%
nejsem si jist(a)	0	0%
celkem	23	100%

Graf č. 4: Setkání s pojmem agresivita



**Shrnutí:**

Pojmy agrese a agresivita jsou poměrně aktuální problematikou, proto na tuto otázku, zda se pedagogové již setkali s pojmy agrese a agresivita, odpovědělo jednoznačně 23 respondentů (100%), a to odpovědí a) ano. Zbylé odpovědi b) ne a c) nejsem si jist(a) neoznačil z žádných oslovených respondentů (0%).

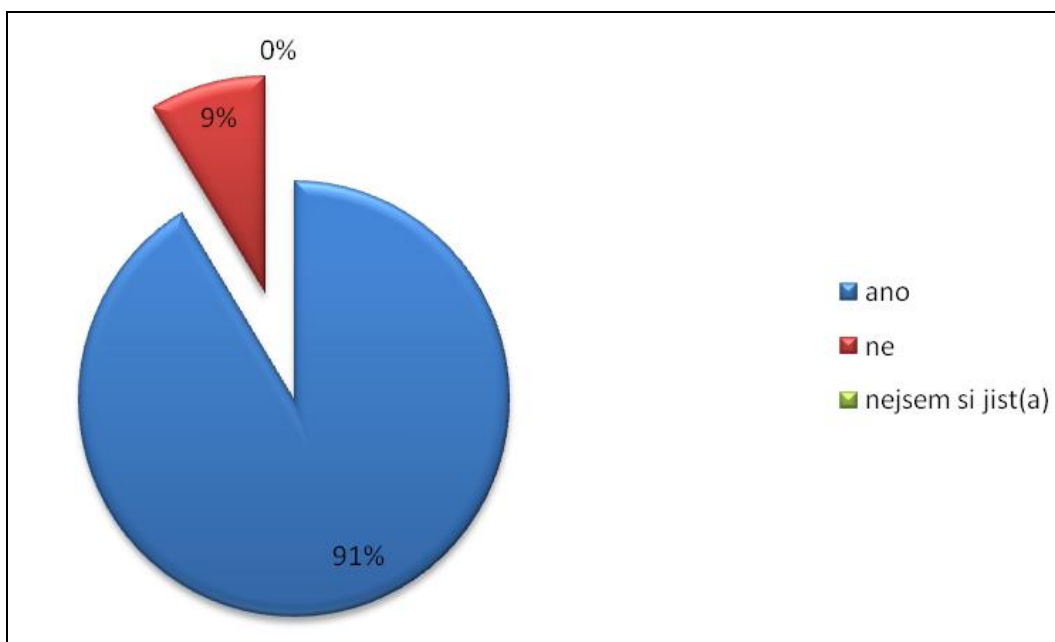
**Otázka č. 5: Setkal(a) jste se ve Vaší třídě (mateřské škole) s mentálně postiženým dítětem, které se chovalo agresivně?**

Zda se pedagogové ve své třídě nebo mateřské škole setkali s agresivitou u mentálně postižených dětí bylo pátou otázkou v dotazníku.

Tabulka č. 5: Setkal(a) jste se ve Vaší třídě (mateřské škole) s mentálně postiženým dítětem, které se chovalo agresivně?

<b>Setkal(a) jste se ve Vaší třídě (mateřské škole) s mentálním postiženým dítětem, které se chovalo agresivně?</b>	<b>Počet</b>	<b>Počet v %</b>
ano	21	91%
ne	2	9%
nejsem si jist(a)	0	0%
celkem	23	100%

Graf č. 5: Setkal(a) jste se ve Vaší třídě (mateřské škole) s mentálně postiženým dítětem, které se chovalo agresivně?



#### **Shrnutí:**

Jelikož se agresivita u dětí s mentálním postižením objevuje poměrně často, na tuto otázku odpovědělo a) ano celkem 21 oslovených pedagogů (91%) a pouze 2 pedagogové (9%) odpověděli b) ne. Na položku c) nejsem si jist(a) neodpověděl žádný respondent.

#### **Otázka č. 6: Pokud ano, jaké konkrétní projevy agrese či agresivity se u mentálně postižených dětí objevily?**

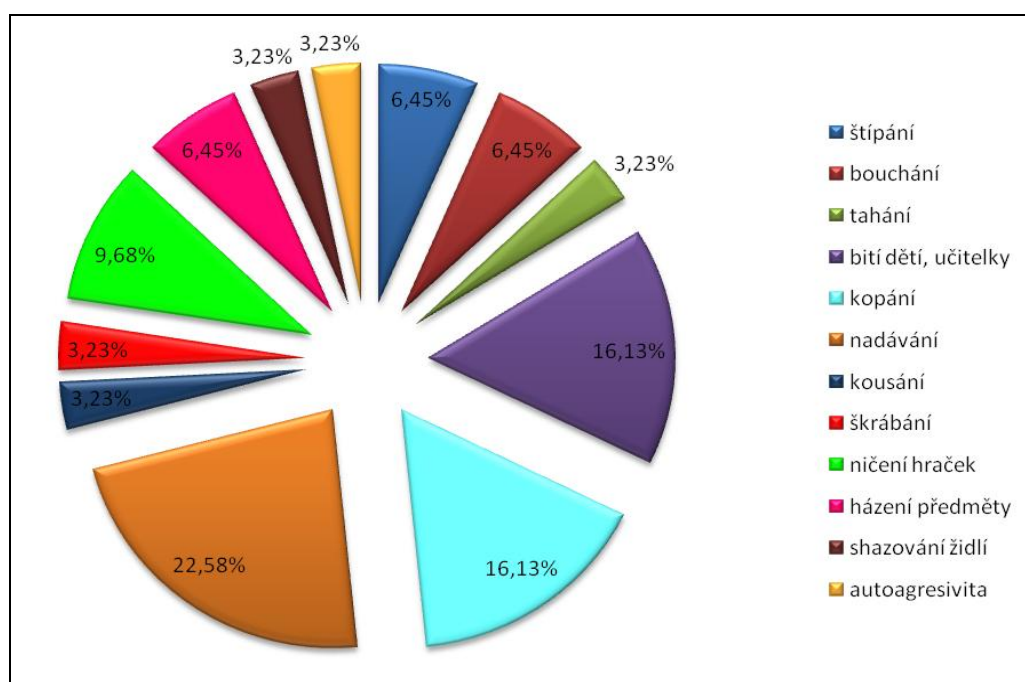
Otázkou číslo šest se pokoušíme zjistit, jakým způsobem se u mentálně postižených dětí agrese či agresivita projevovала.



Tabulka č. 6: Pokud ano, jaké konkrétní projevy agrese či agresivity se u mentálně postižených dětí objevily?

Pokud ano, jaké konkrétní projevy agrese či agresivity se u mentálně postižených dětí objevily?	Počet	Počet v %
štípání	2	6,45%
bouchání	2	6,45%
tahání	1	3,23%
bití dětí, učitelky	5	16,13%
kopání	5	16,13%
nadávání	7	22,58%
kousání	1	3,23%
škrábání	1	3,23%
ničení hraček	3	9,68%
házení předměty	2	6,45%
shazování židlí	1	3,23%
autoagresivita	1	3,23%

Graf č. 6: Pokud ano, jaké konkrétní projevy agrese či agresivity se u mentálně postižených dětí objevily?



### **Shrnutí:**

V šesté otázce měli respondenti možnost odpovídat volnou odpovědí, tudíž jsme odpovědi zaznamenali více. Nejvíce respondentů, a to celkem 7, se shodlo na odpovědi - nadávání (22,58%). Další dvě nejčastější odpovědi, a to bití dětí či učitelky a kopání, se shodovaly, přičemž na ně odpovědělo po 5-ti respondentech (16,13%). Tři pedagogové zvolili za nejčastější projev agrese ničení hraček (9,68%). Možnosti házení předměty, štípání a bouchání označili 2 pedagogové (6,45%). Zbylé možnosti, jako je tahání, autoagresivita, shazování židlí, škrábání a kousání uvedlo po 1 pedagogovi (3,23%).

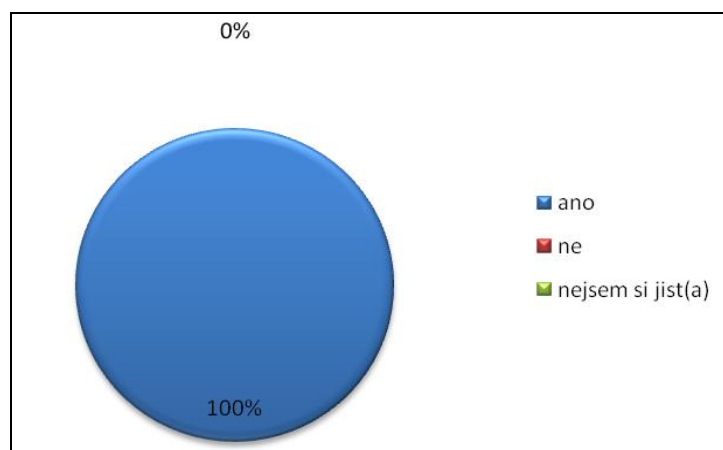
### **Otázka č. 7: Pokud jste se s agresí dítěte setkal(a), řešil někdo nějak tuto situaci?**

V rámci otázky číslo sedm jsme se dotazovali na to, zda se někdo agresí u dítěte s mentálním postižením zabýval a případně jakým způsobem byla tato situace řešena.

Tabulka č. 7: Pokud jste se s agresí dítěte setkal(a), řešil někdo nějak tuto situaci? - ano x ne x nejsem si jist(a)

<b>Pokud jste se s agresí dítěte setkal(a), řešil někdo nějak tuto situaci?</b>	<b>Počet</b>	<b>Počet v %</b>
ano	23	100%
ne	0	0%
nejsem si jist(a)	0	0%
celkem	23	100%

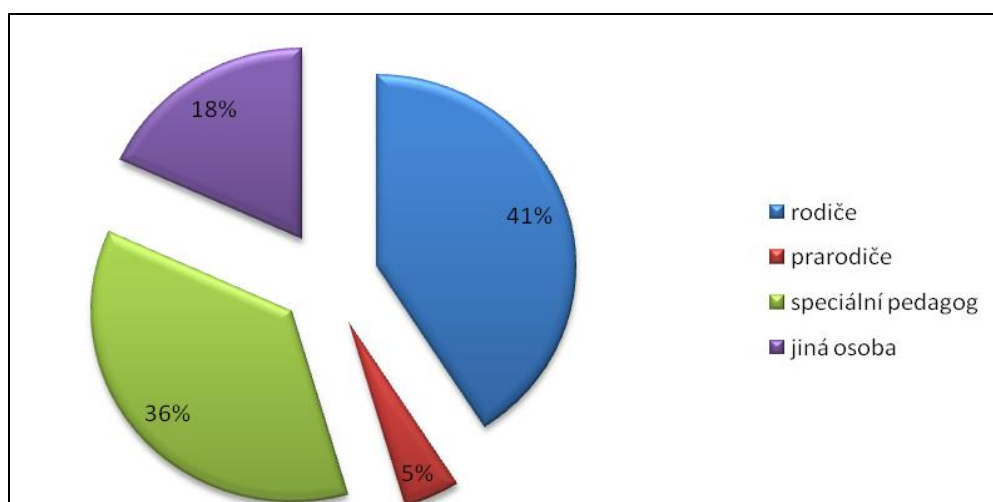
Graf č. 7: Pokud jste se s agresí dítěte setkal(a), řešil někdo nějak tuto situaci? - ano x ne x nejsem si jist(a)



Tabulka č. 7. 1: Kdo řešil situaci agresivního dítěte?

Kdo řešil situaci agresivního dítěte?	Počet	Počet v %
rodiče	18	41%
prarodiče	2	5%
speciální pedagog	16	36%
jiná osoba	8	18%
celkem	44	100%

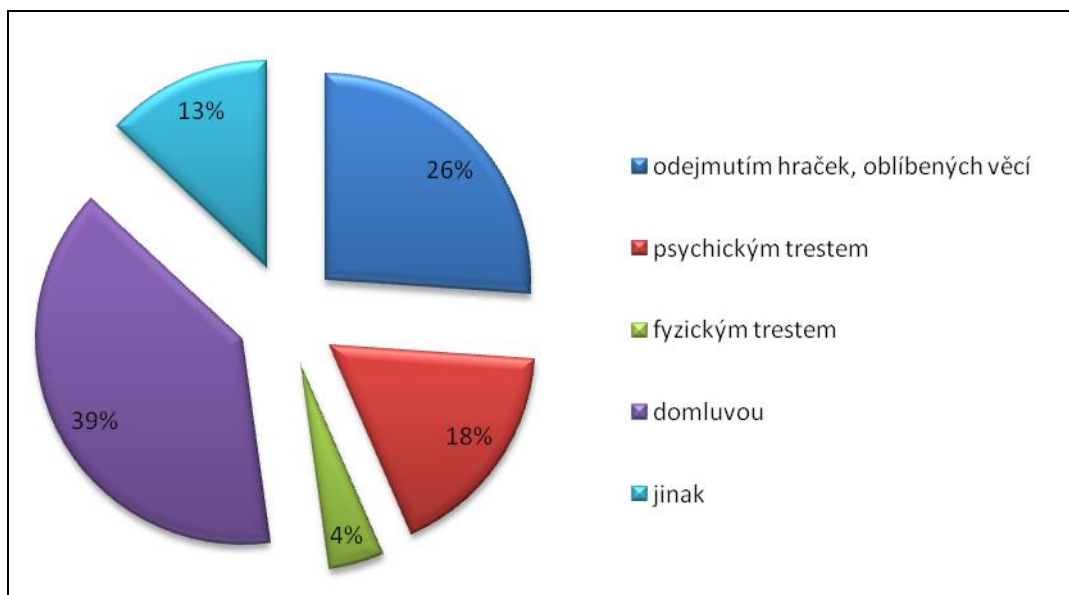
Graf č. 7. 1: Kdo řešil situaci agresivního dítěte?



Tabulka č. 7. 2: Jakým způsobem se řešila tato situace?

Jakým způsobem se řešila tato situace?	Počet	Počet v %
odejmutím hraček, oblíbených věcí	12	26%
psychickým trestem	8	18%
fyzickým trestem	2	4%
domluvou	18	39%
jiným způsobem	6	13%
celkem	46	100%

Graf č. 7. 2: Jakým způsobem se řešila tato situace?



### Shrnutí:

V rámci sedmé otázky se vyskytuje více číselných záznamů, jelikož na tuto otázku je možné odpovídat více možnostmi. Prvním cílem sedmé otázky bylo zjistit, zda pedagogové řeší situaci agrese u mentálně postižených dětí, přičemž ze zjištěných údajů lze jednoznačně určit, že je tato situace řešena, tedy na tuto otázku odpovědělo ano celkem 23 pedagogů (100%). Dle našeho názoru je toto zjištění velice pozitivní, protože se pedagogové nesnaží řešit situaci agrese pouze sami, ale spolupracují i s příslušnými odborníky. Na druhou možnost ne neodpověděl žádný z oslovených respondentů (0%). Druhým cílem sedmé otázky bylo zjištění, jak se pedagogové v této situaci chovají, tedy o jaké odborníky se

opírají, s kterými spolupracují, či se pokouší tuto situaci vyřešit s rodiči nebo prarodiči, popřípadě i jinou osobou. Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce se pedagogové snaží spolupracovat s rodiči, jelikož na tuto možnost odpovědělo celkem 18 respondentů (41%). Se speciálními pedagogy spolupracuje celkem 16 oslovených pedagogů (36%). Nutno podotknout, že ve většině případů se objevila kombinace spolupráce s rodiči a speciálním pedagogem. V případě možnosti prarodičů, odpověděli pouze 2 pedagogové (5%). V rámci položky d) jiná osoba - 6 pedagogů uvedlo, že dále ještě spolupracují s psychologem, 1 pedagog udává, že spolupracují s psychiatrem a 1 respondent uvedl, že s dítětem spolupracuje sama učitelka. Třetím cílem sedmé otázky bylo zjistit, jak pedagogové situaci agrese řeší, přičemž nejvíce odpovědí se objevilo u možnosti d) domluvou, na kterou odpovědělo 18 pedagogů (39%). Druhou nejvíce označovanou odpovědí byla možnost a) odejmutím hraček, kterou vybralo celkem 12 respondentů (26%), přičemž tyto dvě nejčastěji označované možnosti se ve většině případů kombinovaly. Možnost b) psychický trest označilo 8 pedagogů (18%) a možnost c) fyzický trest vybralo 6 oslovených respondentů (13%). V rámci položky e) jiným způsobem nám 1 z respondentů napsal postup, jak tuto situaci řeší, přičemž řešení spočívalo v tom, že nejdříve dítě odvedou z blízkosti děti, aby jim nemohlo ubližovat, dále se dítěti snaží domluvit, že na kamarády musíme být hodní, následuje omluva dítěte a nakonec výběr nové činnosti.

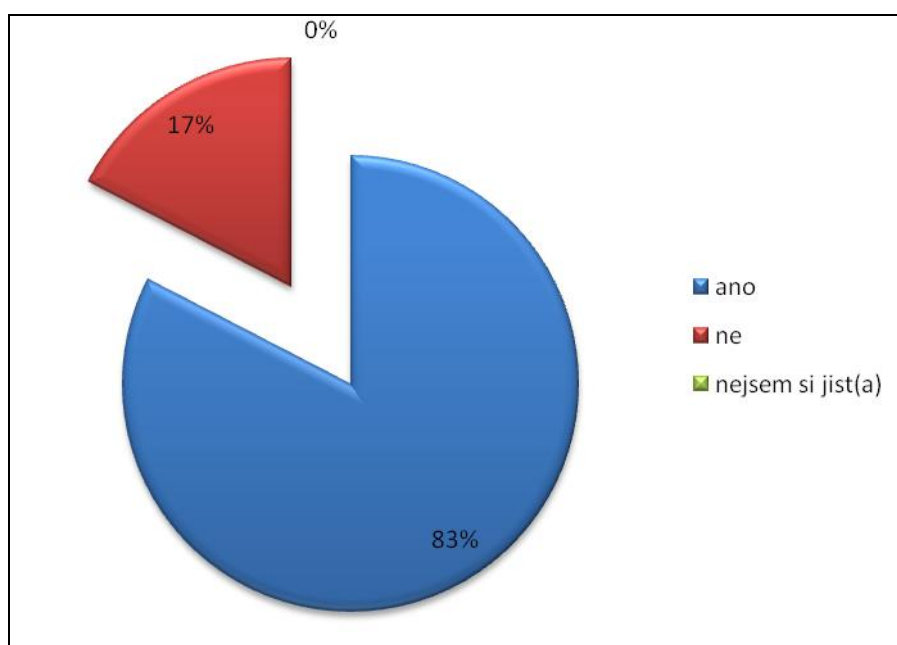
**Otázka č. 8: Případně, že jste v mateřské škole tuto problematiku řešili, spolupracovali jste případně i s nějakými odborníky?**

Otázka číslo osm v dotazníku měla zjistit, se kterými odborníky mateřská škola spolupracuje při projevech agrese dítěte s mentálním postižením.

Tabulka č. 8: Spolupráce s odborníky

Spolupráce s odborníky	Počet	Počet v %
ano	19	83%
ne	4	17%
nejsem si jist(a)	0	0%
celkem	23	100%

Graf č. 8: Spolupráce s odborníky



**Shrnutí:**

Domníváme se, že jestliže se u dětí objeví nějaké závažnější problémy v chování, konkrétně agrese či agresivita, je důležité zkontaktovat i příslušné odborníky, jelikož by měli nejlépe vědět, jak tuto situaci vyřešit. Lze předpokládat, že stejný názor má většina oslovených respondentů, protože celkem 19 pedagogů označilo možnost a) ano (83%). Možnost b) ne zvolili 4 respondenti (17%) a možnost c) nejsem si jist(a) neoznačil z žádných pedagogů (0%).

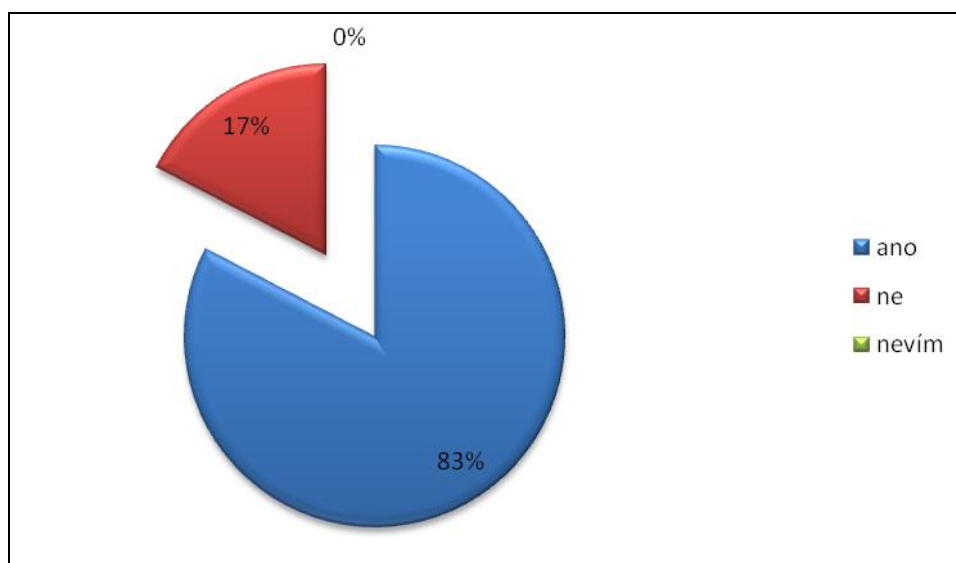
**Otázka č. 9: Jestliže se agrese či agresivita u mentálně postižených dětí objevila, setkal(a) jste se i s tím, že by se projevy agresivity objevovaly opakovaně?**

Zda se u dětí s mentálním postižením agrese či agresivita opakovala, zjišťovala otázka číslo devět.

Tabulka č. 9: Výskyt opakování agrese či agresivity

Výskyt agrese či agresivity	Počet	Počet v %
ano	19	83%
ne	4	17%
nevím	0	0%
celkem	23	100%

Graf č. 9: Výskyt opakování agrese či agresivity



**Shrnutí:**

Z obecných zkušeností lze říci, že opakované projevy agresivity u dětí s mentálním postižením jsou poměrně časté, proto na otázku, zda se pedagogové setkali s opakovanými projevy agrese či agresivity, odpovědělo a) ano 19 respondentů (83%). Možnost b) ne uvedli celkem 4 pedagogové

(17%) a na možnost c) nevím neodpověděl z žádných oslovených respondentů (0%).

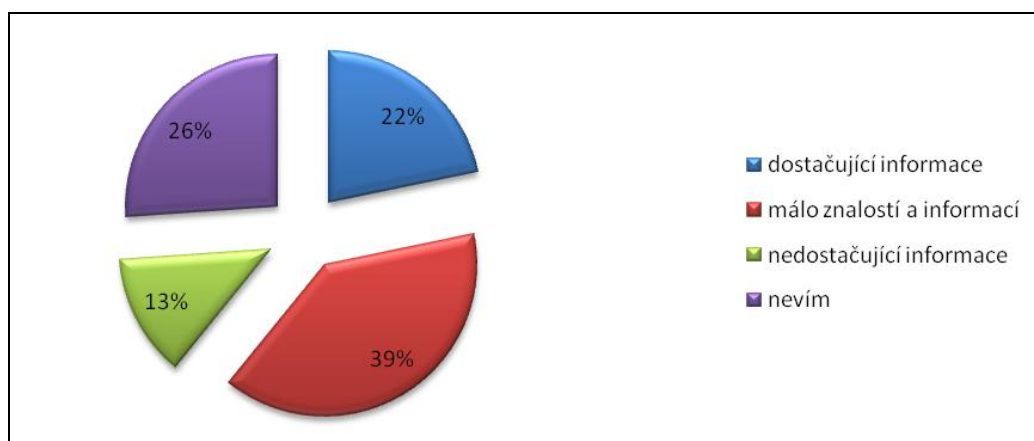
**Otázka č. 10: Myslíte si, podle Vašeho názoru, že jsou /speciální/ pedagogové dostatečně informováni o agresi či agresivitě mentálně postižených dětí, o její prevenci či o možnostech nápravy?**

Úkolem otázky č. 10 bylo zjistit, jak jsou pedagogové o agresi a agresivitě informováni, taktéž o její prevenci a možnostech nápravy.

Tabulka č. 10: Dostatečná informovanost pedagogů o agresivitě

Dostatečná informovanost pedagogů o agresivitě:	Počet	Počet v %
dostačující informace	5	22%
málo znalostí a informací	9	39%
nedostačující informace	3	13%
nevím	6	26%
celkem	23	100%

Graf č. 10: Dostatečná informovanost pedagogů o agresivitě



**Shrnutí:**

Z osobní zkušenosti lze říci, že informací o této problematice, jak o agresi, tak i o prevenci a možnostech nápravy, je poměrně málo. To také



potvrdily výsledky z dotazníku, jelikož nejčastěji označovanou možností byla možnost b) málo znalostí a informací, kterou označilo 9 pedagogů (39%). Možností d) nevím odpovědělo 6 pedagogů (26%), dle 5 pedagogů (22%) jsou informace dostačující a poslední možnost c) nedostačující informace označili 3 oslovení respondenti (13%).

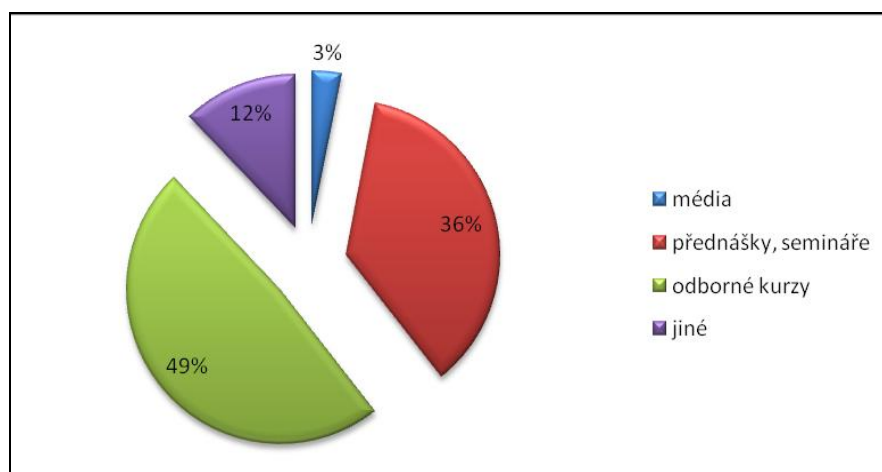
**Otázka č. 11: Jestliže se Vám zdá, že /speciální/ pedagogové mají málo znalostí a informací o této problematice, jakými prostředky (prostřednictvím čeho), podle Vás, by se informovanost mohla zvýšit?**

V rámci otázky číslo jedenáct jsme se dotazovali na názor pedagogů, jakými prostředky či prostřednictvím čeho by bylo možné zvýšit informovanost o agresi a agresivitě mentálně postižených dětí.

Tabulka č. 11: Zvýšení informovanosti

Zvýšení informovanosti	Počet	Počet v %
média	1	3%
přednášky, semináře	12	36%
odborné kurzy	16	49%
jiné	4	12%
celkem	33	100%

Graf č. 11: Zvýšení informovanosti



### **Shrnutí:**

V rámci jedenácté otázky se vyskytuje více číselných záznamů, jelikož na tuto otázku je možné odpovídat více možnostmi. Z otázky, jakými prostředky či prostřednictvím čeho lze zvýšit informovanost pedagogů, jsme zaznamenali následující odpovědi. Dle zjištěných údajů by pedagogům nejvíce vyhovovaly odborné kurzy, jelikož na tuto možnost odpovědělo 16 pedagogů (49%). O něco méně, a to 12 oslovených respondentů označilo možnost b) přednášky, semináře (36%). Pouze jeden pedagog označil možnost a) média (3%). V rámci možnosti d) jiné způsoby 4 pedagogové (12%) odpověděli volnou odpovědí, a to tak, že informovanost o této problematice lze zvyšovat prostřednictvím knih, odborné literatury, učitelských rozhovorů, praxe v odborných zařízeních, empatie, samostudia či profylaxe agresivního chování dětí.

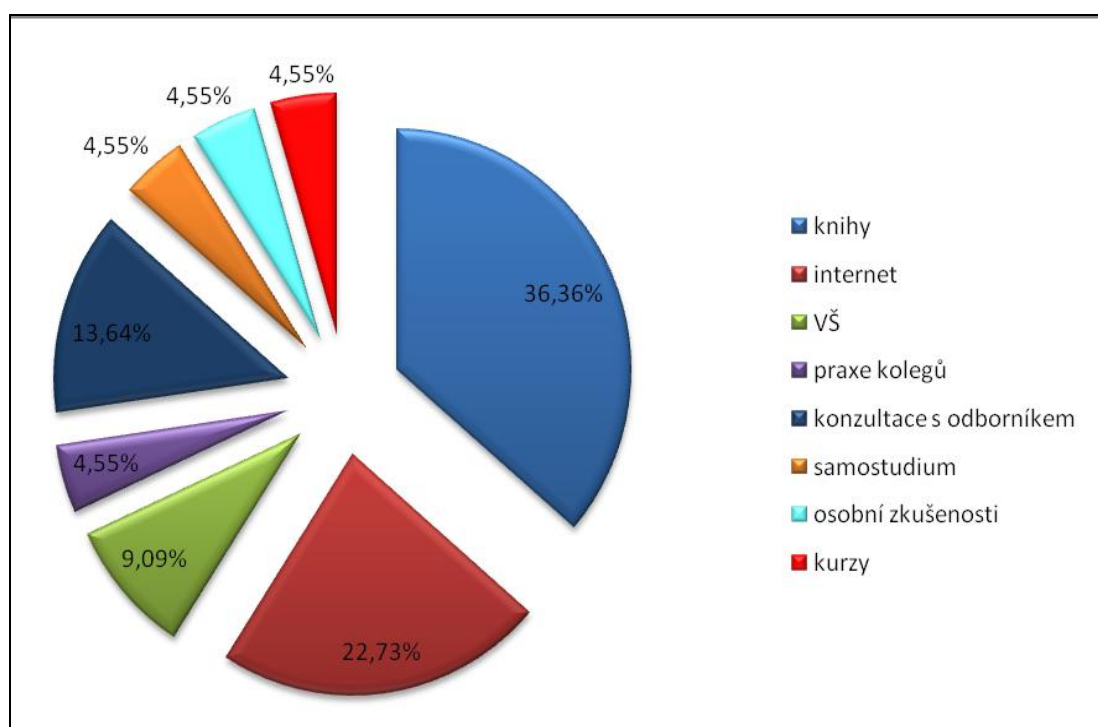
### **Otázka č. 12: Z jakých zdrojů jste Vy sám (sama) získal(a) nejvíce informací o této problematice?**

Dvanáctá otázka nám slouží ke zjištění informovanosti pedagogů o této problematice a z jakých zdrojů informace čerpají.

Tabulka č. 12: Zdroje čerpání

<b>Zdroje čerpání</b>	<b>Počet</b>	<b>Počet v %</b>
knihy	8	36,36%
internet	5	22,73%
VŠ	2	9,09%
praxe kolegů	1	4,55%
konzultace s odborníkem	3	13,64%
samostudium	1	4,55%
osobní zkušenosti	1	4,55%
kurzy	1	4,55%

Graf č. 12: Zdroje čerpání



#### **Shrnutí:**

Z dotazníku vyplývá, že pedagogové mají nejvíce informací z odborných knih, jelikož tuto možnost uvedlo 8 respondentů (36,36%). Pomocí internetu, kde můžeme v současné době najít mnoho užitečných informací, si o problematice agresivity zjišťuje 5 pedagogů (22,73%). Další možnost, dle pedagogů, jak si zlepšit informovanost o agresivitě, je pomocí konzultace s odborníkem, kterou označili 3 pedagogové (13,64%). Vhodnou možností je také studium na vysoké škole, kde se můžeme dozvědět různé zajímavé informace, včetně mnoha případů z pedagogické praxe. Možnost vysoké školy zvolili 2 pedagogové (9,09%). Co se týká kurzů, osobní zkušenosti a praxe kolegů, odpověděli oslovení respondenti po jednom hlase (4,55%).

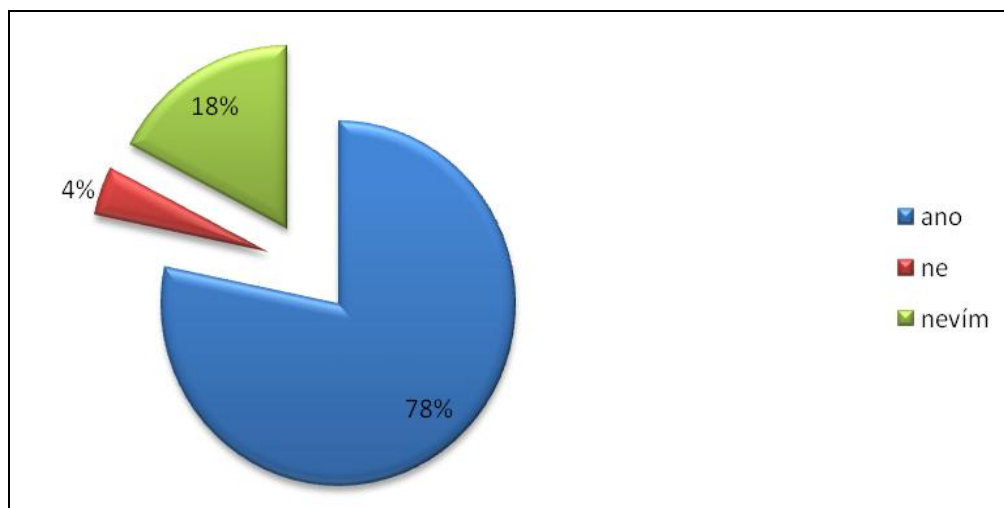
**Otázka č. 13: Znáte nějakou literaturu, ve které se hovoří o problematice týkající se agrese či agresivity mentálně postižených dětí?**

Otázkou číslo třináct se snažíme zjistit, zda mají pedagogové přehled o dostupné literatuře, která se týká agrese či agresivity mentálně postižených dětí.

Tabulka č. 13: Znáte literaturu, která se týká agresivity či agrese?

Znáte literaturu, která se týká agresivity či agrese?	Počet	Počet v %
ano	18	78%
ne	1	4%
nevím	4	18%
celkem	23	100%

Graf č. 13: Znáte literaturu, která se týká agresivity či agrese?



**Shrnutí:**

Na otázku, zda pedagogové znají literaturu, která se týká agrese či agresivity odpovědělo kladně, a to odpovědí a) ano, celkem 18 pedagogů (78%), přičemž mezi uvedenými zdroji čerpání, které se většinou opakovaly, lze najít publikaci Psychopedie od M. Valenty a O. Krejčířové, publikaci Psychopedie od M. Valenty a O. Müllera, dále Poruchy učení od

O. Zelinkové, Agrese u lidí s mentální retardací a autismem od Čadilové V., Jůna H. a Thorové K., Sondy do problematiky specifických poruch chování od Z. Michalové a Malý tyran od Prekopové J.

## 7 ZÁVĚR VÝZKUMU

Cílem praktické části bylo zjistit, zda se pedagogové ve speciálních mateřských školách, kde pracují s dětmi s mentálním postižením, setkávají s agresí, agresivitou či agresivními projevy. Autorka taktéž zjišťovala, kdo a případně jakým způsobem agresivitu dětí řeší a zda jsou pedagogové dostatečně informováni o již zmíněné problematice.

Uvedené předpoklady byly soustředěny na to, zda se pedagogové setkali s agresí či agresivitou u mentálně postižených dětí, dále jsme předpokládali, že se u dětí agresivita objevuje poměrně často a taktéž předpokládáme, že pedagogové či mateřské školy spolupracují při řešení této problematiky s dalšími odborníky.

***1: Více jako polovina pedagogů se s agresí či agresivitou u svých dětí v mateřské škole setkala.***

Předpoklad se potvrdil, jelikož agrese a agresivita jsou poměrně aktuálním problémem, proto se všichni oslovení pedagogové s těmito pojmy již setkali.

***2: Všichni pedagogové se setkali s projevy agrese či agresivity u mentálně postižených dětí.***

Předpoklad se potvrdil, protože pomocí dotazníku se nám podařilo zjistit, že z 23 oslovených pedagogů jich 21 odpovědělo na setkání s agresivitou dětí kladně, to znamená, že se často setkávají s agresivitou u mentálně postižených dětí.

***3: Při řešení agrese či agresivity mateřské školy spolupracují s dalšími odborníky.***

Poslední předpoklad se taktéž potvrdil, 19 oslovených respondentů z 23 odpovědělo, že při řešení agresivity spolupracují s různými odborníky

a nejčastěji se jedná o pracovníky speciálně-pedagogických center a pedagogicko-psychologických podaren.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda se u mentálně postižených dětí lze setkat s agresí, agresivitou či agresivními projevy.

K vypracování bakalářské práce bylo nutné prostudovat řadu odborných publikací, které se týkaly dané problematiky.

V teoretické části bakalářské práce, nejdříve objasňujeme základní pojmy a obecné informace, týkající se mentální retardace, které jsme získali z již zmíněné odborné literatury. V další části bakalářské práce se věnujeme agresi a agresivitě, přičemž oba tyto termíny objasňujeme a přikládáme řadu dalších souvisejících pojmů a obecných informací. Součástí kapitoly o agresivitě jsou zmíněné některé hry, které mohou alespoň částečně usměrňovat agresivitu dětí.

Praktická část byla zaměřena na výzkum mezi pedagogy, bez kterých by nebylo možné šetření provést a kteří pracují ve speciálních mateřských školách a starají se o výchovu mentálně postižených dětí. Pro šetření byla zvolena dotazníková metoda. Šetření bylo prováděno v okrese Šumperk. V praktické části, na základě analýzy vyplněných dotazníků, byly vyhodnoceny a zpracovány odpovědi, a to do grafů a tabulek. Pomocí dotazníkového šetření jsme se přesvědčili o tom, že se pedagogové s agresí či agresivitou setkávají při svém povolání téměř denně, jelikož lze zkonstatovat, že se u mentálně postižených dětí vyskytuje velice často. Bylo zjištěno, že pedagogové se snaží o řešení této problematiky, a to spolu s dalšími odborníky, ale i neoborníky, kterými jsou většinou rodiče či prarodiče dítěte, přičemž právě řešení agresivity s rodiči, společně se speciálním pedagogem se v dotazníku vyskytlo jako nejčastější odpověď.

Celkově lze říci, že hypotézy, stavené v praktické části bakalářské práce se potvrdily. Při výskytu agresivity se pedagogové snaží tuto situaci řešit a nesledují ji pouze z povzdálí, což lze brát jako správný krok k tomu, aby se u dětí, ať už postižených či intaktních, neobjevovaly tolik závažné projevy agrese či agresivity.



## POUŽITÁ LITERATURA

**ANTIER, E.** *Agresivita dětí.* Praha : Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-808-2.

**ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol.** *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.* 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

**ČERMÁK, I.** *Lidská agrese a její souvislosti.* 1. vydání. Žďár nad Sázavou : Fakta, 1999. 208 s. ISBN 80-902614-1-8.

**ČERNÁ, M. a kol.** *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením.* 1. vyd. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

**DOBIÁŠ, J.** *Psychiatrie.* 1. vydání. Praha : Avicenum, 1984. 356 s.

**GEIST, B.** *Psychologický slovník.* 2. vyd. Praha : Vodnář, 2000. 425 s. ISBN 80-86226-07-7.

**GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J. KOUTEK, J.** *Podoby násilí v rodině.* 1. vydání. Praha : Vyšehrad, 2000. 104 s. ISBN 80-7021-416-3.

**HARTL, P.** *Psychologický slovník.* 1. vydání. Praha : Jiří Budka, 1993. 297 s. ISBN 80-901549-0-5.

**HARTL, P.** *Stručný psychologický slovník.* 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.

**HARTL, P., HARTLOVÁ, H.** *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 772 s. ISBN 80-7178-303-x.

**HARTL, P., HARTLOVÁ, H.** *Velký psychologický slovník.* 4. vyd. Praha : Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

**HELUS, Z.** *Psychologie pro střední školy*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1995. 119 s. ISBN 80-7168-245-4.

**HELUS, Z.** *Psychologie pro střední školy*. 1. vydání. Praha : Fortuna, 1995. 120 s. ISBN 80-7168-245-4.

**HELUS, Z.** *Sociální psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha : Vydavatelství UK, 1992.

**KOLÁŘ, M.** *Bolest šikanování*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 255 s. ISBN 80-7367-014-3.

**KOZÁKOVÁ, Z.** *Psychopedie*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7.

**KŘIVOHLAVÝ, J.** *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2004. 154 s. ISBN 978-80-247-0818-8.

**KŘIVOHLAVÝ, J.** *Jak zvládat depresi*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1997. 128 s. ISBN 80-7169-349-9.

**LANGER, S.** *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd. Hradec Králové : Kotva, 1996. 273 s. ISBN 80-900254-0-4.

**MARTÍNEK, Z.** *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 152 s. ISBN 978-80-247-2310-5.

**MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z.** *Jak a proč nás trápí děti*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1997. 192 s. ISBN 80-7169-587-4.

**MÜLLER, O.** *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2001. 87 s. ISBN 80-244-0207-6 (brož.).

**NAKONEČNÝ, M.** *Sociální psychologie*. 1. vydání. Praha : Academia, 2000. 288 s. ISBN 80-200-0690-7.

**PORTMANNOVÁ, R.** *Jak zacházet s agresivitou.* 1. vydání. Praha : Portál, 1996. 104 s. ISBN 80-7178-094-4.

**PROKŮPEK, J.** *Psychiatrie.* 3. vydání. Praha : Avicenum, 1974. 192 s.

**PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J.** *Pedagogický slovník.* 1. vydání. Praha : Portál, 1995. 298 s. ISBN 80-7178-029-4.

**RABOCH, J., ZVOLSKÝ P. et al.** *Psychiatrie.* 1. vyd. Praha : Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-2460-390-x.

**RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol.** *Speciální pedagogika.* 3. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 313 s. ISBN 80-244-1073-7.

**SILLAMY, N.** *Psychologický slovník.* 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2001. 246 s. ISBN 80-244-0249-1.

**SLOWÍK, J.** *Speciální pedagogika.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

**SPURNÝ, J.** *Psychologie násilí.* 1. vyd. Praha : Eurounion, 1996. 134 s. ISBN 80-8558-30-4.

**ŠIMANOVSKÝ, Z.** *Hry pro zvládání agresivity a neklidu.* 1.vydání. Praha : Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-689-6.

**ŠVARCOVÁ, I.** *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 178 s. ISBN 80-7178-506-7.

**VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3. vyd. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-687-0.

**VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol.** *Psychopedie.* 3., aktualiz. a rozš. vyd. Parta 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2

## INTERNETOVÉ ZDROJE

*Wikipedie.cz* [online]. [cit. 2011-03-24]. Afekt. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Afekt>>.

*Wikipedie.cz* [online]. [cit. 2011-03-24]. Afektivní poruchy. Dostupné z WWW <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Afektivn%C3%AD\\_poruchy](http://cs.wikipedia.org/wiki/Afektivn%C3%AD_poruchy)>.

*Wikipedie.cz* [online]. [cit. 2011-03-24]. Hněv. Dostupné z WWW <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Hn%C4%9Bv>>.

*Wikipedie.cz* [online]. [cit. 2011-03-24]. Schizofrenie. Dostupné z WWW <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie>>.

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Dotazník pro pedagogy speciálních mateřských škol

## **Příloha č. 1**

Dobrý den.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který slouží jako výzkum k mé bakalářské práci, na téma *Agresivní projevy u dětí předškolního věku s mentálním postižením*.

Dotazník je anonymní a Vaše údaje nebudou nikde zveřejněny.

Předem mockrát děkuji za vyplnění dotazníku.

Petra Penková  
Studentka 3. ročníku  
Speciální pedagogika předškolního věku  
Univerzita Palackého Olomouc

### **Dotazník**

#### **1. Pohybujete se ve věkové skupině:**

- a) do 30-ti let
- b) od 31 do 40-ti let
- c) od 41 do 45-ti let
- d) nad 45 let

#### **2. Kolik dětí máte ve třídě?**

- a) od 5 do 10
- b) od 10 do 15
- c) od 15 do 20
- d) nad 20

#### **3. Kolik dětí, z tohoto počtu ve třídě, je s mentálním postižením? (prosím, uveďte počet)**

.....

#### **4. Setkal(a) jste se s pojmem agrese či agresivita?**

*Agrese = útočné jednání vůči druhé osobě, tendence zničit nebo poškodit nějaký objekt*

**Agresivita** = tendence k útočnému, či nepřátelskému jednání vůči druhé bytosti, kolektivu, instituci apod. nebo vůči sobě samému

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jist(a)

**5. Setkal(a) jste se ve Vaší třídě (mateřské škole) s mentálně postiženým dítětem, které se chovalo agresivně?**

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jist(a)

**6. Pokud ano, jaké konkrétní projevy agrese či agresivity se u mentálně postižených dětí objevily? (prosím, popište)**

- např. bití ostatních dětí, kopání, nadávání, atd.

.....

.....

**7. Pokud jste se s agresí dítěte setkal(a), řešil někdo nějak tuto situaci? (prosím, hodící se zakroužkujte a můžete uvést i více možností)**

- a) ano
  - kdo:* a) rodiče
  - b) prarodiče
  - c) /speciální/ pedagog
  - d) jiná osoba (prosím, uveďte která) .....

***jakým způsobem:*** a) odejmutí hraček, oblíbených věcí

b) psychickým trestem (např. dítě si nemohlo hrát s ostatními dětmi, muselo sedět samo na lavičce, bylo odloučeno od ostatních dětí)

c) fyzickým trestem (např. bití)

d) domluvou s dítětem

e) jiným způsobem (prosím, uveďte jakým)

.....

b) ne

c) nejsem si jist(a)

**8. Případně, že jste v mateřské škole tuto problematiku řešili, spolupracovali jste případně i s nějakými odborníky? (např. psychologové, SPC, PPP)**

a) ano

(prosím, uveďte s jakými odborníky) .....

.....

b) ne

c) nejsem si jist(a)

**9. Jestliže se agrese či agresivita u mentálně postižených dětí objevila, setkal(a) jste se i s tím, že by se projevy agresivity objevovaly opakovaně?**

a) ano

b) ne

c) nevím

**10. Myslíte si, podle Vašeho názoru, že jsou /speciální/ pedagogové dostatečně informováni o agresi či agresivitě mentálně postižených dětí, o její prevenci či o možnostech nápravy?**

a) informace jsou dostačující

b) málo znalostí a informací

c) informace jsou nedostačující



d) nevím

**11. Jestliže se Vám zdá, že /speciální/ pedagogové mají málo znalostí a informací o této problematice, jakými prostředky (prostřednictvím čeho), podle Vás, by se informovanost mohla zvýšit?**

- a) prostřednictvím médií
  - b) prostřednictvím přednášek, seminářů
  - c) prostřednictvím odborných kurzů
  - d) jiné způsoby (prosím, uveďte jaké)
- .....

**12. Z jakých zdrojů jste Vy sám (sama) získal(a) nejvíce informací o této problematice?**

.....

.....

**13. Znáte nějakou literaturu, ve které se hovoří o problematice týkající se agrese či agresivity mentálně postižených dětí?**

- a) ano
- (prosím, uveďte název literatury)*
- .....
- .....

- b) ne
- c) nevím

***Mockrát děkuji za vyplnění dotazníku***

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Petra Penková
<b>Ústav:</b>	Speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Lucia Pastieriková, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2011

<b>Název práce:</b>	Agresivní projevy u dětí s mentálním postižením
<b>Název v angličtině:</b>	Aggressive symptoms of people with mental disabilities
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce se zabývá problematikou agrese, agresivity či agresivních projevů u dětí s mentálním postižením. Cílem práce bylo zjistit, zda se pedagogové setkávají s projevy agresivity u mentálně postižených dětí, jakým způsobem tyto případy řeší a případně, zda mají dostatečné informace o problematice agresivity.
<b>Klíčová slova:</b>	mentální postižení, agrese, agresivita, rodina, řešení, spolupráce
<b>Anotace v angličtině:</b>	The bachelor work deals with aggression, aggression or aggressive symptoms in children with mental disabilities. The aim was to determine whether teachers meet with aggression in mentally handicapped children, how they are solved, and if so, whether they have sufficient information on the issue of aggression.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	mental retardation, aggression, aggression, family integration, cooperation
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1: Dotazník pro pedagogy speciálních mateřských škol
<b>Rozsah práce:</b>	77
<b>Jazyk práce:</b>	český