

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Poruchy chování, emocí a intervence u žáků středních škol

Bc. Magda Kleinová

Olomouc 2024

doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Magda Kleinová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2024

<b>Název práce:</b>	Poruchy chování, emocí a intervence u žáků středních škol.
<b>Název v angličtině:</b>	Disorders of behavior, emotions and intervention in secondary school students.
<b>Zvolený typ práce:</b>	Literární review
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce analyzuje studie vyhledané v databázi Epistemonikos. Bylo zahrnuto osm relevantních studií. První výzkumná otázka se soustředila na účinné nefarmakologické intervence. Druhá výzkumná otázka zkoumala, jejich účinnost na snížení symptomů poruch chování a emocí u adolescentů od 15 do 19 let. Nejúčinnějšími se ukázaly kognitivně behaviorální terapie CBT a Good Behavior Game GBG. Výsledky s expozicí zeleně byly rozporuplné. Efekt spánku ukázal významnou korelaci s chronotypem a problémy s chováním. Psychoedukace a psychoterapie měla větší účinek.
<b>Klíčová slova:</b>	Poruchy chování a emocí, intervence, adolescent, agrese, kognitivně behaviorální terapie, psychoterapie, psychoedukace
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis analyses studies searched in the Epistemonikos database. Eight relevant studies were included. The first research question focused on effective non-pharmacological interventions. The second research question examined their effectiveness on reducing symptoms of conduct and emotional disorders in adolescents aged 15 to 19 years. The most effective interventions were found to be cognitive behavioural therapy (CBT) and the Good Behaviour Game (GBG). Results with exposure to green were inconsistent. The sleep effect showed a significant correlation with chronotype and behavior problems. Psychoeducation and psychotherapy had a greater effect.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Behavioural and emotional disorders, intervention, adolescent, aggression, cognitive-behavioural therapy, psychotherapy, psychoeducation.
<b>Rozsah práce:</b>	75 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. Mgr. Michala Růžičky, Ph.D. na základě citovaných literárních a elektronických zdrojů uvedených v závěrečném seznamu literatury.

V Ostravě dne: 6. června 2024

-----  
Bc. Magda Kleinová

Chtěla bych poděkovat doc. Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D. a doc. Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za odborné vedení a ochotný přístup, při tvorbě mé diplomové práce. Rovněž děkuji Mgr. Bronislavě Eichlerové za odbornou a morální podporu. V neposlední řadě patří poděkování mému manželovi a třem dcerám za jejich trpělivost a podporu během mého studia.

## Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

Jméno a příjmení: **Bc. Magda KLEINOVÁ**  
Osobní číslo: **D220100**  
Adresa: **Viléma Balarina 1994/11, Hlučín, 74801 Hlučín, Česká republika**

Téma práce: **Poruchy chování, emocí a intervence u žáků středních škol**  
Téma práce anglicky: **Disorders of behavior, emotions and intervention in secondary school students**  
Jazyk práce: **Čeština**

Vedoucí práce: **doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.**  
**Ústav speciálněpedagogických studií**

### Zásady pro vypracování:

1. Analýza literatury
2. Vytvoření cílů práce
3. Tvorba metodiky výzkumu
4. Realizace výzkumu
5. Konzultace s vedoucím DP

### Seznam doporučené literatury:

- CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: s. 256* [online]. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada [cit. 2022-12-15]. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- JEDLIČKA, Richard, 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: 544 s.* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-12-15]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.
- LÁTALOVÁ, Klára, Dana KONČELÍKOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. *Suicidálna ita u psychologických poruch: 981 s.* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-12-15]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
- NAVRÁTIL, Stanislav a Ján MATTIOLI, 2011. *Problémy a chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat? 120 s.* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-12-15]. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3672-3.
- OCESKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychologických poruch: 1714 s.* [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2022-12-15]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- PAČT, Ivo, 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování: 240 s.* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-12-15]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.
- POKORNÁ, Věra, 2010. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování: 331 s.* [online]. Vyd. 4. Praha: Portál [cit. 2022-12-15]. ISBN 978-80-7367-817-3.
- POKORNÁ, Věra, 2010. *Vývojové poruchy učení a chování a dospělosti: 240 s.* [online]. Praha: Portál [cit. 2022-12-15]. ISBN 978-80-7367-773-2.
- PÖTHE, Peter, 2020. *Emoční poruchy v dětství a dospělosti: 264 s.* [online]. 3., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada [cit. 2022-12-15]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-1038-4.

## Obsah

ÚVOD .....	7
1 PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ.....	8
1.1 Klasifikace Diagnóz poruch chování a emocí .....	12
1.2 Dělení poruch chování podle školské legislativy .....	15
2 VÝVOJOVÉ ASPEKTY ADOLESCENCE .....	16
2.1 Střední vzdělávání .....	18
3 NEFARMAKOLOGICKÉ INTERVENCE .....	20
3.1 Dělení psychoterapie .....	22
4 PORADENSTVÍ VE STŘEDOŠKOLSKÉM VZDĚLÁVÁNÍ.....	28
4.1.1 Školská poradenská pracoviště.....	28
5 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	31
5.1 Metodika.....	31
5.1.1 Studijní soubor.....	31
5.1.2 Uplatněná metoda a nástroj ke sběru dat.....	32
5.2 Výsledky .....	36
5.2.1 Zjištěna pozitivní účinnost intervencí .....	36
5.2.2 Intervence nevykázala pozitivní účinek .....	50
5.3 Shrnutí výsledku .....	52
6 DISKUSE .....	58
7 ZÁVĚR.....	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	64
SEZNAM ZKRATEK.....	71
SEZNAM TABULEK.....	74
SEZNAM GRAFŮ.....	75

# ÚVOD

V dnešní době, kdy narůstají dětské psychické potíže a je nedostatek psychologické a psychoterapeutické péče, je nutné hledat nové způsoby, jak dětem a mládeži pomoci. Pandemie COVID–19 a s ní spojená izolace výrazně zhoršila psychický stav dětí. Rodiny byly často konfrontovány s problémy, jako je závislostní chování rodičů nebo agrese, což mělo negativní vliv na děti.

Pedagogové mají klíčovou roli při rozpoznávání psychických problémů žáků, jsou schopni identifikovat změny v jejich chování, emocích a nasměrovat rodiny k odborné péči. V současnosti je na pedagogy kladen důraz, aby se zaměřili na hloubkové pochopení problémů žáků namísto povrchní klasifikace a škatulkování. Je nezbytné snažit se porozumět situacím, ve kterých se žáci nacházejí, a ne je označovat nevhodnými štitky. Hledání projevů těchto poruch a způsoby, jak můžeme žákům pomoci nejen v didaktice, ale i v rámci lidského kontaktu, je klíčové. Je také důležité zjistit, jaké druhy intervencí mohou žákům pozitivně pomoci a tím i ovlivnit třídní klima.

Často se říká, že dnešní děti jsou nevychované, což se porovnává s minulostí. Dítě se však narodí jako „tabula rasa“ a všechno, s čím se setká, ovlivňuje jeho chování a vnímání světa. Chování dětí je ovlivněno přístupem rodičů, ať už jde o nezáměr, autoritářskou výchovu nebo přílišnou benevolenci. Tento vliv může být také ovlivněn biologickými faktory. Správný přístup spočívá ve schopnosti se domluvit a být pro dítě spolehlivým průvodcem a rádcem.

Děti z problémového prostředí, kde se vyskytují látkové závislosti, násilí nebo patologické chování, jsou často formovány negativními vlivy. To může vést k nedůvěře, lhaní, záškoláctví, krádežím, agresivitě a dalším problémům, které jsou nežádoucí pro školu i společnost. Učitelé se v těchto případech stávají nejen pedagogy, ale i vychovateli, kteří musí žáky dobře poznat a poskytnout jim potřebnou podporu. Je důležité motivovat žáky a pomoci jim znovu objevit zájem o vzdělávání, čímž se zvyšuje jejich šance na úspěšné dokončení školní docházky a zajištění kvalitnějšího života.

„Jediný, kdo je vzdělaný, je ten, kdo se naučil učit a měnit.“  
Carl Rogers

# 1 PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ

Poruchy chování představují skupinu psychických poruch, které se projevují opakovaným a trvalým vzorcem chování, jež porušuje sociální normy a práva ostatních. Poruchy mohou zahrnovat agresivitu, lhaní, krádeže, ničení majetku a další antisociální chování. Jejich výskyt je ovlivňován biologickými, psychologickými a sociálními faktory, a proto je vyžadován komplexní přístup k diagnostice a léčbě.

Poruchy chování a emocí představují dlouhodobé problémy, které často zůstávají zanedbány nebo přehlíženy. Systém, ve kterém děti vyrůstají, jako rodina, škola nebo vrstevnická skupina, si často neví rady. Takové poruchy mohou být vnímány jako výkřik dítěte či mladistvého, že něco není v pořádku a pomoc dospělých je často odmítána dětmi kvůli ztrátě důvěry. (Hytych, 2024) Poruchy chování v dětství jsou často spojeny s kognitivními deficity nebo zkresleními. Běžné problémy s chováním se u dětí vyskytují jako přirozená součást jejich vývoje a mohou být postupně zvládnány a eliminovány. (Ronen, 2000)

Pod pojmem poruchy chování jsou chápány negativní odchylky v chování některých dětí, kdy nejsou respektovány normy chování odpovídající věku a rozumovým schopnostem dítěte. (Michalová, 2007) Poruchy chování a emocí jsou obecně definovány jako diagnózy charakterizované specifickými vzory problémového chování a emocí, které splňují stanovená kritéria v diagnostických manuálech. Poruchy chování se vyznačují opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Projevy poruch chování a emocí musí být výrazné a trvat alespoň půl roku, aby byly diagnostikovány. Tento druh poruch může být někdy projevem jiné psychiatrické poruchy, která by měla být upřednostněna, jako hlavní diagnóza. (Theiner, 2007)

Existují čtyři základní emoce. radost, žal, strach a touha. Emoce doprovázejí člověka ve všech fázích života. Emoční procesy někdy označované jako afektivní, vedou ke vzniku emocí, prožitků a citů. Běžné emoce jsou odlišovány od emočních problémů intenzitou, trváním a mírou negativního vlivu na život jednotlivce. (Train 1997) Emoční procesy způsobují vznik emocí a citů, které ovlivňují vnímání a jednání. Motivační procesy aktivují a řídí chování, čímž jsou cíle dosahovány a potřeby uspokojovány. U každého žáka je pozorována tendence k určité převládající náladě, která ovlivňuje jeho psychické procesy a chování. (Stuchlíková, 2007; Nekonečný, 2015) U dětí se specifickými poruchami chování je často vykazována emocionální nestabilita, změny nálad a nízká tolerance vůči frustraci, což se projevuje ve výkyvech jejich výkonu. (Jucovičová, 2010) Posílení emočních schopností je považováno za důležité pro prevenci emočních problémů u dětí. (Stuchlíková, 2005)



## **Etiologie poruch chování a emocí:**

Poruchy chování jsou často způsobeny složitou kombinací vlivů. Je důležité si uvědomit, že poruchy chování mohou být někdy nesprávně interpretovány jako jiné poruchy, například hyperaktivita, deprese nebo situační reakce dítěte. (Ptáček, 2006) Kombinace komplikací při porodu a následného rodičovského odmítání byla identifikována jako významný faktor kriminálního chování v pozdní adolescenci a dospělosti. Pokud není vztah dítěte a matky příznivě vyvíjen, hrozí v dospělosti u dítěte vznik antisociálního chování, které je často spojováno s geneticky dědičnými vlivy. Proto je klíčové, aby byly případy včas identifikovány a byla provedena intervence. (Paclt, 2007)

Poruchy chování u rodičů mohou být předobrazem poruch chování u dětí. Ve studiích bylo zjištěno, že u 40 % otců, kteří vykazovali poruchy chování, bylo diagnostikováno alespoň jedno dítě s ADHD a u 48 % z nich byly diagnostikovány děti s kombinací ADHD a poruchou chování. Byla zaznamenána zvýšená hostilita nepřátelství mezi oběma frustrovanými rodiči a agresivním či hyperkinetickým dítětem. Poruchy vztahů mezi dítětem a rodiči jsou výraznější u dětí s poruchou chování. Navíc byl u otců dětí s poruchami chování ve 38 % případů diagnostikován alkoholismus a antisociální porucha osobnosti. V 8 % případech byli otcové uvězněni. U dětí s kombinací ADHD a poruchou chování byly údaje ještě vyšší. Zjištění zdůrazňují důležitost včasné intervence a podpory v rodinném prostředí, aby se předešlo dlouhodobým negativním dopadům na chování dětí a jejich rodičů. (Paclt, 2007)

## **Projevy**

- Nadměrné upoutávání pozornosti
- Negativismus
- Lži
- Krádeže
- Agresivita
- Šikanování
- Tyranizování, krutosti
- Záškoláctví
- Útěky z domova a toulky
- Vandalismus
- Alkoholismus a drogová závislost

(Paclt, 2007)

## Duševní zdraví

Světová zdravotnická organizace sestavila Evropský akční rámec pro duševní zdraví, který se vztahuje na léta 2021–2025. Tento rámec vychází z negativního dopadu COVID–19 na duševní zdraví a poskytuje základ pro intenzivnější podporu a ochranu duševní pohody. Zaměřuje se také na boj proti diskriminaci a stigmatizaci spojené s vyhledáváním pomoci. (WHO European Framework for Action on Mental Health 2021–2025, 2022)

V České republice chyběla studie, která by poskytovala ucelený pohled na zdraví dětí na základní škole. Národní monitoring duševního zdraví dětí byl proveden Národním ústavem duševního zdraví ve spolupráci s Českou školní inspekcí v roce 2023. Tento projekt je považován za unikátní ve střední a východní Evropě. Bylo zjištěno, že více než 50 % žáků devátých tříd v ČR projevuje známky zhoršeného well-beingu. To odráží kvalitu života, kterou děti nyní subjektivně prožívají a naznačuje, že zhoršené domácí podmínky, negativně ovlivňují jejich schopnost zvládat zátěžové situace, které život přináší. Náročné situace, jako stres, potíže ve škole či v práci, partnerské vztahy nebo ztráta blízké osoby, mohou narušovat duševní zdraví. Odbornou pomoc by bylo možné poskytnout každému třetímu žákovi. Většina duševních onemocnění vzniká v dětství a adolescenci, což je období zvýšeného rizika, ale zároveň je to klíčové období pro systematickou, cílenou a na důkazech založenou prevenci a včasnou intervenci. (Národní ústav duševního zdraví, 2023)

Poruchy duševního zdraví a chování u mládeže, od dětství po dospívání, jsou spojeny nejen se zvýšenou nemocností a úmrtností mládeže, ale také s negativním dopadem na rodiny, komunity a ekonomiku. (Boat, 2015) Evropská centra pro kontrolu a prevenci nemocí (ECDC) definují duševní poruchy jako významné změny ve způsobu, jakým se děti učí, chovají nebo zacházejí se svými emocemi, což může vést k úzkosti a problémům s každodenním fungováním. Do kategorie poruch chování jsou zahrnovány také problémy s návykovými látkami a agresivní chování. Ve Spojených státech amerických je prevalence poruch duševního zdraví mezi mládeží přibližně 20 %. (Perou, 2013) Několik studií prokázalo, že poruchy chování u dětí jsou spojeny s rizikovým sexuálním chováním, se sklony ke kriminalitě a nedostatkem sociálních dovedností, které přetrvávají i v dospělosti. (O'Connell, 2009; Rojas, 2019)

V České republice se počet mladých lidí pobírajících invalidní důchod kvůli duševní chorobě neustále zvyšuje. Během poslední dekády vzrostl počet lidí do 19 let pobírajících invalidní důchod o 50 %. Tento nárůst může být způsoben tím, že mnozí mladí lidé včas nenaleznou odbornou pomoc, což komplikuje jejich léčbu. Duševní zdraví mladé generace se dlouhodobě zhoršuje a pandemie COVID–19 tento trend ještě zhoršila. Situaci dále

komplikuje nedostatek klinických psychologů a psychoterapeutů. Mladí lidé často hledají pomoc až ve vážných stádiích duševního onemocnění, kdy se jejich onemocnění už stává nevléčitelným a léčba bývá méně účinná. (Krásenská, 2024)

V roce 2014 pobíralo invalidní důchod kvůli duševní chorobě 1081 mladistvých do 19 let, zatímco v roce 2023 tento počet vzrostl na téměř 1600 mladistvých. Mladí lidé přibývají rovnoměrně ve všech třech stupních invalidního důchodu v letech 2021 a 2022. Duševní choroby a poruchy chování jsou druhým nejčastějším důvodem pro pobírání invalidního důchodu. Výzkum zaměřený na důsledky invalidizace je veden profesorem Ptáčkem na lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Invalidizace jedince je spojena s osobní a sociální demotivací, přičemž invalidní důchod je vnímán jako definitivní stav. Ztrácejí se předpoklady pro další rozvoj vzdělávání, pracovního nebo sociálního. Problém je důležité řešit včas a podporovat duševní zdraví dětí a mladistvých. (Krásenská, 2024)

Podle Brančíka byly zaznamenány největší nárůsty v oblasti depresivních a úzkostných poruch. Také narůstají poruchy autistického spektra a poruchy pozornosti, přičemž tento typ poruch z pravidla nevede k invalidnímu důchodu v dospělosti. Mohou se však vyvinout v jinou diagnózu, například ADHD v dětství může být přeměněno na jinou diagnózu, jako je bipolární porucha, úzkostná porucha nebo deprese. Tento problém vyžaduje změny ve školním prostředí, vzdělávacích programech, podporu školních psychologů a dalších opatření. (Krásenská, 2024)

### **Externalizační problémy**

Termín externalizace označuje problémy s chováním, které ovlivňují vnější prostředí a jsou zaměřeny na společnost. Mezi uvedené problémy jsou zahrnuty porucha opozičního vzdoru, ADHD, porucha řízeného chování, delikventní chování, výrazné projevy zlosti, agresivní chování a snížená schopnost seberegulace. (Gresham, 2004)

### **Internalizační problémy**

Termín internalizace je často používán v zahraniční literatuře, označuje chování a problémy, které mají dopad na vnitřní svět žáka, takzvané zvnitřnění. Deprese, úzkost, somatické stížnosti, obsedantně kompulzivní syndrom, sociální izolace a nekomunikativnost jsou běžné projevy, které se často vyskytují u mladistvých ve věku 14–16 let. Žáci s tímto typem chování mají vyšší sklon k projevům smutku a strachu. (Gresham, 2004)

## 1.1 Klasifikace Diagnóz poruch chování a emocí

Poruchy chování a emocí je obecný termín pro diagnózy charakterizované specifickými typy problémového chování, které splňují stanovená kritéria v diagnostických manuálech, jako je implementační plán v Mezinárodní klasifikaci nemocí, kterou vydává Světová zdravotnická organizace (WHO) od roku 1948. Usiluje o zavedení jednotného mezinárodního názvosloví a klasifikace diagnóz, které jsou pokryty širokou škálou onemocnění, poruch a příznaků. Klasifikace je využívána jako základní nástroj pro sběr a analýzu dat o zdravotním stavu populace, včetně statistických a epidemiologických údajů. (Daňková 2019, s. 6)

### Rozdíly mezi MKN–10 a MKN–11

MKN–11 je začleňována do našich databází, protože přináší aktuální a detailnější diagnostická kritéria, která odrážejí současné poznatky v oblasti medicíny a psychiatrie. Používání MKN–11 některými podpůrnými skupinami a odbornými organizacemi zajišťuje jednotnost v diagnostice a léčbě napříč různými zeměmi a institucemi. Integrace umožňuje přesnější sledování a analýzu výskytu a vývoje různých nemocí, včetně poruch chování, emocí a poskytuje srovnatelná data pro výzkum a klinickou praxi.

Mezinárodní klasifikace nemocí desátá revize byla v České republice v platnosti od roku 1994. Využívá jednoho písmene a až tři číslic k vytváření klasifikačních řad nemocí, příznaků a poruch. Je základním ukazatelem v národním registru nemocí z povolání, národním registru kloubních náhrad, reprodukčního zdraví a národním registru onkologických nemocných atd. Provázání mezi pojišťovnami a Mezinárodním registrem klasifikace nemocí přináší lepší sledování nemocí a analýzu zdravotních dat pacientů, což vede k efektivnějšímu plánování péče a alokaci zdrojů. (Daňková, 2019)

Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize začala oficiálně platit od ledna roku 2022. v České republice byla zahájena pětiletá postupná implementace do českého zdravotnického systému. Jedním z rozdílů je přechod z knižní verze na digitální databázi. Tento benefit umožňuje urychlené vyhledávání a podrobnější klasifikaci onemocnění a důkladnější popis nových onemocnění. MKN–11 přispěje k přehlednější individualizované péči o pacienty. Očekává se, že umožní popis jednotlivých hlavních a vedlejších diagnóz. (Daňková, 2019) Duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy jsou v MKN–11 popisovány jako syndromy charakterizované klinicky významnou poruchou kognice, emoční regulace nebo chování jedince. (Daňková, 2019; Mezinárodní klasifikace nemocí instrukční příručka, 1996; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD))

## MKN 10

**Poruchy chování F 91**– Jsou charakterizovány vyšší mírou agresivity, disociality a odporu u dětí, které trvají šest měsíců nebo déle. Patří sem časté rvačky, tyranizování slabších, krutost k lidem nebo zvířatům, vážné poškozování majetku, zapalování ohňů, krádeže, opakované lhaní, vyhýbání se škole, útky z domova, časté a silné vzplanutí hněvu, provokativní chování a trvalá neposlušnost. Porucha chování a emocí je kombinována s dalšími emočními poruchami, takže je diagnostikována jako smíšená porucha chování a emocí. Často se také spojuje s psychiatrickými diagnózami nebo hyperkinetickými poruchami.

MKN–10 klasifikuje poruchy chování podle oblasti postižené narušeným chováním:

- **Porucha chování ve vztahu k rodině F 91. 0**– Splňuje všechna kritéria poruch chování, včetně porušování práv ostatních, ničení majetku a násilí, zaměřené především na domácí prostředí a členy rodiny. Je často spojována s napjatým vztahem s některými členy rodiny, zejména s novým nevlastním rodičem. Prognóza této poruchy je obvykle lepší.
- **Nesocializovaná porucha chování F 91. 1**–Vyznačuje se všemi příznaky poruch chování, včetně těch nejzávažnějších. Porucha je spojována s nedostatečnou integrací dětí mezi vrstevníky, což se projevuje špatnou socializací. Je zjištěno, že děti nemívají blízké přátele ve své věkové skupině, bývají neoblíbené a často jsou odmítány. Jejich vztahy s dospělými obvykle postrádají důvěrnost. Přestupky mohou být páčány samostatně nebo ve skupině, což závisí na kvalitě mezilidských vztahů. Porucha se projevuje nejčastěji ve škole, ale může se vyskytovat i v jiných prostředích. Prognóza této poruchy bývá obvykle špatná.
- **Socializovaná porucha chování F 91. 2**–Příznaky poruch chování, ale na rozdíl od nesocializované formy jsou děti schopny navazovat trvalá přátelství se svými vrstevníky. Přestupky mohou být spáchány buď jednotlivě nebo ve skupině, a to buď v partě nebo v neproblémové skupině vrstevníků. Socializovaná porucha má obvykle dobrou prognózu a často ustupuje v pozdní adolescenci a mladé dospělosti.
- **Porucha chování opozičního vzdoru F 91. 3**–Porucha se vyznačuje výrazným vzdorovitým, neposlušným a provokativním chováním u dětí ve věku přibližně od 6 do 10 let. Přesto nejsou přítomny vážné antisociální a agresivní činy. (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů, 2018; Český statistický úřad–Mezinárodní klasifikace nemocí MKN–10, 2023)

## **MKN 11**

V originální verzi ICD–11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) se nachází šestá kategorie, do níž jsou zařazeny poruchy chování a emocí. Už nejsou používána písmena F 00–F 99, jak tomu bylo v klasifikaci MKN–10. V šesté kategorii 06 jsou zahrnuty duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy. Poruchy jsou obvykle spojeny se strádáním nebo zhoršením v osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, profesní nebo jiné důležité oblasti fungování. Kategorie QE–84 (Akutní stresová reakce) a QE–62 (Nekomplikovaná ztráta blízké osoby). Obsahuje 20 diagnostických skupin a subkategorií, které jsou označeny jako 6A–00.0. Porucha intelektuálního vývoje, lehká. Počet hlavních kategorií duševních a behaviorálních poruch se zvýšil; v MKN–10 jich bylo 10. Celá diagnostická kategorie poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (F 9) byla z MKN 10 odstraněna. Příznaky a charakteristiky, podle kterých jsou nové kategorie rozčleněny, jsou považovány za klíčové. Nově se má umožnit rozlišování, kdy se jednotlivé poruchy vyskytují v různých věkových skupinách jedince. (Daňková, 2019; WHO, 2024)

## **DSM**

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM), vydávaný Americkou psychiatrickou asociací, je nejvíce používanou klasifikací mentálních poruch ve Spojených státech amerických a některých dalších zemích. Zaměřuje se na popis a diagnostiku duševních poruch a poskytuje kritéria pro stanovení diagnózy na základě symptomů a charakteristik. DSM se liší od MKN v několika ohledech, včetně struktury a typů diagnostických kritérií. Zatímco MKN je široce používáno pro diagnostiku, DSM je zaměřeno na mentální poruchy a je používáno psychiatry a psychoterapeuty v klinické praxi, protože poskytuje systém pro porozumění a léčbu duševních poruch. Manuál byl poprvé vydán v roce 1952, následně v roce 2000 vyšla verze DSM–IV–TR. Verze DSM–V byla vydána v roce 2013 a nejnovější revize DSM–V–TR v roce 2022. Překlad do češtiny byl dokončen v roce 2024. V důsledku přirozeného vývoje jazyka a změny společenských konvencí používají DSM i MKN méně stigmatizující jazyk, například místo vývojové poruchy intelektu používá termín mentální retardace a místo deviací parafilie. V DSM–IV se poruchy chování dělí z věkového hlediska na typ se začátkem v dětství před 10. rokem a typ se začátkem v adolescenci po 10. roce. Navíc rozlišuje stupeň závažnosti poruchy lehkou, střední a těžkou. V DSM–V je u poruch chování projevujících se opakovaným vzorcem chování vyžadováno splnění minimálně tři kritérií po dobu dvanácti měsíců, přičemž alespoň jedno z těchto kritérií musí být přítomno v posledních šesti měsících. Přísnější kritéria pomáhají lépe identifikovat a klasifikovat

mentální poruchy. (Hořínek, 2022; Mohr, 2023)

## 1.2 Dělení poruch chování podle školské legislativy

Poruchy chování jsou rozděleny na specifické a nespecifické podle školské legislativy. Specifické poruchy chování jsou způsobeny faktory, které ovlivňují centrální nervovou soustavu, včetně genetických predispozic, neurochemické nerovnováhy nebo neurologických změn. Nespecifické poruchy chování vznikají z různých příčin nesouvisejících s centrální nervovou soustavou, jako jsou sociální, psychologické nebo prostřední vlivy. Patří sem poruchy příjmu potravy, emoční poruchy a poruchy chování spojené s traumatem. (Hutyrová, 2019) Poruchy chování se v zahraniční literatuře často dělí do tří hlavních oblastí podle projevu poruchy:

- První oblastí jsou poruchy chování vycházející z konfliktu, jako je záškoláctví, lhaní a krádeže.
- Druhou oblastí jsou poruchy chování spojené s násilím, jako je agrese, šikana a loupeže.
- Třetí oblastí jsou poruchy chování související se závislostí, jako je toxikomanie a závislost na automatech. (Cole 1998, s. 26–30)

Podle klasifikace Mischkera, která je respektována z hlediska školního i psychiatrického, jsou poruchy emocí a chování rozděleny do čtyř skupin:

- 1 **Poruchy ovlivněné externími faktory:** agrese, hyperaktivita, poruchy pozornosti a impulzivita.
- 2 **Poruchy ovlivněné interními faktory:** strach, komplex méněcennosti, úzkost, ztráta zájmu o dění a poruchy spánku.
- 3 **Nezralé sociální vztahy:** snížená schopnost koncentrace, infantilní chování, snadná unavitelnost a snížená výkonnost.
- 4 **Socializovaní delikventi:** násilnické chování, vznětlivost, nezodpovědnost a poruchy vztahů.

Z pedagogického hlediska je důležité mít na paměti, že poruchy emocí a chování mají dopad na možnosti rozvoje, vzdělávání a pracovního zařazení jedince. (Hillenbrand, 1999)

## 2 VÝVOJOVÉ ASPEKTY ADOLESCENCE

Období dospívání je považováno za klíčové období v životě mladých jedinců, kdy je začínáno objevovat sami sebe a své já, což má dlouhodobý vliv na jejich životy. Adolescence je některými lidmi vnímána jako období, kdy je začínáno plně prožívat svůj život a formovat svou identitu. S postupem času jsou měněny společenské a technologické podmínky, což ovlivňuje i zážitky a výzvy, jimž mladí lidé čelí. Dnešní adolescence je ovlivňována digitálním světem a změnami v postojích a hodnotách, což je odlišuje od předchozích generací. Adolescence je obvykle spojována s druhou dekádou života, tedy obdobím od přibližně 10 do 20 let věku jedince. Nicméně, časové vymezení tohoto období se může lišit v závislosti na jednotlivých autorech a jejich perspektivách. Existují různé přístupy k definici a časovému ohraničení adolescence, což odráží složitost tohoto vývojového období. V evropské psychologii je tradičně dělena od pubescence. Všeobecně se souhlasí s tím, že toto období lze ideálně rozdělit do tří fází. Každá z těchto etap má své jedinečné charakteristiky. Porovnání jedinečných rysů jedenáctiletého s devatenáctiletým dokazuje, jaké obrovské změny se v průběhu tohoto období odehrávají. (Macek, 2003, s. 9–10)

Období dospívání bylo v roce 1978 rozděleno podle biologického vývoje dítěte na období pubescence a adolescence. První období pubescence (11–15 let) je rozděleno do dvou fází. První fáze prepuberty (11–13 let) je zahájena prvními známkami pohlavního dospívání a končí nástupem menstruace u dívek a noční polucí u chlapců. Druhá fáze vlastní puberty (13–15 let) trvá do dosažení reprodukčních schopností, kdy je ustálen menstruační cyklus a vyvinuty sekundární pohlavní znaky u obou pohlaví. Druhé období adolescence (15–20 let) zahrnuje postupné dosažení plné reprodukční zralosti a dokončení tělesného růstu, zaoblení postavy u dívek a zvýšení svalové hmoty u chlapců. (Švancara, 1978)

Pro přechod do dospělosti jsou klíčové nejen biologické aspekty, ale i psychologické a sociální faktory, jako je dosažení osobní autonomie a přijetí role dospělého ve společnosti. Důležitou roli hraje ukončení formálního vzdělávání a získání potřebných profesních kvalifikací, což umožňuje mladým jedincům úspěšně vstoupit do světa dospělých. (Macek, 2003) Autorkou Vágnerovou je posunuta věková hranice adolescence od 15 let a zdůrazněna individuální variabilita horní hranice tohoto období. Také je odlišeno vymezení školního věku, který je rozdělen do tří skupin, přičemž třetí stupeň je označen jako starší školní věk v rozmezí 11–15 let. (Vágnerová, 2000, s. 253)

Dospívání je považováno za fázi životního cyklu mezi dětstvím a dospělostí. V nedávné době bylo vědci upozorněno na trend, kdy je mladá populace považována za dospívající



až o 5 let později. Tento posun vyvolává vědecké debaty o příčinách a důsledcích. V průběhu minulého století bylo zaznamenáno výrazné posunutí věku dospělosti až na 24 let. Tím byly změněny i časové obrysy v dokončení vzdělání, rolích ve společnosti, v uzavírání manželství a přebírání rodičovských povinností. Nový pohled na začátek a konec dospělosti vyvolal potřebu aktualizace definic v zákonech a sociálních pravidlech. Je klíčové, aby byla vedena diskuze o této nové definici, a to s ohledem na dopady na veřejné služby, právní úpravy a sociální normy. Svět se změnil natolik, že je potřeba přepsat zažitá pojmy a změnit definici adolescence. (Sawyer, 2018)

Mezi biologické důkazy patří skutečnost, že mozek se stále vyvíjí až do věku kolem 20 let, přičemž se stává rychlejší a výkonnější. U některých jedinců se třetí stoličky objevují až kolem 25 roku. Puberta často začíná dříve, protože hormony z hypothalamu začínají působit na adolescenty mnohem dříve, což může být způsobeno různými faktory, jako je zdravější výživa a kvalitnější zdravotní péče. S urychleným začátkem puberty se věk první menstruace posunul z přibližně 14–16 let před 150 lety na současných 12 až 13 let. Všechny změny v období dospívání naznačují, že adolescenti dospívají později, jak fyzicky, tak psychicky. Argumentuje se tím, že průměrný věk prvního sňatku se zvyšuje a posouvá se také průměrný věk pro založení rodiny (Adolescence už netrvá do 19 let. Přelomový věk je teď 24, tvrdí vědci, 2018).

V České republice byly zaznamenány výrazné změny v průměrném věku při vstupu do manželství od roku 1961, kdy muži uzavírali sňatek průměrně ve věku 24 let a ženy ve věku 21 let. Do roku 2012 se průměrný věk pro muže při vstupování do manželství zvýšil na 32 let a pro ženy na 29 let. (Němečková, 2015) Struktura rodiny se v jednotlivých členských státech Evropské unie mění v důsledku kulturních rozdílů. Například v roce 2018 byl průměrný věk žen při prvním sňatku na Slovensku kolem 26,5 let, zatímco ve Švédsku to bylo kolem 34 let. Průměrný věk mužů při prvním sňatku se pohyboval na Slovensku kolem 29,2 let a ve Švédsku kolem 36,7 let. Mnoho mladých lidí často odkládá dosažení finanční a sociální nezávislosti, což vede k pozdějšímu vstupu do manželství a dosažení dospělosti. Často je dávana přednost pohodlí a životu ve společné domácnosti s rodiči. Globální pohled je v této studii poskytován prostřednictvím porovnání dat s Organizací spojených národů. (Young people family and society, 2020) Mladí lidé jsou více ovlivňováni prostředím než svým přirozeným biologickým růstem, který se od nich očekává. Tento postoj může znamenat, že jejich touha po dosažení dospělosti a vysokých výkonů je snížena. Mohlo by to být způsobeno tím, že na ně nejsou kladeny dostatečně vysoké nároky. Mladí lidé by měli být povzbuzováni k tomu, aby si stanovili cíle a směřovali k dosažení svých potenciálů, přičemž by dospělí měli

vytrvat ve svých očekáváních a požadavcích na ně. (Paulík, 2017)

## **2.1 Střední vzdělávání**

Školský zákon 561/2004 Sb., naposledy aktualizovaný 1. ledna 2024, má za úkol podporovat rozvoj vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot, které jsou žáky nabývány během základního nebo odborného vzdělávání a posilovat jejich hodnotovou orientaci. Kromě toho je školským zákonem zajišťováno vytváření podmínek pro plnohodnotný osobní a občanský život, umožňování samostatného získávání informací a celoživotního vzdělávání, podpora pokračování v dalším vzdělávání a příprava žáků pro výkon povolání a pracovní činnost. Pro zajištění těchto cílů a funkcí je kladen důraz na spolupráci mezi vzdělávacími institucemi, žáky a jejich rodiči, stejně jako na podporu pedagogů a dalších vzdělávacích pracovníků.

Střední vzdělání lze dosáhnout úspěšným ukončením příslušného vzdělávacího programu. Existují tři hlavní stupně středního vzdělání: střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem a střední vzdělání s maturitní zkouškou. Střední vzdělání je získáváno ukončením vzdělávacího programu v délce jednoho nebo dvou let denní formy vzdělávání. Střední vzdělání s výučním listem lze získat ukončením vzdělávacího programu v délce dvou nebo tří let denní formy vzdělávání nebo zkráceného studia. Střední vzdělání s maturitní zkouškou je získáváno ukončením vzdělávacích programů osmiletého nebo šestiletého gymnázia, čtyřletého studia, dvouletého nástavbového studia nebo zkráceného studia. Podmínky pro přijetí ke střednímu vzdělání jsou stanoveny v § 59 školského zákona. Přijímání mohou být uchazeči, kteří splnili povinnou školní docházku nebo úspěšně ukončili základní vzdělávání před splněním povinné školní docházky. Uchazeči musí rovněž splnit přijímací podmínky, které se týkají jejich schopností, vědomostí, zájmů a zdravotní způsobilosti. (Školský zákon 561/2004 Sb., 2024)

### **Pedagogický pohled**

Práce s dětmi s poruchami chování může být ve školském zařízení může být náročná a emočně zatěžující pro učitele, kteří často čelí konfliktním situacím, do kterých se dospívající dostávají. Poruchy chování bývají spojovány s emocionální deprivací nebo jinými hlubšími problémy, což může vést ke konfliktům mezi žáky nebo mezi učitelem a žákem. Poruchy chování často pramení z nedostatku lásky, složitých rodinných vztahů, násilí v rodině, nebo bezhraniční výchovy, která neposkytuje žákům pocit bezpečí. Proto je pro učitele klíčové,

aby bylo rozlišováno mezi pouhou nevychovaností a chováním způsobeným hlubšími emocionálními nebo sociálními problémy. Učitelé si často stěžují na nevychovanost dětí, ale je nutné si uvědomit, že poruchy chování mohou mít kořeny v rodinných poměrech, a proto je třeba s nimi pracovat komplexně. Moderní pedagogická praxe potvrzuje, že škola a rodina musí spolupracovat na výchovně-vzdělávacím procesu, a že tradiční dichotomie "rodina vychovává a škola vzdělává" již neplatí. Školy, které se úspěšně vyrovnávají s výchovnými problémy a vytvářejí přátelskou atmosféru, obvykle přikládají velký význam spolupráci s rodinami a vnímání vzdělávání jako celistvého procesu, který zahrnuje jak výchovu, tak vzdělávání. (Poruchy chování a jak na ně?, 2019)

### 3 NEFARMAKOLOGICKÉ INTERVENCE

Nefarmakologické intervence u poruch chování a emocí zahrnují různé strategie a techniky, které jsou navrženy tak, aby se zlepšilo chování a emoční stav žáků bez použití léků. Intervence se zaměřují na vytváření podpurného prostředí a používání behaviorálních technik k dosažení pozitivních změn. Během terapeutických intervencí se plánuje zásah, jehož cílem je řešit konkrétní problém. Nežádoucí trend v chování žáků je přerušován, zastavován a měněn. (Vojtová, 2004) Intervenčními opatřeními se u žáků vyvolávají odlišné způsoby chování než ty, které měli před zavedením intervence. Rozdíl v chování před a po aplikaci intervence by měl být zřetelný a hmatatelný. (Vojtová, 2008)

- **Poradenská a klinická psychologie**

Psychologie je převedena do praxe za účelem zvyšování či udržování zdraví a psychické pohody. Klinická psychologie se zaměřuje na duševní život bio-psycho-sociálních podmínkách, tedy na zdraví a nemoc. Diagnostika, prevence a terapie osob s psychickými potížemi jsou její hlavní činnosti. Kliničtí psychologové se podílejí na tvorbě taxonomií MKN–10 a DSM–V. Nejčastějšími klienty jsou delikventní mládež, duševně nemocní a závislí jedinci. Odborníci se zaměřením na klinickou psychologií pracují zejména v ambulantních a lůžkových zařízeních. Poradenská psychologie je praktikována v poradnách pro rodinu, pedagogicko-psychologických poradnách. Poradenství nezasahuje do takové hloubky jako klinická psychologie a jsou využívány jiné postupy a techniky. Odborníky je poskytována rada především v osobních, pracovních, školních či vztahových problémech. (Pugnerová, 2019)

Cílem psychologie je analyzovat psychické procesy a jejich příčiny, určovat hranice mezi normálním a abnormálním a vysvětlovat, proč vznikají určité odchylky. Pokud jsou odhaleny problémy nebo odchylky, jsou nabízeny terapeutické techniky, které pomáhají obnovit rovnováhu a vrátit člověka do stavu považovaného za normální. Psychologické posouzení umožňuje včasnou detekci a zásah při kognitivních a vývojových problémech, stejně jako u závažných poruch a narušení. Psychoterapie, na rozdíl od psychologie, je konkrétní metoda léčby, která využívá psychologické techniky k léčbě různých psychických poruch a problémů. Někdy dochází k záměně těchto dvou pojmů, ale je důležité si uvědomit, že zatímco psychologie je širší věda o mysli a chování, psychoterapie je specifická léčebná metoda využívaná k řešení duševních problémů. (Neves, 2020)

- **Psychoterapie**

Pojem psychoterapie pochází z řeckých slov „psýché“ a „therapeia“, což v překladu znamená „léčit duši.“ Klíčovou podmínkou pro účinnou psychoterapii je vytvoření prostředí, které poskytuje bezpečí a důvěru, kde může vzniknout terapeutický vztah mezi terapeutem a adolescentem. (Hytych, 2024) Mnoha lidem, kteří zažívají pocity osamělosti nebo bezúčelnosti nebo kteří hledají hlubší smysl života, může být psychoterapií pomoheno. Psychoterapie ovlivňuje psychické a psychosomatické poruchy. (European Association for Psychotherapy, 2024) Dětská psychoterapie je chápána jako věda i umění zároveň, děti jsou léčeny terapeutem, který musí mít na rozdíl od jiných terapeutů i umělecké vlohy. (Ronen, 2000)

Psychoterapie je charakterizována léčebným působením prostřednictvím psychologických prostředků. Prostředky jsou záměrně a plánovaně využívány a zahrnují slova, rozhovor, neverbální chování, stimulaci emocí, procesy učení, vztahy a interakce ve skupině. (Kratochvíl, 2005) Psychoterapie je terapeutická technika, využívána ke zpracování stresových situací a léčbě emočních nebo duševních poruch. Jejich cílem je obnovení rovnováhy u dané osoby. (Neves, 2020)

*„Psychoterapeutický proces není zjevný, je totiž založený na pomalých změnách, které se dějí v čase a prostoru. Nejprve k nim dochází vnitřně, protože souvisejí s psychoemociální úrovní, která je viditelná pouze tehdy, když se odráží v projeveném chování, gestech a postojích.“ (Neves 2020, s. 27)*

Hlavním cílem terapie by mělo být dosažení trvalých změn v chování v příslušných situacích mimo terapeutické prostředí, s následným přenesením těchto změn do domácího prostředí, do školy nebo mezi vrstevníky. (Morris, 1983) Přestože dětská psychoterapie vykazuje vysokou úspěšnost, je také charakteristická vysokou mírou předčasného ukončení terapie, častými recidivami a nedostatečně dosaženými výsledky. Další problém představuje rozdíl mezi výsledky dosaženými ihned po ukončení terapie a těmi, které přetrvávají po určité době od terapie. (Ronen, 2000)

Existuje řada psychoterapeutických směrů, jako jsou psychoanalýza, adlerovská či jungovská psychoterapie, dynamické psychoterapeutické směry, logoterapie, gestalt terapie, rogersovská terapie, kognitivně behaviorální terapie a další. (Gavendová, 2021) Terapie dětí se v mnohém odlišuje od terapie dospělých; hlavním rozdílem je, že dítě stále prochází vývojem a kontinuálně dochází ke změnám. *„Děti jsou tak zvané pohyblivé cíle.“* Chování dítěte je závislé na vývojovém stadiu, na rodinné situaci, na vlivech okolního prostředí a také na individualitě. (Ronen, 2000)

Behaviorální trénink sociálních dovedností a práce ve skupinách spolu s rodiči mají smysl, pokud jsou praktické dovednosti v komunikaci mezi dětmi a rodiči součástí tréninku. V rámci aktivit je nezbytné začlenit i nové prvky, jako je sport nebo jiné společné aktivity a zároveň se soustředit na celou rodinu prostřednictvím různých poradenských činností. (Paclt, 2007) Základní pravidla kognitivně-behaviorální techniky zaměřené na sociální dovednosti jsou: Skupinová pravidla a seznámení se s řízením celé skupiny, vysvětlení významu skupinové diskuse v sociálních dovednostech, verbální instrukce k nácviku dovedností. Role v modelových situacích hrané terapeutem a žákem, přičemž později se žák zapojuje do hry s malou skupinkou. Trénink je prováděn formou zpětné vazby a instrukcí terapeuta, kterými jsou rozvíjeny další modelové dovednosti. Praktické dovednosti se trénují ve dvojici, kde dva adolescentní žáci spolupracují při hře a terapeut poskytuje zpětnou vazbu. Poslední aktivita vzájemné komunikace mezi žáky je zaznamenána na video pro další analýzu. Žákům je zadán domácí úkol, který má navázat na probíranou látku a upevnit dovednosti. (Paclt, 2007)

### **3.1 Dělení psychoterapie**

Dělení psychoterapie na individuální, skupinovou a rodinnou, bylo v našich studiích, které se zabývaly symptomy poruch chování a emocí široce aplikováno.

#### Ambulantní terapie:

##### **Individuální psychoterapie**

Individuální terapie je zvolena, když je zjištěno, že současný vývoj dítěte se odklání od normy a terapeutický zásah je považován za nezbytný. Po rozhodnutí, že dítě nebo mladistvý potřebuje individuální péči, není proces vyšetření a hodnocení ukončen. Je nezbytné, aby byl naplánován přesný terapeutický postup, byly zváženy způsoby získání spolupráce dítěte a byly vybrány nejvhodnější terapeutické metody. (Ronen, 2000)

V individuální psychoterapii probíhá terapeutický proces mezi terapeutem a jedním klientem. Když jde o mladistvého, často se vyžaduje zapojení dalších dospělých, jako jsou rodiče nebo zástupci relevantních institucí, jejichž přání a požadavky nelze ignorovat. V ideálním případě se tito dospělí osobně účastní terapie a spolupracují na společných cílech. Nedobrovolnost a trojstrannost však mohou klást omezení terapeutických postupů, protože úspěšná terapie vyžaduje sladění přání a očekávání terapeuta, dítěte nebo mladistvého a pečovatele. Pokud sladění neexistují, může být obtížné dosáhnout účinné terapie. Proto je důležité, aby se postupně rozvinul pocit dobrovolnosti pro všechny zúčastněné strany.

(Hytych, 2024)

### **Skupinová psychoterapie**

V České republice je ambulantní skupinová péče pro mladistvé s poruchami chování často nedostupná, přestože jde o velmi efektivní formu terapie. Skupinová psychoterapie je však využívána v některých internátních zařízeních, jako jsou střediska výchovné péče, kde se pobyt může pohybovat od dvou do tří měsíců. Pobyt mimo rodinu nemusí být vždy příjemnou zkušeností, pokud dítě preferuje pobyt mimo rodinu, může to být varovný signál. Pokud je vytvořena fungující skupina, která zajišťuje pocit bezpečí, důvěru a poskytuje vyváženou zpětnou vazbu, vznikají podmínky pro rozvoj a transformaci chování. Během pobytu se dítě nebo mladistvý musí vypořádat s různými situacemi a nemůže se jim jednoduše vyhnout, což je součástí terapeutického procesu. (Hytych, 2024)

Skupinová dynamika a interakce, které probíhají mezi členy skupiny a terapeutem, stejně jako mezi samotnými členy skupiny, se využívají k léčebnému postupu. Technika spoléhá na prvky skupinové dynamiky, jako jsou cíle, normy, vůdcovství, koheze, tenze, projekce minulých zkušeností a vztahů, také proces vývoje skupiny v průběhu času. Terapeutický cíl zahrnuje dosažení vhledu, pochopení a změny nesprávných postojů, zprostředkování poznatků a úpravu vzorců chování směrem k sociální adaptaci. Skupina se zaměřuje na předání poznatků o zákonitostech interpersonálních vztahů a skupinových norem, což by mělo vést k efektivnějšímu a harmoničtějšímu jednání s ostatními lidmi. Skupinová psychoterapie rovněž podporuje zrání osobnosti a má za cíl odstranění chorobných příznaků. (Kratochvíl, 2005)

### **Rodinná psychoterapie**

Rodinná terapie je postup zaměřený na léčbu psychických, vztahových a psychosomatických poruch, přičemž do terapeutického procesu je zapojena celá rodina. Klíčová je podpora rodinných příslušníků a vytváření nových, zdravějších podmínek pro všechny členy rodiny. Nemoc je považována za proměnnou, která ovlivňuje dynamiku rodiny. Pokud jeden člen rodiny trpí, je pravděpodobné, že to ovlivní i ostatní. Rodinná terapie je autorem Lečbychem vnímaná jako metoda první volby v rámci psychologické pomoci dětem a adolescentům. (Lečbych, 2021)

- **Psychoterapeut**

Psychoterapie vyžaduje, aby byly umělecké sklony psychoterapeuta kombinovány

s různými obory do jednoho celku. Schopnost integrovat mnoho oblastí do jedné ucelené terapie vyžaduje kreativitu a flexibilitu. Terapeut musí být adaptabilní, kreativní a schopný zaujmout děti a mladistvé. Umělecké schopnosti činí terapeutický proces přitažlivějším, což zvyšuje ochotu dítěte k účasti a spolupráci. (Ronen, 2000)

V České republice není jednoznačně legislativně určeno, kdo je terapeutem a kdo jím není. Z tohoto důvodu je při výběru terapeuta nezbytné pečlivě ověřit jeho kvalifikaci. Terapeuti, kteří chtějí poskytovat kognitivně behaviorální terapii ve zdravotnictví, musí mít příslušné vzdělání v oborech jako je psychologie, medicína, zdravotnictví, sociální práce nebo jiné příbuzné obory, ideálně s vysokoškolským titulem. Po ukončení vysokoškolského studia musí být absolvován certifikovaný výcvik v kognitivně behaviorální terapii, který může zahrnovat až pět let praktického školení a supervizi. (Rektor, 2019)

Českou asociací pro psychoterapii je stanoveno, že psychoterapeut musí mít ukončené vysokoškolské magisterské vzdělání a absolvovaný akreditovaný psychoterapeutický výcvik v délce alespoň 500 hodin. Pokud vzdělání terapeuta ještě nebylo ukončeno, měla by být informace o tom uvedena v jeho pracovním profilu. Dalším indikátorem důvěryhodnosti by mělo být členství v profesní organizaci, která dohlíží na výkon psychoterapeutického povolání. (Česká asociace pro psychoterapii, 2024) Evropskou asociací pro psychoterapii bylo zajištěno poskytování kvalitní psychoterapeutické péče pro občany Evropské unie a bylo vyzváno k řádné regulaci psychoterapeutické profese a jejích služeb. Asociace očekává, že Evropský parlament a Evropská komise přijmou opatření, která zajistí řádnou regulaci psychoterapie v rámci Evropské unie. (European Association for Psychotherapy, 2024)

- **Psychoedukace**

Předávání srozumitelných informací o vzniku, příznacích a možnostech léčby pacientovi s duševním onemocněním je považováno za klíčové. Adolescent je zároveň instruován, jakými způsoby může své onemocnění lépe zvládat. Významný přínos k úspěchu léčby může být připsán psychoedukaci. (Národní zdravotnický informační portál, 2023) Rodinná psychoedukace je považována za komplexní intervenci, která poskytuje pacientům a jejich blízkým důležité informace, emoční podporu a dovednosti ke zvládnání životních situací spojených s chronickým duševním onemocněním. Nejvíce důkazů o její účinnosti pochází ze studií onemocnění, jako je schizofrenie, bipolární porucha a deprese. (Bankovská, 2019)

- **Kognitivně behaviorální techniky KBT**

Kognitivně behaviorální intervence jsou charakterizovány jako účinné terapeutické



postupy, které jsou strukturovaně vedeny zkušeným terapeutem. Zaměřují se na to, jak myšlenky ovlivňují emoce a chování. Terapeutický přístup je plánovaný a systematický s cílem změnit chování jednotlivce i rodiny, přičemž je založen na principech klasického podmiňování. Cílem je, aby bylo podporováno žádoucí chování a potlačováno chování nežádoucí. Adolescenti jsou vedeni k rozpoznávání svých negativní myšlenky a k učení se je měnit, protože mnoho těchto myšlenek může vést k úzkosti, pocitu bezmoci nebo nadměrnému stresu až depresi. Důraz je kladen na to, aby byla procvičována zdravá komunikace s partnerem, rodinou a přáteli. Traumata a bolestné životní zkušenosti mohou způsobit negativní postoje; terapie umožňuje přehodnotit negativní postoje a změnit je na pozitivnější a vyváženější. (Praško, 2024) Řada prvků kognitivně behaviorální terapie je také využívána v pedagogické praxi. Paralely mezi psychoterapií a přístupem KBT lze pozorovat v základních myšlenkách, principech a metodách. Principy jsou intuitivně využívány mnoha pedagogy, kteří je začleňují do své výuky během interakcí s žáky, což pro ně představuje přirozený způsob práce. (Gavendová, 2021)

Ve školním nebo pedagogickém prostředí mohou být některé aspekty kognitivně behaviorální terapie používány pedagogy, speciálními pedagogy nebo školními poradci pro podporu žáků, kteří potřebují pomoc s emocionálními nebo behaviorálními problémy. To však neznamená, že mohou poskytovat plnou kognitivně behaviorální terapii, kterou poskytují certifikováni terapeuti nebo psychologové. Ve školním prostředí mohou být používány některé techniky nebo strategie KBT, jako jsou strukturované aktivity, podpůrné rozhovory nebo skupinové programy, aby pomohli žákům zvládat stres, úzkost a emoční či behaviorální problémy. Nicméně skutečnou KBT terapii, která zahrnuje diagnostiku, léčebný plán a terapeutický dohled, musí provádět kvalifikovaný odborník. U nezletilých adolescentů je nutný souhlas zákonného zástupce žáka.

Českou společností kognitivně behaviorální terapie (ČSKBT) je sdružováno přibližně 240 terapeutů z celé České republiky. Společnost je členem Evropské asociace behaviorální a kognitivní terapie (EABCT). Kognitivně behaviorální terapie je v současné době jedním z nejrozšířenějších psychoterapeutických směrů. (Česká společnost KBT, 2016) Behaviorální psychoterapie je chápána jako přístup, který považuje poruchy chování za především naučené reakce. Kognitivní psychoterapie se zaměřuje na poznávací procesy, zejména na myšlení. Odyssea, mezinárodní institut kognitivně behaviorální terapie, sdružuje přibližně 80 členů. Tento institut poskytuje pětiletý výcvik, který je akreditován pro zdravotnictví u České psychoterapeutické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČPS ČLS JEP) a také u Asociace Klinických psychologů České republiky. Skupina se schází celkem čtyřikrát ročně:

Poprvé na 5 dnů a následně třikrát na 3 dny, a to po dobu 5 let. První rok je zaměřen na vlastní zkušenost, další roky na nácvik dovedností při práci s různými typy poruch a poslední pátý rok je celý věnován supervizi. (Odyssey Mezinárodní institut KBT, 2018)

- **Socioterapeutické intervence**

Socioterapie je vyvíjena a není úplně pevně ukotvena. Je využíváno terapeutické použití sociálních aktivit a uspořádání určitého sociálního prostředí s cílem zlepšit sociální dovednosti a rozvíjet mezilidské vztahy. Tento přístup je podobný konceptu terapie prostředím a poskytuje základy pro léčebné společenství pro děti a mládež. (Langmeier, 2010) Je usilováno o optimalizaci životních perspektiv jedince omezením znevýhodnění a rizik spojených se sociálním začleněním. Sociálně nepřijatelné trendy v chování jsou přerušovány, posilována je pozitivní motivace pro vzdělávání a podporován rozvoj akademických i profesních kompetencí. (Vojtová, 2008) Touto terapií je interdisciplinárně usilováno o dosažení integrity jedince, jeho kompetencí a schopnosti realizovat svůj osobnostní potenciál v rámci fungujícího sociálního pole a dynamiky vztahů a vazeb. Účinek spočívá v terapeutickém ovlivnění vnějšího prostředí sociálních vztahů a vazeb. Jsou zahrnovány strukturované programy zaměřené na aktivní zlepšování a rozvoj sociálních a komunikačních dovedností u dětí a adolescentů. Psychoterapie a socioterapie se vzájemně doplňují, umocňují a částečně se překrývají. (Boďová, 2013)

- **Pedagogické intervence**

Pedagogické intervence jsou využívány k podpoře vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Intervence jsou zaměřeny na posílení vzdělávání ve vyučovacích předmětech nebo na maximální využití vzdělávacího potenciálu u nadaných žáků. Po dohodě pedagogů je vypracován plán pedagogické podpory (PLPP). Intervence se poskytují jako opatření prvního stupně podpůrných opatření. Od roku 2021 umožňuje metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) vydaný k vyhlášce č 27/2016 Sb., učitelům určit první stupeň opatření nebo doporučit žáka do školského poradenského zařízení, čímž se snižuje administrativa pro učitele i poradenská zařízení. Pedagogická intervence, se změnou svého pojetí a přesunem mezi podpůrná opatření prvního stupně, je dostupná okamžitě po identifikaci potřeby žáka a může být ihned zahájena (Metodický pokyn k zajišťování podpůrného opatření pedagogická intervence, 2021) Ve fázi intervence jsou hlavními úkoly etopédie eliminace nežádoucích vlivů, probouzení zájmu a usměrňování aktivit. Důraz je kladen na vytváření důvěry a sebeúcty a na posilování pozitivních sociálních vztahů

žáka k sobě samému i k druhým. Etopedií je adolescentům pomáháno orientovat se ve vlastním chování a v reakcích okolí, poznávat a vyhodnocovat své chování v různých situacích, motivovat se k jiným modelům chování a posilovat své chování vůči negativním vlivům okolí (Vojtová, 2013)

Aby došlo k pozitivní změně v projevech chování u dětí a adolescentů, je nutné provést úpravu režimu a prostředí. Úprava je prvním krokem, pokud dítě nemá podporu v domácím prostředí a ve škole je úspěch jen minimální. Pomoc pro dítě může být účinná pouze tehdy, pokud je dítě přijímáno jeho nejbližšími a posilována je jeho sebedůvěra vhodným chováním. Velmi důležité je sjednotit výchovné postoje rodičů. Hyperaktivita, poruchy pozornosti a impulzivita u dětí a dospívajících vyžadují hodně trpělivosti a času, aby se projevíly pozitivní změny. (Drlíková, 2007) Řešení problematického chování by nemělo být hledáno až v momentě, kdy se stane viditelným a obtížně řešitelným, například při porušení zákona nebo ukončení studia. K žákovi s poruchami emocí a chování by mělo být přistupováno v celém jeho kontextu osobnostním, sociálním a edukačním. Dialog je založen na kooperativním vztahu, přičemž si žák buduje vlastní životní postoje a čerpá z interdisciplinární spolupráce. (Vojtová, 2013)

## 4 PORADENSTVÍ VE STŘEDOŠKOLSKÉM VZDĚLÁVÁNÍ

V dnešní době je rodičům nabízená celá škála zařízení, která se zabývají specifickými poruchami chování u dětí. Pro rodiče i děti je velmi přínosné, že hned při prvních příznacích mohou být do spolupráce zapojeni třídní učitelé. Je důležitá společná domluva a strategie, které pomáhají odstranit příznaky obtíží. (Pokorná, 2010) Školy jsou povinny zajišťovat poradenské služby svým žákům a jejich zákonným zástupcům, což upravuje školský zákon č. 561/2004 Sb. (dle vyhlášky č. 72/2005 Sb., novela vyhláška č. 116/2011 Sb.) V problematice speciálně pedagogických postupů musí být pedagogové průběžně školeni, aby uměli včasnou intervencí pomoci žákům a jejich rodinnému zázemí.

### 4.1.1 Školská poradenská pracoviště

Pokud není spolupráce s třídním učitelem nebo s rodinou dostatečná nebo není sjednocena domluva s rodiči žáka ohledně společného vzdělávání a výchovy, jsou na středních školách zpravidla angažováni odborníci, kteří poskytují podporu pro žáky, učitele a rodiče.

**Výchovný poradce** se podílí na řešení vzdělávacích či vztahových obtíží žáka a zprostředkovává kontakt s odbornými pracovišti. Dětem jsou poskytovány poradenské služby v oblasti výběru vzdělávací cesty a pracovního uplatnění (kariérové poradenství). (European Union-Evropská komise, 2023). Výchovný poradce je pedagogický pracovník, který absolvoval studium celoživotního vzdělávání a zabývá se speciálními potřebami žáků školy. (Národní pedagogický institut České republiky, 2024; Pokorná, 2010; Národní ústav pro vzdělávání, 2022)

**Školní metodik prevence** koordinuje tvorbu a realizaci školního preventivního programu, který obsahuje aktivity prevence rizikového chování: Záškoláctví, sebepoškozování, zneužívání návykových látek, sexuálního zneužívání, rasismu, xenofobie, podporu multikulturních hodnot. Také je nabízen kontakt s odborným pracovištěm. (European union – Evropská komise, 2023)

Mohou být také zapojeni:

**Školní psycholog** se podílí na vytváření plánů pedagogické podpory, individuálních vzdělávacích plánů a tvorbě inkluzivního klimatu ve škole. Konzultace jsou poskytovány

zákonným zástupcům v otázkách výchovy a žákům při řešení jejich problémů. Podpora vzdělávání žáků, včetně nadaných, je zajišťována a včasná identifikace rizikových faktorů ve vývoji žáka je prováděna. Provádí se orientační psychologická diagnostika a podpora žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v souladu s obsahem podpůrných opatření. (Frombergerová, 2022)

**Školní speciální pedagog** působí v oblasti podpory a tvorby inkluzivního klimatu školy. Podpora při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, zejména žáků se zdravotním postižením, je poskytována. Rizikové faktory ve vývoji dítěte jsou včasné identifikovány a odborně jsou prováděny speciálně pedagogické intervence v souladu s obsahem doporučení podpůrných opatření. Náplň práce zahrnuje tvorbu individuálních vzdělávacích plánů a metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům školy při vzdělávání žáků se speciálními potřebami. Metodická pomoc a podpora jsou poskytovány zákonným zástupcům žáka v otázkách výchovy a vzdělávání. (European union – Evropská komise, 2023) Rozhodnutí o obsazení školního poradenského pracoviště je v kompetenci ředitele školy. Při poskytování poradenských služeb je zajištěna spolupráce pracovníků školního poradenského pracoviště se všemi pedagogickými pracovníky školy, zejména s třídními učiteli a se školským poradenským zařízením při řešení otázek.

Škola spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálně pedagogickým centrem a případně dalšími institucemi, které se podílejí na podpoře vzdělávání žáka a ochraně jeho zájmů, jako je orgán sociálně-právní ochrany dětí, nevládní organizace působící v oblasti podpory sociální inkluze. V oblasti kariérového poradenství je spolupráce zajištěna s Úřadem práce v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí. Větší zapojení poradenských pracovníků je finančně podporováno např. v rámci výzev Šablony z operačního programu Jana Amose Komenského (2021–2027). Finanční prostředky ze šablon mohou být čerpány na školního psychologa a školního speciálního pedagoga. (Národní pedagogický institut České republiky, 2024)

#### Školská poradenská zařízení:

**Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)** poskytuje služby pedagogicko-psychologického, speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků. PPP vykonává svou činnost ambulantně na pracovišti poradny. (Vyhláška č. 73/2005 Sb.) Instituce pedagogicko-psychologické poradny mohou být doporučeny třídním učitelem nebo výchovným radcem, pokud je potřeba další odborná

pomoc. Zákonný zástupce může vyhledat služby PPP i bez předchozího doporučení ze strany školy. Zákonným zástupcům může být navržena návštěva PPP, avšak zákonný zástupce má za své dítě odpovědnost, a proto může tuto doporučenou návštěvu odmítnout. Instituce vznikly v šedesátých letech dvacátého století a dnes jsou rozšířeny po celé České republice. Mezi klíčové funkce PPP jsou zahrnuty diagnostika a testování žáků, poradenství pro zákonné zástupce a učitele, pomoc při řešení výchovně–vzdělávacích problémů a také podpora pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. (Národní pedagogický institut České republiky, 2024; Pokorná, 2010; Národní ústav pro vzdělávání, 2022)

**Speciálně pedagogické centrum SPC** jsou zřizována při specializovaných školách a zabývají se výukovými a výchovnými problémy žáků, někdy v kombinaci s dalším postižením. Hlavním cílem SPC je pomoci žákům dosáhnout co nejlepšího možného vzdělání a zároveň usnadnit jejich integraci do škol, pokud je to možné. Pracoviště nabízejí kurzy a školení pro učitele, poskytují informace o různých aspektech dětského vývoje a vzdělávání. (Národní pedagogický institut České republiky, 2024; Pokorná, 2010; Národní ústav pro vzdělávání, 2022)

## 5 VÝZKUMNÁ ČÁST

Pro analýzu dopadu intervencí na poruchy chování a emocí byla využita metoda literárního přehledu. Z vybraných studií byly extrahovány relevantní údaje, které byly následně kompilovány do tabulek. V závěru tohoto přehledu byla získána data vyhodnocena. Následující část obsahuje podrobný popis metodiky, která byla následována. V závěrečné části jsou prezentovány získané výsledky této analýzy.

### 5.1 Metodika

#### Formulace rešeršní otázky:

1. Jaké nefarmakologické intervence jsou zpracovány ve studiích typu systematických a literárních přehledů u žáků od 15 do 19 let se symptomy poruch chování a emocí?
2. Které nefarmakologické intervence mají na základě systematických a literárních přehledů vliv na snížení symptomů poruch chování a emocí u žáků od 15 do 19 let?

#### 5.1.1 Studijní soubor

Metoda tvorby souborů byla realizována záměrným výběrem studií. Byl proveden průzkum v databázi s cílem identifikovat relevantní vědecké studie týkající se daného tématu. Vyhledávání v databázi Epistemonikos bylo provedeno pomocí klíčových slov behavioral disorder OR behavioural disorder v únoru 2023. Zahrnuty byly všechny relevantní studie z oblasti, které byly publikovány do ledna 2023.

#### Kritéria k zařazení:

Pro výběr studií byla aplikována inkluzivní a exkluzivní kritéria, postupující podle struktury PICO (viz. tabulka 1). Ta kritéria zahrnovala definici cílové populace, účastníků (P), intervencí (I), kontrol, kontextu nebo srovnávací (C), výstupy (O) a typ studie. Tímto systémem byla zjištěna pečlivá specifikace, aby bylo dosaženo optimální relevance a relevancí studií, které byly následně zařazeny do analýzy.

Tabulka 1 Kritéria k zařazení

Kritéria	
Inkluze	Exkluze
Klíčová slova: <b>Behavioral disorder OR behavioural disorder</b>	Bruxismus, ADHD a další nemoci
Děti a žáci do 26 let věku	Dospělí
Intervence nefarmakologické	Farmakologie
Jazyk: angličtina, slovenština, čeština	Nesplnění stanovených kritérií

#### - Účastníci

Exkluzivním kritériem pro zařazení studií do výběru bylo omezení na rodiny nebo žáky ve věku do 26 let se symptomy poruch chování a emocí (behavioral and emotional disorder), aby byla zajištěna specifická a úzká zaměření na naši konkrétní cílovou skupinu. Opatření byla implementována s cílem dosáhnout co největší relevance a přesnosti v rámci získaných studií.

#### - Intervence

Z hlediska intervencí byly zahrnuty intervence z oblasti psychologie, psychoedukace, psychoterapie, behaviorální terapie, kognitivně behaviorální terapie, alternativní postupy a vliv ostatních intervenčních postupů.

#### - Srovnání

V rámci scoping review nebyly zahrnuty studie, jejichž hlavní a jedinou intervencí byla například farmakologie, ADHD nebo problémy s bruxismem.

#### - Výstupy

Byly vybrány studie, které popisovaly dopady intervencí na klíčové symptomy žáků, u kterých byla diagnostikována porucha nebo symptomy chování a emocí.

### 5.1.2 Uplatněná metoda a nástroj ke sběru dat

Pro analýzu dopadu intervencí na poruchy chování a emocí byla využita metoda scoping review. Z vybraných studií byly extrahovány relevantní údaje do citačního manažeru Rayyan, kde byly systematicky prozkoumány. Studie byly řazeny podle kategorií na základě abstraktu a splnění stanovených kritérií. Po výběru vhodných studií byly stahovány plné texty a následně pečlivě analyzovány dvěma nezávislými hodnotiteli. Poté byla zahájena interaktivní diskuse s cílem dosáhnout vzájemné shody. Systematická a kolektivní diskuse byla implementována za účelem dosáhnout vzájemné shody a spolehlivosti při vyhodnocování obsahu každé studie.

Témata byla rozdělena mezi další tři členy týmu, což vedlo k diferenciaci a specializaci



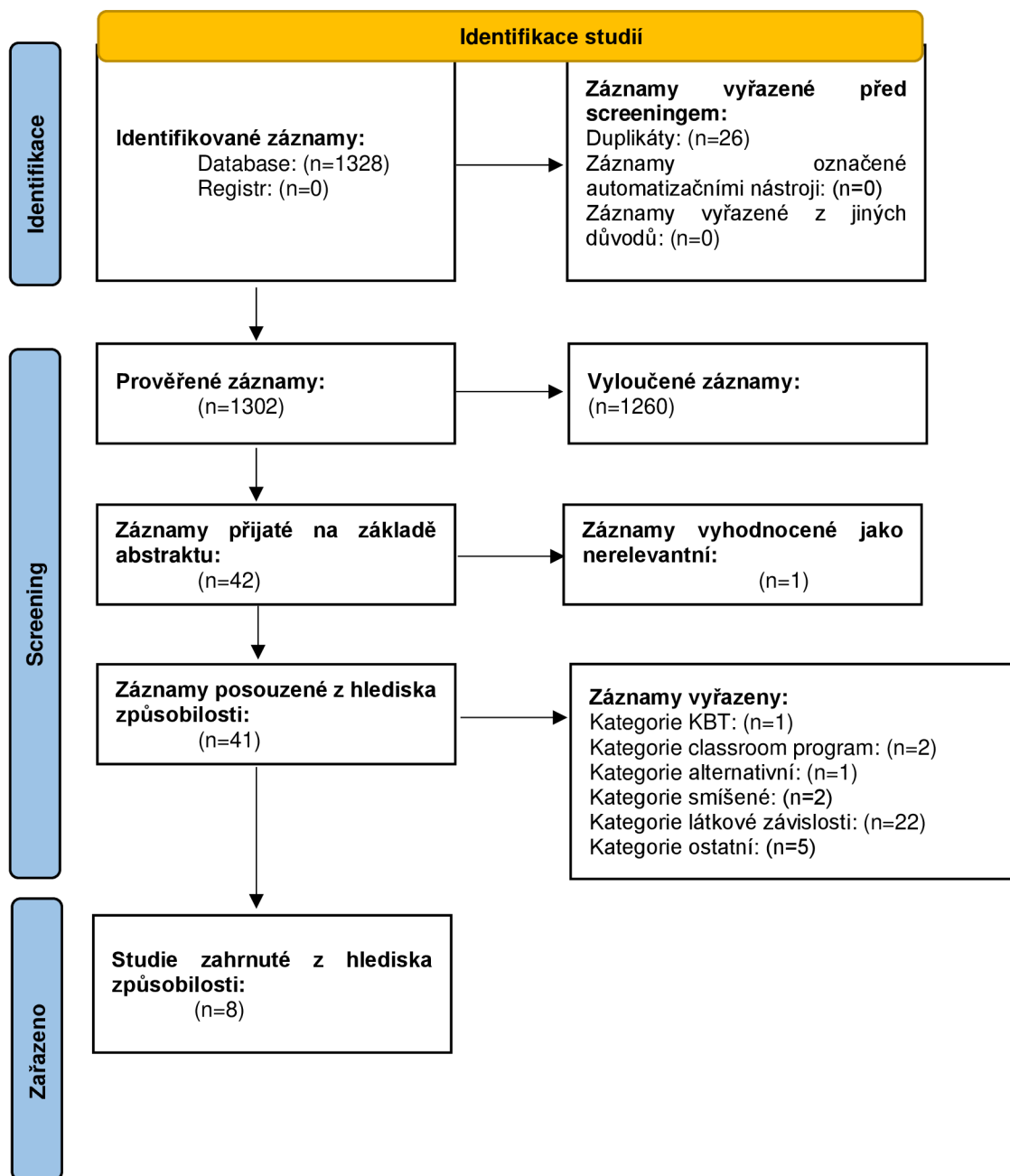
v oblasti literárních review, čímž byla umožněna důkladnější analýza specifických aspektů problematiky poruch chování a emocí souvisejících s intervenční strategií. Jednotlivé členky týmu se zaměřily na konkrétní oblasti. Eva Baslerová se věnovala analýze poruch chování, emocí a příslušných intervencí u žáků ve věkové kategorii 6–11 let. Tento přístup umožnil detailní analýzu specifických potřeb této věkové skupiny a vhodných intervencí pro ni. Petra Bránková se specializovala na poruchy chování a emocí v rámci rodinného kontextu, což umožnilo detailní pohled na rodinnou dynamiku a role, které mohou ovlivňovat chování a emoční stav žáků. Eva Bodzentová se soustředila na poruchy chování a emocí spojené s užíváním návykových látek, přičemž se zaměřila na intervenční opatření v této specifické oblasti. Tento přístup umožnil hloubkovou analýzu vlivu návykových látek na chování a emoční projevy.

### **Popis a tvorba nástroje ke sběru dat**

Během počáteční fáze vyhledávání v databázi Epistemonikos bylo identifikováno celkem 1328 studií. Po odstranění duplicitních záznamů bylo identifikováno 1302 studií. V následujících fázích bylo na základě abstraktu vyřazeno 1260 studií. Poté byla aplikovaná inkluzivní kritéria a plné texty studií byly vkládány, což vedlo k dalšímu vyřazení nevhodných zdrojů. Plné texty všech studií nebyly získány. Pokud nebyl plný text dostupný, studie byla vyřazena, což se týkalo jedné studie. U dalších čtyř studií byli autoři kontaktováni s žádostí o poskytnutí plných textů. Jejich vstřícnost přispěla k doplnění originálních materiálů. Celkem bylo do analýzy zařazeno 41 studií. Studie, které neobsahovaly informace o adolescentech, vedly k jejich vyřazení, také látkové závislosti byly vyřazeny. Zbývajících 8 studií bylo zařazeno do scoping review.

Průběh výběru studií a specifické počty každého kroku byly pečlivě zdokumentovány v PRISMA flow diagramu (viz. tabulka 2). Tento obrazec poskytuje přehledný vizuální náhled na transparentní postup celého třídícího mechanismu.

Tabulka 2 Vývojový PRISMA diagram



### Ověření využitelnosti nástroje pro studijní soubor

Před samotným provedením scoping review byla provedena důkladná analýza a ověření využitelnosti nástrojů, které byly použity k analýze zdokumentovaného souboru. Tento proces zahrnoval systematické zhodnocení dostupných nástrojů pro třídění, klasifikaci a analýzu studií poruch chování a emocí u žáků středních škol. Byla provedena důkladná revize literatury týkající se přístupu a nástrojů v oblasti literárního review. Byly zohledněny specifické

charakteristiky zkoumané problematiky, jako jsou poruchy chování a emocí u adolescentní populace.

### **Organizace sběru dat:**

Organizace a lokace sběru dat byla zajištěna prostřednictvím systematického a pečlivého přístupu k selekci relevantních studií. Sběr dat probíhal prostřednictvím elektronických databází, jako je Epistemonikos a ručního prohledávání referenčních seznamů relevantních studií. Zdroje poskytly bohatý a různorodý materiál pro analýzu a syntézu výzkumných poznatků. Proces selekce informací a studií byl pečlivě monitorován pod dohledem doc. Mgr. Michala Růžičky, Ph.D., doc. Mgr. Jiřího Kantora, Ph.D. a Mgr. Bronislavy Eichlerové, kteří poskytovali odborné vedení a zajišťovali soulad s metodikou studie.

### **Postupy zpracování dat**

Postupy zpracování dat při provádění literárního review zahrnovaly systematické a strukturované metody pro sběr, analýzu a interpretaci relevantních informací z vybraných zdrojů. Data byla sbírána klasifikována, analyzována, interpretována až do fáze prezentace výsledků.

### **Analýza a interpretace výsledků**

Data byla extrahována z původních textů studií, které splnily inkluzivní kritéria. Z každé studie byla systematicky extrahována klíčová data, včetně názvu, autora, roku vydání, místa původu, použitých intervencí, počtu účastníků a dalších relevantních informací, jako je věk účastníku. Důraz byl kladen na detailní zachycení strategie měření proměnných, výsledků a designu každé studie. Pro systematický a strukturovaný přístup byly vytvořeny tabulky, které umožnily snadnou komparaci mezi jednotlivými studiemi. Metoda ukládání a prezentace dat poskytla přehledné a jasné zhodnocení každé studie a zároveň usnadnila celkové porovnání výsledků a trendů napříč všemi zahrnutými studiemi. Extrahované informace byly syntetizovány a shrnuty tak, aby bylo možné identifikovat hlavní trendy, vzory a klíčové poznatky.

### **Statistické metody k testování hypotéz**

Hypotézy nebyly u literárního review použity. Vytvoření literárního přehledu bylo výsledkem pečlivého a koordinovaného úsilí celého týmu, který spolupracoval na analýze a interpretaci relevantních informací o studiích zaměřených na poruchy chování, emocí a různé

intervenční přístupy.

### **Etické parametry realizace studie**

Ve studiích bylo zajištění ochrany osobních dat jednou z klíčových etických priorit. Nesprávné nakládání s těmito údaji mohlo vést k porušení soukromí a dalším negativním dopadům pro účastníky původních studií. Bylo nezbytné dodržovat pravidla a postupy pro zachování anonymity a důvěryhodnosti. Dále bylo důležité, aby při vyhodnocování původních souvislostí bylo zajištěno správné porozumění a interpretace dat. Zkreslení nebo nesprávná interpretace mohla vést k chybným závěrům a nesprávným doporučením, což mohlo mít negativní dopad na účastníky a další zainteresované osoby. Takový přístup pomohl zajistit etické provádění studií a důvěryhodnost jejich výsledků.

## **5.2 Výsledky**

### **5.2.1 Zjištěna pozitivní účinnost intervencí**

#### Kategorie KBT intervence

Studie č. 2

*Tabulka 3 Studie Cobb et. al.*

<b>Cognitive-Behavioral Interventions, Dropout, and Youth with Disabilities: A Systematic Review</b>	
<b>(Cobb Brian et. al., 2006)</b>	
<b>Design studie:</b>	Systematické review
<b>Země původů:</b>	USA – New York, Londýn
<b>Velikost vzorku:</b>	16 studií/z toho 8 metaanalýz/791 mládeže
<b>Intervence:</b>	Kognitivně behaviorální intervence CBI, KBI
<b>Věk účastníků.</b>	12–22 let
<b>Klíčová slova:</b>	Tělesné postižení, intervence, výsledky, prostředí, věk, zdravotní postižení, emočně narušení, vzdělávací potřeby, komunitní výuka, vyloučení ze školy, kvalita života, zařízení ústavní péče, alternativní vzdělávání. Identifikace pomocí tezaurů v databázích.
<b>Výsledky</b>	
Byly zkoumány důvody předčasného ukončení školní docházky u mládeže se zdravotním postižením nebo s poruchou chování. Bylo zjištěno, že kognitivně behaviorální terapie (KBT) má významný účinek na snížení míry předčasného ukončení školní docházky. Výsledky podporovaly zavádění KBT do škol a školských zařízení jako efektivní metodu	

pro snižování předčasného ukončování školní docházky a agresivního chování. KBT byla shledána efektivní pro mladé lidi, jak zdravé, tak se zdravotním postižením. Terapie byla účinná ve všech prostředích a jejich účinnost byla vyšší, pokud zahrnovala jak kognitivní, tak behaviorální složky. Průměrná velikost účinku byla 0,55 a byla statisticky významná ( $z = 5,6$ ,  $p < .001$ ), odpovídající středně velké velikosti účinku podle Cohena. Statistika  $Q$  ( $Q = 9,17$ ,  $df = 7$ ,  $p = 0,24$ ) naznačila homogenitu odhadu účinku mezi studii. Bylo zjištěno, že KBT kombinovalo metakognitivní dovednosti s klasickým systémem v nepředvídaných situacích, což mělo pozitivní vliv na změnu zkresleného nebo nedostatečného zpracování informací. Účinnost byla prokázána v různých prostředích, včetně tříd segregovaných pro žáky se zdravotním postižením. Analýza citlivosti ukázala téměř stejnou průměrnou velikost účinku ve třech kvazi-randomizovaných studiích (0,53) a pěti randomizovaných studiích (0,58), s velmi podobnými intervaly spolehlivosti. Nebyly nalezeny dostatečné důkazy o tom, které konkrétní formy kognitivních intervencí jsou nejúčinnější v kombinaci s různými strategiemi řízení.

Byly prohledány databáze ERIC, PsycINFO, Medline a 10 časopisů s 520 čísly, přičemž do přehledu bylo zařazeno 7 článků. Osm studií bylo provedeno s využitím randomizovaných, kvazi-randomizovaných nebo klastrově randomizovaných metod. Přehled shrnul výsledky vědecky podložených studií z posledních dvaceti let, zaměřených na kognitivně behaviorální intervence (KBI), předčasné ukončení školní docházky a vzorky mládeže se zdravotním postižením. Byly zahrnuty studie splňující minimální standardy interní a externí validity, s důrazem na randomizaci a statistické použití kovariátů. Bylo měřeno předčasné ukončení školní docházky, setrvání v terapii, násilné verbální a fyzické chování. Mladí lidé ve věku 12 až 22 let byli zařazeni do středoškolských, internátních nebo denních léčebných zařízení. Cílem bylo zjistit, co by fungovalo v prevenci předčasného ukončení školní docházky u mládeže se zdravotním postižením a s poruchami chování. Podle Národního centra pro vzdělávací statistiky (NCES) v roce 2021 nebylo 3,8 milionu mladých lidí ve věku 16–24 let zapsáno na střední školu. Dvakrát více studentů se zdravotním postižením předčasně ukončovalo studium. Studie využívaly různou délku a intenzitu intervence od 3 týdnů do 15 týdnů, 1 až 5krát týdně. Nejúčinnější přístupy zahrnovaly behaviorální přístupy založené na řízení nepředvídaných situací, trénink dovedností, sebeovládání a rodinné léčby. Kognitivně behaviorální intervence (CBI=KBI) učily studenty rozpoznávat podněty vyvolávající stres, násilné reakce a nahrazovat je alternativními strategiemi. Tréninky zahrnovaly odklad impulsu, definici problémů, vytváření alternativ, zvažování důsledků a realizaci. CBI byly prováděny ve školách, rezidenčních léčebných centrech nebo poradnách a mohly být prováděny učiteli, terapeuty, vrstevníky a rodinou. Studie od Etscheidtové ukázala, že 10 minut sledování videonahrávek následované výukou snižovalo agresivní chování. Studie se zaměřovaly na výuku řešení problémů, sebeinstrukce, komunikační dovednosti, relaxaci a situační

sebeuvědomění. Mentorování, modelování, hraní rolí a nácvik chování byly klíčové metody. Nejčastěji byly používány chválení, uznání a bodové ohodnocení za chování (viz. tabulka č.3). (Cobb 2006, s. 259–275)

Studie č. 5

Tabulka 4 Studie Battagliese et. al.

<b>Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness</b>	
(Gemma Battagliese et. al., 2015)	
<b>Design studie:</b>	Metaanalýza
<b>Země původů:</b>	Řím Itálie
<b>Velikost vzorku:</b>	21 studií/ 1960 účastníku
<b>Intervence:</b>	Kognitivně behaviorální terapie na externalizující poruchy. KBT = CBT
<b>Věk účastníků:</b>	Mladší 18 let
<b>Klíčová slova:</b>	Porucha chování CD, ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou, ODD porucha opozičního vzoru, rodičovské strategie, kontrola hněvu, zvládání hněvu, léčba hněvu, CBT.
<b>Výsledky</b>	
<p>Zjistil se, že matky trpící depresemi vystavovaly své děti vysokému riziku rozvoje psychopatologie. Bylo zjištěno, že kognitivně behaviorální terapie (KBT) měla významný účinek na příznaky nepozornosti, ale malé zlepšení u agresivního chování, což mohlo být způsobeno jeho závažností a komplexností. Trénink rodičů vedený terapeutem zlepšil komunikaci mezi rodiči a dětmi, zvýšil rodičovské sebevědomí, zmírnil deprese matek a rodičovský stres, snížil problémy s chováním dětí. KBT měla významný vliv na sociální kompetence, což rodiče vnímali hlavně u dětí s ADHD nebo ODD než u dětí s poruchou chování. Děti s poruchou chování byly více kompromitovány kvůli větší závažnosti stavu a přítomnosti bezcitně neemocionálních rysů s omezenými prosociálními emocemi. Kognitivně behaviorální terapie prokázala účinnost při snižování příznaků ODD (0,879), stresu rodičů (0,607), externalizujících symptomů (0,52) a příznaků ADHD (0,343). Dále bylo zjištěno zlepšení rodičovských dovedností (0,381), sociální kompetencí (0,390), pozornosti (0,378), agresivního chování (0,284), internalizačních symptomů (0,272) a mateřských depresivních symptomů (0,231). KBT významně snížila externalizující příznaky u dětí s ODD a ADHD. Rodiče uváděli větší prospěch než učitelé, přičemž intervence byla efektivnější, když se podílel zákonný zástupce. Bylo zjištěno, že děti s ADHD jsou vystaveny vysokému riziku rozvoje dalších typů poruch chování. KBT ovlivnila agresivní chování efektivněji, když byla prováděna společně s rodiči. Rodičovské strategie hrály klíčovou roli při rozvoji a udržování externalizujících poruch. Byla nalezena souvislost mezi drsným rodičovstvím a externalizujícím chováním dětí, což se v dospělosti mohlo rozvinout do unipolární deprese. Bylo zjištěno, že externalizace u dětí narušuje mezilidské vztahy, kdy rodiče vykazovali</p>	

trestuhodné chování, méně reagovali na potřeby svých dětí a propukali v psychopatologické symptomy. Děti s diagnózou ADHD vykazovaly mírné symptomatické zlepšení ( $d=0,404$ ; 95 % CI [0,710, 0,097],  $N = 6$ ,  $p < 0,01$ ;  $Q = 10,28$ ;  $df(Q) = 5$ ;  $p = 0,06$ ;  $I^2 = 51,38$ ). Syndrom s poruchou chování CD ( $p = 0,06$ ;  $I^2 = 51,38$ ) měl menší účinky, zatímco větší účinky byly zjištěny u opozičního vzdoru ODD ( $d = 0,785$ ; 95 % CI [0,932, 0,638],  $N = 17$ ,  $p < 0,001$ ;  $Q = 15,64$ ;  $df(Q) = 16$ ). KBT vykazovala mírný účinek na snížení externalizujících symptomů ( $d = 0,52$ ; 95 % CI [0,68, 0,36];  $z = 6,31$ ;  $N = 19$ ;  $p < 0,001$ ;  $Q = 26,91$ ;  $df(Q) = 18$ ;  $p = 0,08$ ;  $I^2 = 33,10$ ). Externalizující symptomy byly po CBT vnímány rodiči jako výrazně zlepšené ( $d = 0,603$ ; 95 % CI [0,865, 0,341],  $N = 10$ ,  $p < 0,001$ ;  $Q = 16,35$ ;  $df(Q) = 9$ ;  $p = 0,06$ ;  $I^2 = 44,97$ ). Léčba zaměřená pouze na děti měla mírný účinek na externalizující symptomy ( $d = 0,452$ ; 95 % CI [0,696, 0,209],  $N = 9$ ,  $p < 0,001$ ;  $Q = 10,24$ ;  $df(Q) = 8$ ;  $p = 0,25$ ;  $I^2 = 21,86$ ). Společné procházení terapií CBT dětem a rodičům mělo také mírný účinek ( $d = 0,549$ ; 95 % CI [0,738, 0,359],  $N = 15$ ,  $p < 0,001$ ;  $Q = 25,76$ ;  $df(Q) = 14$ ;  $p = 0,028$ ;  $I^2 = 45,65$ ). CBT poskytovaná výhradně rodičům ( $d = 0,917$ ; 95 % CI [1,226, 0,609],  $N = 8$ ,  $p < 0,001$ ;  $Q = 15,24$ ;  $df(Q) = 7$ ;  $p = 0,016$ ;  $I^2 = 59,39$ ), nebo dětem a učitelům ( $d = 0,871$ ; 95 % CI [1,226, 0,517],  $N = 3$ ,  $p < 0,001$ ;  $Q = 0,64$ ;  $df(Q) = 2$ ;  $p = 0,726$ ;  $I^2 = 0$ ) způsobily větší symptomatické zlepšení. KBT zaznamenala malý pokles agresivního chování ( $d = 0,284$ ; 95 % CI [0,464, 0,104];  $z = 3,088$ ;  $N = 18$ ;  $p = 0,002$ ;  $Q = 34,87$ ;  $df(Q) = 17$ ;  $p = 0,006$ ;  $I^2 = 51,24$  %). Bylo zjištěno mírné zvýšení sociálních kompetencí dětí ( $d = 0,390$ ; 95 % CI [0,258, 0,522];  $z = 5,800$ ;  $N = 22$ ;  $p < 0,001$ ;  $Q = 27,42$ ;  $df(Q) = 21$ ;  $p = 0,157$ ;  $I^2 = 23,41$  %). Velké snížení rodičovského stresu ( $d = 0,607$ ; 95 % CI [0,803, 0,412];  $z = 6,085$ ;  $N = 17$ ;  $p < 0,001$ ;  $Q = 35,18$ ;  $df(Q) = 16$ ;  $p = 0,004$ ;  $I^2 = 54,51$ ). Zlepšení symptomů deprese u matek bylo také zaznamenáno ( $d = 0,231$ ; 95 % CI [0,441, 0,021];  $z = 2,155$ ;  $N = 4$ ;  $p = 0,031$ ;  $Q = 2,141$ ). Rodiče uváděli významné změny v sociálních kompetencích dětí po léčbě ( $d = 0,499$ ; 95 % CI [0,325, 0,674],  $N = 10$ ,  $p < 0,001$ ;  $Q = 8,160$ ;  $df(Q) = 9$ ;  $p = 0,518$ ;  $I^2 = 0$  %), zatímco učitelé zaznamenali menší změny ( $d = 0,264$ ; 95 % CI [0,010, 0,519],  $N = 8$ ,  $p = 0,042$ ;  $Q = 9,79$ ;  $df(Q) = 7$ ;  $p = 0,201$ ;  $I^2 = 20,79$ ). Větší změny agresivních symptomů byly zjištěny, když byly intervence nabídnuty jak rodičům, tak dětem ( $d = 0,298$ ; 95 % CI [0,524, 0,072],  $n = 13$ ,  $p = 0,010$ ;  $Q = 32,467$ ,  $df(Q) = 12$ ;  $p = 0,001$ ;  $I^2 = 63,039$ ). Přínos pro pozitivní rodičovství byl nalezen především u terapií zaměřených výhradně na rodiče ( $d = 0,832$ ; 95 % CI [0,381, 1,284],  $N = 5$ ,  $p < 0,001$ ;  $Q = 9,60$ ;  $df(Q) = 4$ ;  $p = 0,048$ ;  $I^2 = 58,34$ ), nikoli u intervencí zahrnujících jak rodiče, tak děti.

Databáze PsycInfo, PsycARTICLES, Medline a PubMed byly prohledány a bylo zahrnuto 21 studií z období od ledna 1980 do prosince 2012. Kritéria pro zařazení byla následující: 1. Zkoumání účinků CBT; 2. Účastníci mladší 18 let; 3. Terapie kognitivní, behaviorální nebo kognitivně behaviorální; 4. Studie zahrnovala kontrolní skupinu; 5. Splnění diagnostických kritérií pro ADHD, ODD, CD; 6. Hodnocení před a po léčbě. Měření byla prováděna prostřednictvím korespondenčních metod nebo klinického pozorování a byla prováděna validovanými standardizovanými dotazníky. Sekundární výsledky zahrnovaly pozornost, agresivní chování, sociální kompetence, internalizační chování, rodičovský stres, pozitivní rodičovství a mateřskou depresi, všechny měřené validními standardizovanými dotazníky. Metodická kvalita byla posouzena pomocí Critical Appraisal Skills Program (CASP) pro randomizované kontrolované studie RCT, přičemž byly zahrnuty pouze studie, které

dosáhly alespoň 60 % skóre kvality. Výpočty byly provedeny pomocí softwaru Comprehensive. Průměry a standardní odchylky (SD) byly uvedeny před léčbou a po léčbě. Každá proměnná byla analyzována samostatně a bylo vypočteno Cohenovo d. Účinek byl hodnocen jako velký 0,56– 1,2, střední 0,33–0,55 a malý až zanedbatelný 0–0,32. Cílem intervence byly děti, rodiče a učitelé. Analýzy zahrnovaly skupiny s ADHD, ODD a CD. Síla této studie spočívala v tom, že se nezaměřovala pouze na externalizující symptomy, ale také na rodičovskou tíseň a psychopatologii. Tento inovativní přístup analyzoval roli mateřské deprese a dysfunkčních rodičovských strategií ve zranitelnosti dětí. Další výzkum by měl zkoumat, zda specifické screeniny a intervenční sezení pro matky mohou zlepšit účinnost léčby pro děti. Bylo zjištěno, že externalizující symptomy v dětství předpovídaly rušivé chování v dospělosti, jako jsou úzkosti, poruchy nálady a užívání návykových látek. Metaanalýza naznačila, že KBT byla účinná při zacílení na externalizující poruchy. Bylo navrženo, že použití KBT protokolu v klinických zdravotnických službách by mohlo zlepšit šíření léčby těchto stavů založené na důkazech. Symptomy poruchy chování nebyly zahrnuty, protože nebyl nalezen dostatečný počet studií k provedení analýzy.

Agresivní chování bylo jedním z kritérií pro diagnostiku ODD nebo CD. Bylo zjištěno, že děti trpící těmito poruchami často vykazovaly malou empatii nebo zájem o pocity a přání druhých, špatně vnímaly záměry druhých směrem k nim a často jim chyběla vina a výčitky svědomí za prohřešky. Byla viditelná frustrace, podrážděnost a nízké sebevědomí, i když bylo prezentováno jinak. Poruchy chování byly považovány za nejobtížněji léčitelné, protože děti byly často nespolupracující, zažívaly strach a nedůvěru vůči dospělým (viz. tabulka 4). (Battagliese 2015, s. 60–71)

## Studie č. 8

*Tabulka 5 Studie Ramirez de Arellano et. al.*

<b>Trauma focused cognitive behavioral therapy: Assessing the evidence</b> (Michael A. Ramirez de Arellano et. al., 2014)	
<b>Design studie:</b>	Přehledová studie, posouzení důkazu
<b>Země původů:</b>	USA Západní Virginie Charleston
<b>Velikost vzorku:</b>	10 studií/3 studie odpovídají věkem a diagnózou
<b>Intervence:</b>	Kognitivně behaviorální terapie a expoziční techniky zaměřené na trauma (TF-CBT)
<b>Věk účastníků:</b>	Od 3 do 18 let / průměrný věk 10,4 let a pečovatelé



<b>Klíčová slova:</b>	Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma, terapie traumatem, léčba traumatu, KBT po traumatu, KBT pro sexuální zneužívání, KBT pro fyzické zneužívání, PTSD léčba, trauma cílená kognitivně behaviorální terapie pro dětský traumatický smutek, trauma.
<b>Výsledky</b>	
<p>TF–CBT byla prokázána jako středně účinná při snižování symptomů poruch chování a emocí, ale výsledky nebyly konzistentní napříč všemi studii. Některými studii byla zjištěna významná redukce symptomů, zatímco jiné neprokázaly žádné významné účinky. Účinnost TF–CBT na snižování symptomů deprese nebyla jednoznačně prokázána. Některé studie naznačovaly možný pozitivní vliv, ale ve většině případů nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly. TF–CBT se ukázala být účinnější v jiných oblastech, zejména při snižování symptomů posttraumatické stresové poruchy. Jedna studie popisovala, že kognitivně behaviorální intervence ve školách měly větší účinnost než TF–CBT při snižování deprese. Terapie TF–CBT prokázala střední až vysokou účinnost při snižování symptomů posttraumatické stresové poruchy, včetně snížení hyperarousal a vyhýbavého chování. Střední účinky byly definovány jako standardizované průměrné rozdíly Cohena <math>d \geq 0,40</math> a velké účinky jako <math>d \geq 0,75</math>. Významná účinnost byla stanovena při <math>p &lt; 0,05</math>. Výsledky naznačily, že TF–CBT by měla být zahrnuta jako součást zdravotních služeb pro léčbu PTSD. Pozitivní účinky byly pozorovány také na pečovatele dětí, které prožily trauma.</p>	

V této studii byly prohledány databáze PubMed, PsycINFO, Aplikované sociální vědy index a abstrakt, sociologický abstrakt, Social Services Abstracts, PILOTS, ERIC a CINAHL od roku 1995 do července 2013. Byly zařazeny studie splňující přísná kritéria pro počet a kvalitu metodiky. Úroveň důkazu TF–CBT byla hodnocena vysoce na základě RCT, z nichž tři byly provedeny nezávisle na sobě. Většina hodnotících nástrojů byla dobře ověřena, včetně strukturovaných klinických rozhovorů. Dvě ze sedmi kontrolovaných randomizovaných studií RCT, provedených vývojáři léčby, splňovaly přísná doporučení AHRQ pro riziko zkreslení. Postupy zaslepení nebyly jasné v šesti studiích, tři studie neměly kontrolní skupinu. Byly zahrnuty studie, které neměly více než dva nedostatky. Děti s mentálním a vývojovým postižením, s psychotickými příznaky nebo se zhoršujícími se poruchami užívání návykových látek byly vyloučeny. Také byly vyloučeny děti, které spáchaly sebevraždu nebo měly silně násilné skutky. Několik studií vyloučilo rodiče s psychózou nebo zneužíváním účinných látek. Studie byly omezeny na ambulantní kliniky. Tři studie splňovaly věkovou kategorii adolescentů a zjišťovaly dopady na poruchy chování a emocí. Důležitým prvkem TF–CBT bylo zapojení pečovatele do procesu zotavení dítěte. Rodiče a děti se účastnili paralelních sezení, kde dítě postupně sdílelo své traumata před pečovatelem. To umožnilo pečovateli poskytovat podporu a pomáhat dítěti napravit zkreslení a podpořit pocit bezpečí a pohody. Některá zjištění naznačila, že účinnost terapie se lišila v závislosti na kontrolní skupině (aktivní nebo neaktivní).

Sedm studií zkoumalo problémy s chováním, agresi a rušivé chování. Dvě studie nenalezly významné účinky na snížení symptomů před léčbou. Tři studie zjistily střední velikost účinku a signifikantně větší redukci symptomů u skupin TF–CBT než u kontrolní skupiny. Ve dvou studiích zaměřených na specifické sexuální problémy se prokázal v průběhu času významný pokles těchto problémů po terapii TF–CBT, ale tento pokles nebyl potvrzen v porovnání s kontrolní skupinou. TF–CBT byla aplikována v 12–16 sezeních ambulantně a zahrnovala reakce a emocionální pomoc rodičům. Hlavními postupy byly psychoedukace, rodičovské dovednosti, relaxace, postupná expozice, modulace afektu, strategie zvládnání a nácvik dovedností v oblasti tělesné bezpečnosti. (Ramirez de Arellano, 2014, s. 591–602)

### Kombinované intervence

#### Studie č. 3

*Tabulka 6 Studie Salazar de Pablo, Andrea de Micheli et. al.*

<b>Universal and Selective Interventions to Prevent Poor Mental Health Outcomes in Young People: Systematic Review and Meta-analysis.</b>	
(Gonzalo Salazar de Pablo, Andrea de Micheli et. al., 2020)	
<b>Design studie:</b>	Systematické review s metaanalýzou
<b>Země původů:</b>	Velká Británie a Severní Irsko
<b>Velikost vzorku:</b>	447 206 jedinců/295 článků/121 studií
<b>Intervence:</b>	Univerzální a selektivní preventivní intervence
<b>Věk účastníků:</b>	Průměrný věk 15,4 let
<b>Klíčová slova:</b>	Intervence, metaanalýza, prevence, selektivní, univerzální.
<b>Výsledky</b>	
<p>Nejúčinnějšími preventivními intervencemi byly shledány psychoedukace a psychoterapie, zatímco kombinované a jiné intervence byly méně efektivní. Psychoedukace prokázala větší účinnost v léčbě poruch chování ve srovnání s ADHD. Účinnost preventivních intervencí byla hodnocena pomocí Hedges'g, s výsledkem 0,210 (CI 0,153–0,267; p &lt;.001.) Test heterogenity ukázal hodnoty q 7,233, I<sup>2</sup> 85,026, p &lt;.001. Jiné typy intervencí byly shledány obecně účinnějšími než kombinované intervence. I když byla psychoedukace obecně efektivní, jiné typy intervencí vykazaly vyšší účinnost při pomoci adolescentům. Univerzální a selektivní preventivní intervence mohly zlepšit duševní zdraví mladistvých. Bylo provedeno 18 493 intervencí a 18 906 kontrolních postupů. Hedges'g byl vypočten na 0,304 s intervalem spolehlivosti (CI 0,204–0,405; p &lt;.001.). Test heterogenity prokázal hodnoty q 1121,87, I<sup>2</sup> 94,56, p &lt;.001. Psychoedukace měla nejvýraznější účinek v prevenci interpersonálního násilí (ES = 0,676; p = 0,024), afektivních symptomů (ES = 0,611; p &lt;0,001) a rysů ADHD (ES = 0,202; p = 0,004). Psychoterapie vykazala nejvyšší účinnost v prevenci rysů úzkosti (ES = 0,453; p &lt;0,001). U problémů souvisejících s jídlem nebyly zjištěny významné rozdíly</p>	

mezi specifickými typy preventivních intervencí ( $p < 0,001$ ) a žádná z intervencí neprokázala významný rozdíl mezi intervenčními a kontrolními skupinami (všechny  $p > 0,05$ ). Univerzální a selektivní preventivní intervence neukázaly významné rozdíly v účinnosti při užívání alkoholu ( $p = 0,643$ ), úzkostných rysech ( $p = 0,514$ ), afektivních symptomech ( $p = 0,269$ ), různých emocionálních problémech a poruchách chování ( $p = 0,822$ ), problémech s chováním ( $p = 0,654$ ), užívání tabáku ( $p = 0,417$ ), rysech ADHD ( $p = 0,821$ ), užívání konopí ( $p = 0,48$ ), problémech se stravováním ( $p = 0,672$ ), zhoršeném fungování ( $p = 0,958$ ), internalizačním chování ( $p = 0,456$ ) nebo problémech souvisejících se spánkem ( $p = 0,166$ ). Zkreslení bylo zjišťováno ve dvou kategoriích výsledků pomocí Eggerova testu a bylo korigováno metodou trim-and-fill. Korekci zůstala zachována účinnost preventivních intervencí pro ADHD (ES = 0,132; CI, 0,0686–0,195;  $p < .001$ ), zatím co účinnost preventivních intervencí pro internalizační chování se snížila do bodu, kdy se výsledek stal nesignifikantním (ES = 0,00114; CI, -0,073 až 0,073;  $p = 0,32$ ).

Vyhledávání bylo provedeno do 31. dubna 2019 v několika databázích, včetně Web of Science Core Collection, Medline, Biosis Citation Index, Russian Science Citation Index, Scielo Citation Index a databáze KCI-Korean Journal. Špatné duševní zdraví bylo definováno jako klinicky diagnostikovatelný problém nebo porucha v oblasti duševního zdraví. Prevalence duševních poruch byla odhadována na více než 13 % u dětí a 15 % u dospívajících. Když byly duševní poruchy identifikovány u mladých lidí, bylo zjištěno, že výrazně ovlivňovaly jejich fungování, kvalitu života a měly značné ekonomické dopady na společnost. Ze 17 kategorií byly pro analýzu vybrány dvě klíčové: problémy s chováním a jiné emocionální a behaviorální problémy. Analýza byla provedena v databázi Web of Science podle pokynů PRISMA/MOOSE a registrací na PROSPERO (CRD42018102143). Bylo zaměřeno na posouzení účinnosti psychoedukační a psychoterapeutických intervencí v prevenci duševních a behaviorálních problémů u dětí a dospívajících. Studie následovala pokyny EQUATOR Reporting Guidelines. Kategorie byly rozděleny na oblasti mezilidského násilí, obecné psychické úzkosti, užívání alkoholu, úzkostné rysy, afektivní symptomy, emocionální a behaviorální problémy, následky užívání alkoholu, charakteristiky posttraumatické stresované poruchy, problémové chování, užívání tabáku, externalizující chování, vlastnosti ADHD, užívání konopí, problémy související se spánkem, internalizující chování, problémy související s jídlem a zhoršené fungování. V 59 studiích byly zkoumány problémy s chováním, ve kterých bylo provedeno 23 892 intervencí a 25 263 kontrolních postupů. Analýza se zaměřila na asymptomatické populace, u nichž nebyly diagnostikovány psychiatrické stavy, což by mohlo v horizontu znamenat, že preventivní intervence mohou mít významný přínos pro velkou část mladistvých. Do selektivní prevence byli zahrnuti i jedinci, u nichž bylo riziko rozvoje duševních poruch vyšší než průměr, což bylo prokázáno biologickými, psychologickými nebo sociálními rizikovými faktory. Účinnost psychologické intervence ve školách naznačovala,

že další investice byly nutné. Byla používána Gordonova klasifikace nebo klasická klasifikace tělesných onemocnění. Další intervence, jako je výcvik rodičů, fyzická aktivita nebo intervence založené na všímavosti, nebyly tak dobře podloženy důkazy, a proto by bylo třeba dalšího výzkumu. Nebylo jasné, zda univerzální nebo selektivní přístupy byly pro dané výsledky účinnější. Existovaly také konceptuální a narativní přehledy o prevenci duševních onemocnění, které se týkaly zejména duševních poruch. Studie představovala první metaanalytický důkaz konzistence studií o rozsahu primárních univerzálních a selektivních intervencí pro prevenci širokého spektra problémů s duševním zdravím. Byla hodnocena literatura a byl potvrzen exponenciální zájem o vývoj a hodnocení univerzálních a selektivních intervencí pro duševní poruchy. Studie se zaměřovala na širokou škálu studií a neomezovala se na specifické prostředí nebo soubor podmínek. Byla zjištěna stejná účinnost u univerzálních a selektivních intervencí pro problémy s chováním, které samy o sobě měly malý účinek. Bylo zjištěno, že problémy s chováním mají kořeny v agresivitě a antisociálním chování, které porušuje práva ostatních. Problémy byly obvykle závažné a mohly být trvalé. Univerzální a selektivní intervence u mladých lidí mohly mírně zlepšit chování, což mohlo pozitivně ovlivnit poruchy chování a emocií. Byly zahrnuty i jiné behaviorální a emocionální problémy, jako nežádoucí chování, vzdor, hyperaktivita a agresivita. Problémy byly přechodné nebo dlouhodobé a měly různé příčiny, včetně rodinného prostředí, biologických faktorů nebo emocionálního traumatu. U emocionálních problémů, jako je úzkost, deprese, extrémní plachost a emoční nestabilita, mohly být příčinou chemická nerovnováha v mozku nebo vnější faktory, jako je stres, trauma nebo rodinné konflikty. Pokud byly problémy s chováním posuzovány podle průměrného počtu pacientů, kteří podstoupili intervenci a u nichž šlo předejít jednomu špatnému výsledku (NNT), pak hodnota NNT 19 (95 % CI, 15–25), při předpokladu, že kontrolní události byly na úrovni horních 20 % percentilu (viz tabulka 6).

Znamenalo to, že v základní škole s 380 žáky by intervence zabránila problémům s chováním u 20 % žáků z horního percentilu, což je přibližně 20 žáků. Pokud by 50 % populace města s 15 školami a 11 100 žáky základních škol obdrželo intervenci, byl by PIN 37 (95 % CI, 30–50), což znamená, že by z intervence mělo prospěch 300 jedinců (tj.  $11\,100/37 = 300$ ). Jelikož vzorky zahrnovaly většinou mladé jedince, kteří ještě nebyli postiženi psychiatrickými onemocněními, i malý účinek (NNT) mohl potenciálně vést k významnému přínosu v dlouhodobém horizontu. (Salazar de Pablo Gonzalo, Andrea de Micheli 2021, s. 196–215)

## Kategorie ostatní intervence

Studie č. 1

Tabulka 7 Studie Bowman Perrott et. al.

<b>Promoting Positive Behavior Using the Good Behavior Game</b> (Lisa Bowman – Perrott et. al., 2015)	
<b>Design studie:</b>	Metaanalýza (studie single—case research=SCR)
<b>Země původů:</b>	USA Texas
<b>Velikost vzorku:</b>	21 studií/ 1580 studentů
<b>Intervence:</b>	Hra na dobré chování ve školním prostředí (GBG)
<b>Věk účastníků:</b>	n = 17/12 třída USA a 2 studie střední školy
<b>Klíčová slova:</b>	Chování, náročné chování, intervence, případové studie, metaanalýza, studie.
<b>Výsledky</b>	
<p>Významný prospěch byl zaznamenán u studentů s problémovým chováním, přičemž bylo podporováno prosociální chování. Hra na dobré chování vedla ke strategickému řízení třídy. The Good Behavior Game, se ukázala jako nejúčinnější při snižování rušivého chování a chování mimo úkol. Největší prospěch z intervence měli žáci ohrožení emoční poruchou chování (EBD). Interval hladiny spolehlivosti byl 95 %. Bylo zjištěno, že chlapi častěji, než dívky vykazovali rušivé chování. Větší velikost účinku byla pozorována u středoškoláků (ES = 0,97, SE = 0,06, 95 % CI = [0,85, 1,00], p = 0,05) než u žáků základních škol (ES = 0,88, SE = 0,03, 95 % CI = [0,82, 0,94], p = 0,05). Průměrná velikost účinku TauU byla 0,82 (SE = 0,02, 95 % CI = [0,78, 0,87], p = 0,05). Pro lepší interpretaci velikosti účinku byla získaná hodnota TauU transformována na Cohenovo d, a to 1,99, pomocí vzorce <math>d = 3,464 \times \text{TauU}</math>. Velikost efektu TauU napříč 137 fázovými kontrasty byla 0,82, se spolehlivostí 95 % CI = [0,78, 0,87]. Studenti s rizikem EBD vykazovali větší velikost účinku (ES = 0,98, SE = 0,05, 95 % CI = [0,89, 1,00], p = 0,05) než studenti bez zjištěného rizika EBD nebo studenti, kteří nebyli v riziku EBD (ES = 0,76, SE = 0,03, 95 % CI = [0,70, 0,81], p = 0,05). Spolehlivé hodnoty rozdílu byly <math>z = 3,77</math>, <math>p = 0,01</math>.</p>	

Účinnost behaviorální hry GBG ve školním prostředí byla zkoumána s ohledem na její vliv na žáky s emoční poruchou chování (EBD) a sledovalo se posilování pozitivního chování. Žáci byli v učebnách rozděleni do skupin s přesnými pravidly. Týmy s pěti nebo méně body mohly vyhrát. Body byly udělovány za rušivé chování mimo úkol, jako je odcházení z místa, mluvení bez povolení, vyrušování, hádky, nadávky, fyzické střety a poškozování majetku. Vítězné týmy byly odměňovány za dosažení nejnižšího počtu bodů a bylo dovoleno více vítězů. Pokud žák považoval odměnu za posilující, byl úspěch velkou motivací. Bylo zjištěno, že GBG je účinný při EBD, včetně verbální a fyzické agrese. Zjištění naznačila zlepšení koncentrace,

přijetí autority, snížení rušivého chování a zvýšení prosociálního chování u studentů a žáků. Závěr naznačil, že typ školení intervenčního pracovníka pravděpodobně neovlivňoval výsledky. Dokonce kratší intervence vedly k pozitivní změně v chování žáků. Několik proměnných bylo shrnuto dohromady, jako je četnost posilování a formát GBG, ale nebylo jasné, která byla při podpoře pozitivního chování účinnější. Byla identifikována potřeba zkoumat výsledky u žáků se zdravotním postižením, avšak údaje dosud nebyly vyhodnoceny. Většina studií se zaměřila na žáky základních škol (n = 17), zatímco dvě studie byly zaměřeny na středoškolské studenty a další dvě studie zahrnovaly žáky jak základních, tak i středních škol. Důkladně byly prozkoumány rozdíly v účinnosti GBG mezi žáky s EBD nebo s rizikem EBD, neboť tyto vykazovali vyšší míru problémového chování (viz. tabulka 7).

Bylo možné, že byly zahrnuty pouze studie publikované v recenzovaných časopisech, přičemž implementace GBG pro účely disertační práce byly opomenuty. Nebylo zahrnuto měřítko kvality What Works Clearinghouse (WWC), chyběly velikosti účinku s CI. (Kratochwill, 2010) Vzhledem k těmto omezením bylo doporučeno provedení dalších nezbytných studií a rozšíření studijní literatury. (Bowman Perrott 2015, s. 180–190)

#### Studie č. 4

*Tabulka 8 Studie Angelika Schlarb et. al.*

<b>Chronotype-related differences in childhood and adolescent aggression and antisocial behavior – A review of the literature</b> (Angelika A. Schlarb et. al., 2014)	
<b>Design studie:</b>	Literární review
<b>Země původů:</b>	Německo a Lucembursko
<b>Velikost vzorku:</b>	13 studií/ 5 studií/ 2621 adolescentů
<b>Intervence:</b>	Chronotypové rozdíly v emočních a behaviorálních problémech
<b>Věk účastníků:</b>	0 do 27 let
<b>Klíčová slova:</b>	Chronotyp, chronobiologii, ráno, večer, sovy, skřivani, agrese, denní preference, hněv, nepřátelství, násilí, antisociální chování, porucha chování, porucha opozičního vzdoru, delikvence, sociální přizpůsobení a externalizující chování.
<b>Výsledky</b>	

Studie byla považována za účinnou, pokud se týkala korelace mezi chronotypem (M/E) a problémy v chování a emocích. Mezi ranním a večerním chronotypem (M/E) byla zjištěna významná korelace s problémy v chování, přičemž adolescenti s večerním typem měli více problémů. Bylo zjištěno, že večerní aktivity mohly mít negativní dopad na spánek a duševní zdraví dětí a mladých lidí. Potřeba vytvořit preventivní a intervenční programy byla identifikována. Večerní chronotyp byl spojen s negativním ovlivněním kvality spánku a denního fungování u dospívajících, protože večer býval spojen s větší impulzivitou a externalizujícím chováním. U žáků s večerním typem (E) byla zjištěna vyšší pravděpodobnost výskytu denních poruch, včetně behaviorálních a emočních problémů, agrese a antisociálního chování. Tento efekt se lišil od ranních typů (M), kde bylo méně problémů. M typy vykazovaly lepší kvalitu spánku, vyšší úroveň stability a celkového zdraví. Naopak E typy trpěly větší denní ospalostí a měly méně stabilní spánkový režim, což mohlo přispívat k emoční a behaviorální nestabilitě. U večerních typů kojenců (0–6 let) bylo zjištěno významné zvýšené skóre vzteku ( $p < 0,001$ ).

Vyhledávání bylo provedeno do 1. června 2013 prostřednictvím databází Medline, Web of Science, EBSCO, Ovid, PubMed, Google Scholar a PsycINFO. Etické pokyny byly dodrženy dle Helsinské deklarace. Studie byly prováděny s velkou mírou kulturní rozmanitosti v Rakousku, Německu, Nizozemsku, České republice, Turecku, Spojeném království, Japonsku, Číně, USA a Kanadě. Cílem bylo zhodnotit souvislost mezi chronotypem a agresivitou u dětí a dospívajících do 27 let. Z 13 systematických přehledů byly do diplomové práce zahrnuto pět, které splňovaly věková kritéria pro žáky středních škol. Bylo zjištěno, že nejčastěji zkoumanými typy byly M (ranní typ) a E (večerní typ). Bylo doporučeno provedení longitudinální studie s cílem zjistit kauzální vztahy. Nedostatečně prozkoumanou oblastí byl vztah mezi spánkem a externalizací chování, zejména agrese. Zhoršená kvalita a nedostatek spánku byly identifikovány jako faktory, které mohou vést k agresivnímu chování u zdravých jedinců všech věkových skupin. Nejvýznamnějším faktorem v této souvislosti byla variace biologického cirkadiálního rytmu, který býval označován jako ranní/večerní typ M/E. Bylo zjištěno, že puberta byla spojena se zvýšením výskytu internalizujících i externalizujících poruch. Metodické nedostatky, jako nedostatečná korekce hladiny významnosti při provádění opakovaných srovnávání, oslabily platnost korelačních vzorců. Studie zdůraznily důležitost správné spánkové hygieny. Další studie zahrnovala 91 dětí a 151 adolescentů ve věku od 13 do 16 let. Zjištění prokázala, že ranní typy (M) u žen měly nižší výskyt delikventního chování. U mužů nebyly zjištěny významné rozdíly mezi typy (M/E). U dívek je delikventní chování častější u ranních typů (M). U chlapců nejsou zjištěny významné rozdíly mezi ranními a večerními typy. Další studie zkoumala 1556 dvojčat v longitudinální studii v Anglii, s průměrným věkem byl 20 let (18 až 27 let). Bylo zjištěno, že genetika a prostředí ovlivňují

naše chování a rodinné vztahy stejně jako náš spánek. Ranní vstřícnost a ochota byly hodnoceny pomocí dotazníku o chronotypu (ráno–večer). Kvalita spánku byla měřena pomocí Pittsburgh indexu spánku pro dospělé. Analýza modifikovaných subškál agresivního chování a chování porušujícího pravidla ukázala, že 18 % genetických vlivů na externalizující chování bylo sdíleno s cirkadiánními preferencemi a kvalitou spánku. Dalších 3 % genetických vlivů bylo spojeno s externalizujícím chováním a cirkadiánními preferencemi, nezávisle na kvalitě spánku. Byly zjištěny významné průměrné rozdíly mezi „sovy“ a „skřivany“, přičemž „sovy“ měly výrazně více problémů s chováním. Výsledky byly potvrzeny v lineárním modelu (GLM), což dodávalo výsledkům další robustnost. Studie provedena se 141 zdravými studenty medicíny ve věku 17 až 23 let zjistila vyšší psychopatologické narušení u večerních typů ve srovnání s ranními. Večerní typy také vykazovaly významně vyšší skóre na pod škále hostility než ranní typy, což naznačovalo větší tendenci k agresivnímu chování. Zjištění byla podpořena statistickými testy, které zvýšily jejich spolehlivost. Studie použila tureckou verzi Morningness–Eveningness Questionnaire (MEQ), SCL–90–R (Dag 1991), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) a Epworth Sleepiness Scale (ESS). Analýza byla provedena pomocí ANOVA. Studie použila modifikovanou verzi Morningness – Eveningness Questionnaire (MEQ) a dotazníky zaměřené na spánkové návyky a duševní zdraví. Statistická analýza zahrnovala Pearsonovu korelaci, Wilcoxonův test, Mann–Whitney U–test, Kruskal–Wallis test (viz. tabulka 8). (Schlarb 2014, s. 1–16)

#### Studie č. 7

*Tabulka 9 Studie Tran et. al.*

<b>The Relationship Between Greenspace Exposure and Psychopathology Symptoms: A Systematic Review</b> (Ivy Tran et. al., 2022)	
<b>Design studie:</b>	Systematické review
<b>Země původů:</b>	Severní Amerika a Evropa
<b>Velikost vzorku:</b>	40 studií/12 studií odpovídá věkem
<b>Intervence:</b>	Působení zeleně na duševní zdraví
<b>Věk účastníků:</b>	Od 3 až 91 let
<b>Klíčová slova:</b>	Životní prostředí, zelený prostor, duševní zdraví, příroda, psychopatologie, urbanismus.
<b>Výsledky</b>	



Expozice zelených ploch byla považována za pozitivní vliv při snižování symptomů poruch chování a emocí u dětí, ale nebyly zjištěny jasné souvislosti u zdravých dětí. Zelené plochy byly spojeny s mírnějšími projevy psychopatologie u dětí. Několik studií naznačilo, že vlivy mohly být ovlivněny sociodemografickými faktory, ale bylo potřeba ověření. Zelené venkovní přírodní prostory byly identifikovány jako faktor snižující posttraumatickou stresovou poruchu a ADHD u dětí. Pět studií vykazovalo čistý pozitivní vztah mezi zeleným prostředím a psychopatií, který překračoval vlivy městských prvků. Naopak, některé studie nenalezly významné vlivy zelených ploch na symptomy úzkosti a deprese, což mohlo být způsobeno různými metodikami studií. Bylo zjištěno, že prvních deset let života s vyšší expozicí zeleného prostředí bylo spojeno s nižším výskytem psychóz v dospělosti. Nebyly nalezeny významné souvislosti mezi dostupností zelených ploch a mírou výskytu závažných duševních onemocnění, jako jsou bipolární porucha a poruchy psychotického spektra. Vliv zelených ploch na příznaky hyperaktivity a úzkosti u dětí byl hodnocen nejednoznačně. Měření zeleně bylo analyzováno pomocí indexu NDVI (Normalized Difference Vegetation Index). NDVI měřilo množství světla odraženého od zdravé zeleně v určené oblasti se skóre od -1 (méně zeleně) do +1 (více zeleně). Byly zkoumány nárazníkové zóny 250 metrů kolem bydliště a hustota stromů vyšší než tři metry.

Bylo identifikováno 40 studií publikovaných mezi 1. lednem 1981 a 31. červencem 2020 z elektronických databází PubMed a PsycINFO. Dle věku bylo zařazeno 12 studií. V této systematické přehledové studii byly shrnuty a kriticky zhodnoceny dosavadní poznatky o vztahu mezi expozicí zeleným plochám (objektivní a subjektivní hodnocení interakcí s přírodou). Sekundární cíl zkoumal potenciál interakcí mezi expozicí zeleným plochám a městskými environmentálními prvky (např. znečištění, hustota populace), které byly spojeny s horším duševním zdravím. Posouzení expozice k zeleným plochám bylo různorodé. Průřezové a longitudinální důkazy naznačovaly, že objektivně hodnocená expozice zelených ploch (např. satelitní měření zeleně) byla spojena s méně závažnými symptomy a nižší incidencí psychopatií u dětí (např. symptomy ADHD) u dospělých (např. symptomy deprese). Nízké vzdělání a hustota osídlení měly negativní dopad na duševní zdraví obyvatel. Naproti tomu dostupnost zelených prostor mohla negativní účinky zmírňovat. Bylo zjištěno, že jediní výzkumníci, kteří experimentálně měřili čas strávený v zeleni, uváděli, že účastníci v přírodním prostoru uváděli méně negativních a více pozitivních afektů, ale nebyly hodnoceny změny deprese. Bylo doporučeno provést další výzkum, protože několik studií naznačilo, že expozice v zeleném venkovním prostoru může vést ke zlepšení psychopatologických symptomů. Bylo považováno za nezbytné objasnit, zda tento vztah má kauzální charakter (viz. tabulka 9). (Tran 2022, s. 206–222)

## 5.2.2 Intervence nevykázala pozitivní účinek

### Kategorie ostatní intervence

Studie č. 6

*Tabulka 10 Studie Zare Sakhvidii et. al.*

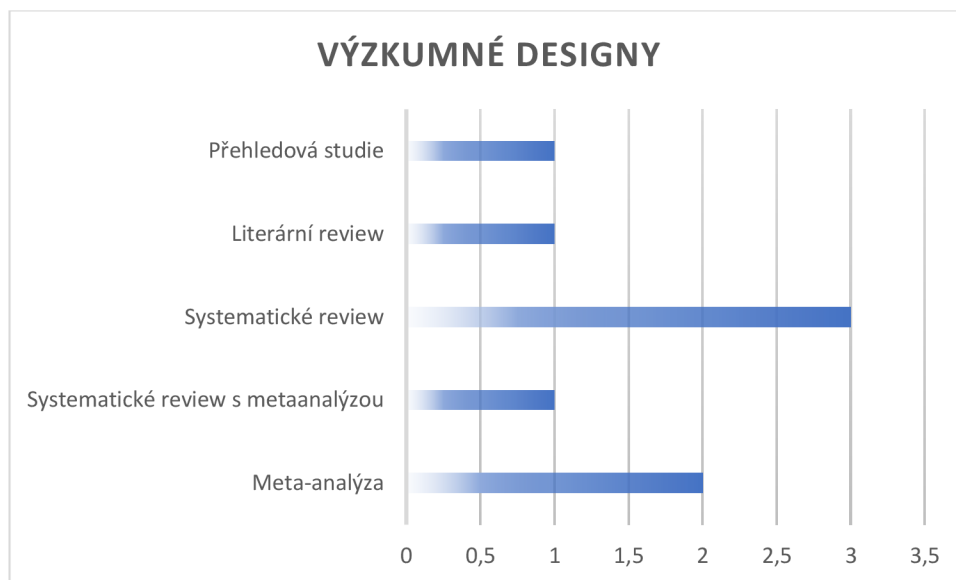
<b>Greenspace exposure and children behavior: A systematic review</b> (Mohammad Javad Zare Sakhvidii et. al., 2022)	
<b>Design studie:</b>	Systematické review
<b>Země původů:</b>	Španělsko
<b>Velikost vzorku:</b>	29 studií/10 studií problém s chováním
<b>Intervence:</b>	Dlouhodobé působení zeleně a problémy s chováním u dětí.
<b>Věk účastníků:</b>	0 až 18 let
<b>Klíčová slova:</b>	Příroda, urbanizace, neurovývojové poruchy, vývoj dítěte, duševní zdraví, psychologie.
<b>Výsledky</b>	
<p>Dostupné důkazy o působení zeleně však zůstaly omezené a neprůkazné pro některé výsledky u dětí a adolescentů. Byla naznačena ochranná asociace u emočních problémů, které aplikovaly procento zeleně v obytné oblasti nebo využívali zelené plochy. Žádná z těchto studií nebyla statisticky významná. Deset studií uvedlo souvislost mezi vystavením zeleně a problémy s chováním. Mezi 19 extrahovanými asociacemi nebyla žádná významná a 10 naznačovalo nárůst problémů s chováním se zvýšením expozice zeleného prostoru. Deset studií zkoumalo prosociální chování, ale nebyl dosažen společný závěr. Byla naznačena souvislost expozice zeleného prostoru se sníženým rizikem problémů s chováním. Dostupné důkazy však zůstaly omezené a neprůkazné pro některé výsledky chování. Bylo doporučeno, aby se děti a adolescenti více pohybovali v přírodním zeleném prostoru. Důležitá změna školního a životního prostředí byla považována za cílový prvek městského plánování, zahrnující zelený prostor. Účinnost působení zeleně na duševní a fyzické zdraví dětí, včetně behaviorálních výsledků, byla prokázána. Bylo zjištěno, že městskou zeleň nelze určovat podle leteckých map. Ve studii sledující působení zeleně na klienty s ADHD bylo prokázáno pozitivní snížení stresu, obnovení pozornosti, zvýšená fyzická aktivita a sociální soudržnost. Dále bylo pozorováno obohacení střevní mikrobiální diverzity a pozitivní vliv na enviromentální faktory, jako je snižování znečištěného ovzduší a hluku. Zkreslení bylo hodnoceno s průměrnou kvalitou 5,4 z 9; v rozmezí 3 až 8). Dvě studie (6,9 %) měly uspokojivou kvalitu. V longitudinálních studiích bylo průměrné skóre kvality 5,9, přičemž výsledky zahrnovaly nejslabší mediátory, jako je znečištění ovzduší.</p>	

Databáze PubMed (National Library of Medicine), Scopus a Web of Science (včetně Web of Science, KJID, RSCI, SCIELO) byly prohledávány do 29. listopadu 2021. Byly přezkoumány souvislosti mezi dlouhodobou expozicí zeleně a behaviorálními problémy u dětí podle metodiky PRISMA 2020. Přehled zahrnul celkem 29 relevantních studií, z nichž 17 bylo

průřezových, 11 kohortových a jedna případová kontrolní studie. Většina studií byla provedena v Evropě (n = 14), následovaná USA (n = 8), většina (n = 21) pocházela z roku 2015. Třináct studií (45 %) bylo hodnoceno jako dobré nebo velmi dobré z hlediska zkresení. Nejběžnějším hodnotícím nástrojem byl dotazník Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). Expozice zeleně v přezkoumávaných studiích byla charakterizována na základě různých indexů (dostupnosti, přístupnosti a kvality), většinou na adrese bydliště. Byly hlášeny asociace expozice různým typům zeleně s devíti různými behaviorálními výsledky, včetně celkových behaviorálních obtíží (n = 16), symptomů a závažnosti poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) (n = 15), diagnózy ADHD (n = 10), problémů s chováním (n = 10), prosociálního chování (n = 10), emočních symptomů (n = 8), problémů ve vztazích s vrstevníky (n = 8), externalizačních poruch (n = 6) a internalizačních poruch (n = 5). Studie byly vyloučeny, pokud proměnná expozice nebyla kvantifikována (např. binární proměnné, jako je přítomnost nebo nepřítomnost parku bez dalších informací o vzdálenosti nebo spokojenosti se sousedstvím zeleně. Bylo identifikováno 11 studií, které byly založeny na dálkovém průzkumu a použily snímky Landsat 30 x 30 m, jedna studie využila snímek z MODIS 250 x 250 m a další jedna využila Sentinel-2 s rozlišením 10 m, dále jiní autoři použili satelitní data. Agentura pro ochranu životního prostředí USA určila, že přírodní prostředí včetně zeleně je půda, která je částečně nebo úplně pokryta travou, stromy, keři nebo jinou vegetací. Bylo zjištěno, že urbanizace zvyšuje počet dětí vyrůstajících ve městech, kde byly často vystaveny stresujícímu prostředí s nedostatkem pohybu a zvýšeným rizikům, jako je znečištění ovzduší a hluk. Přístup k přírodě byl omezený. Problémy s chováním jsou u dětí časté. Bylo zjištěno, že jedno ze sedmi dětí ve věku od 2 do 8 let v USA trpí behaviorálními, duševními a vývojovými problémy. Bylo zjištěno, že děti tráví v přírodě méně času než předchozí generace. Navíc většina studií nezvažovala dlouhodobé vystavení zelenému prostoru. Hodnocení prenatálního a předškolního období měla být relevantní. Studie použily dotazníky, které vyplňovali rodiče, což bylo náchylné k subjektivitě. Bylo by vhodnější použít více zdrojů (dotazník, rozhovor, odborník atd). Chyběla různorodost a validita výsledků. Metaanalýza nebyla neprovedena pro nedostatek výsledků. Použití odlišných kritérií snížilo schopnost porovnat výsledky. Země s nízkými a středními příjmy, konkrétněji africké, jihoamerické a blízkovýchodní země, byly v literatuře nedostatečně zastoupeny (viz. tabulka 10). (Sakhvidii 2022, s. 1–14)

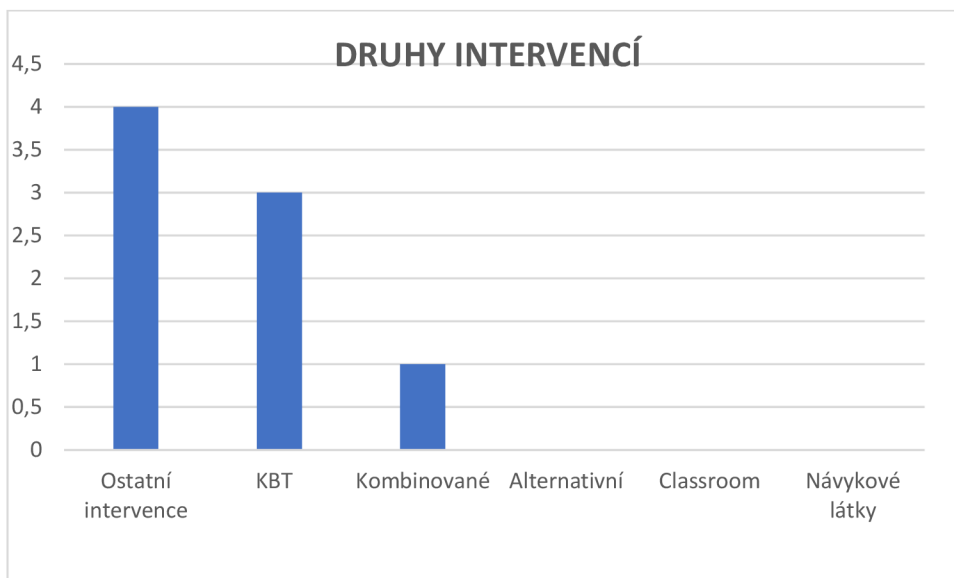
### 5.3 Shrnutí výsledku

Inkluzivní kritéria splnilo osm studií různého designu, které byly zahrnuty do literárního review. Ve studiích se často vyskytují problémy s nedostatkem kvalitních dat, absencí kontrolních skupin a další metodické nedostatky. Data byla syntetizovaná ve většině studií, avšak nebylo možné vytvořit metaanalýzu na základě vstupních materiálů. Metodické chyby a nedostatek homogenních dat komplikují srovnatelnost a zobecnitelnost výsledků. Zjištění naznačují, že je potřeba zlepšit metodiku budoucích studií, v zemích s nízkými a středními příjmy v Africe, Jižní Americe a na Blízkém východě, aby bylo možné provádět robustnější metaanalýzy a dosáhnout spolehlivějších závěrů.



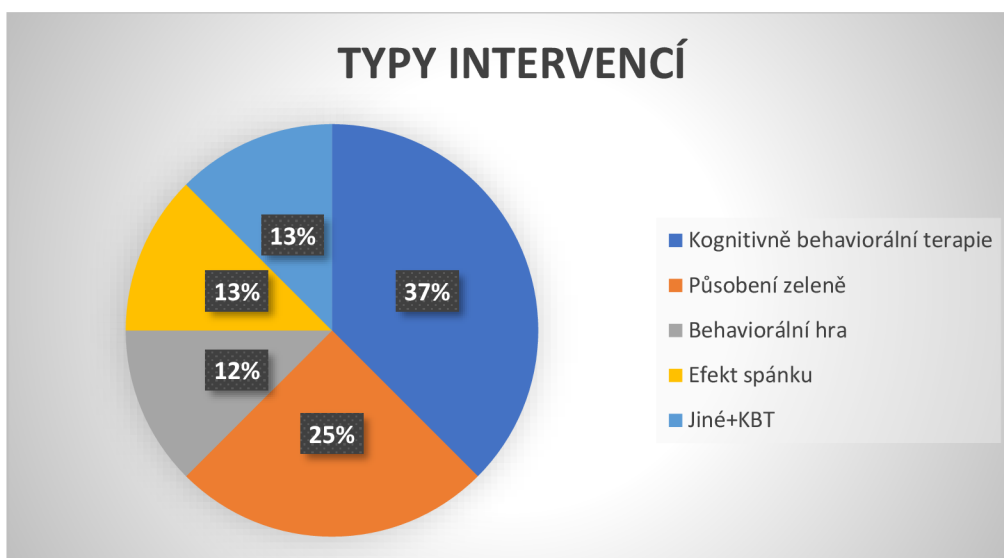
Graf 1 Výzkumný design

Výzkumné designy zahrnutých studií byly rozmanité. Byly zahrnuty dvě metaanalýzy, jedno systematické review s metaanalýzou, tři systematické review, jedno literární review a jedna přehledová studie (viz. graf 1). Tento rozmanitý rozptyl výzkumných designů umožnil získat komplexní přehled o zkoumané problematice a přispěl k hlubokému porozumění v této oblasti.



Graf 2 Rozdělení intervencí

Graf zobrazuje rozdělení osmi analyzovaných studií podle typu intervence do tří skupin. Byly zařazeny čtyři studie do kategorie ostatních intervencí, tři studie se zabývaly kognitivně behaviorální terapií (KBT) a jedna studie patřila mezi kombinované intervence. Původní výzkum celé skupiny se zaměřil na třídění do pěti kategorií, avšak v této diplomové práci bylo třídění provedeno dle věku, což vedlo k tomu, že tři kategorie zůstaly prázdné (viz. graf 2).



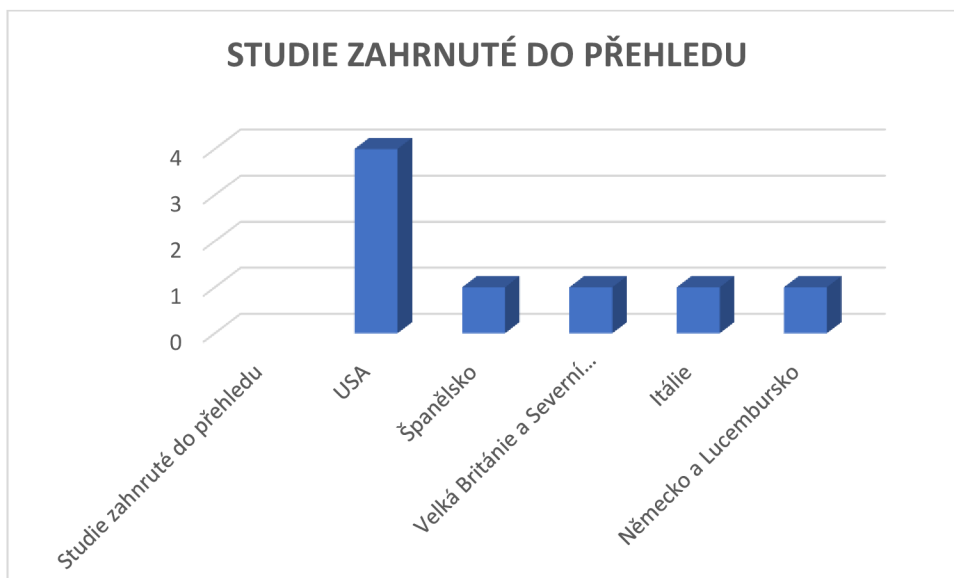
Graf 3 Jednotlivé druhy pomoci

Tento graf zobrazuje rozdělení osmi studií, které se zabývaly různými typy intervencí. Kognitivně behaviorální terapie je zastoupena třemi studiemi, působení zeleně dvěma studiemi a ostatní intervence jsou zastoupeny jednou studií (viz. graf 3).

Tabulka 11 Seznam vybraných studií

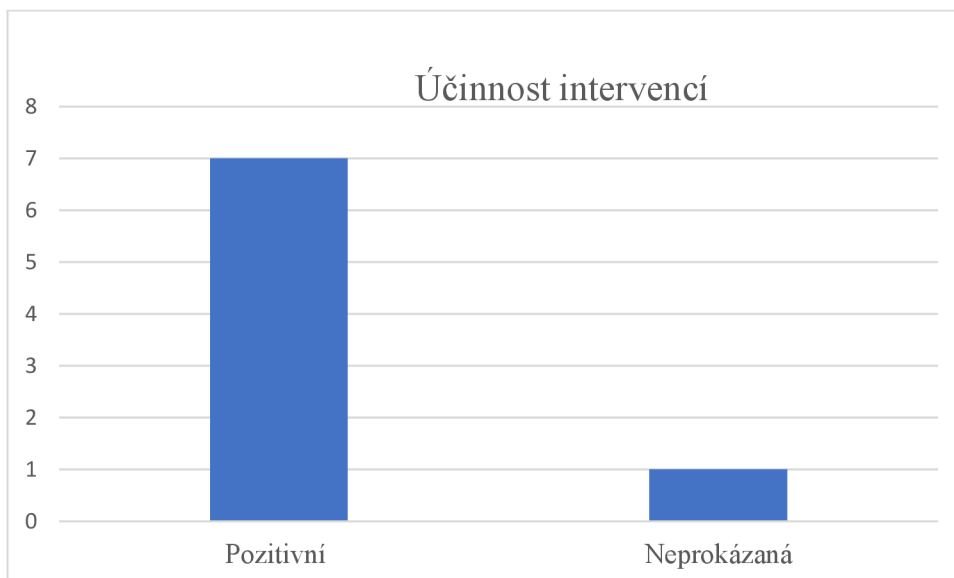
INTERVENCE				
Kategorie intervencí	Typy	Autor	Účinnost	Číslo studie
Kognitivní behaviorální terapie	KBT	Cobb	Pozitivní	2
	KBT	Battagliese	Pozitivní	5
	KBT	Ramirez	Pozitivní	8
Kombinované	Preventivní intervence	Gonzalo Salazar	Pozitivní	3
Ostatní	Působení zeleně	Sakhvidii	Nevykázána pozitivní	6
	Působení zeleně	Tran	Pozitivní	7
	Efekt spánku	Schlarb	Pozitivní	4
	GBG Hra na dobré chování	Bowman	Pozitivní	1

V tabulce jsou zahrnuty výsledky osmi studií, které byly rozděleny do tří hlavních kategorií intervencí, autorů a jejich účinnosti (viz. tabulka 11). Tři studie zaměřené na kognitivně behaviorální terapii (KBT) byly provedeny autory Cobb (studie č. 2), Battagliese (studie č. 5) a Ramirez (studie č. 8). Jedna studie zařazená do kategorie kombinovaných preventivních intervencí byla provedena Gonzalo Salazarem (studie č. 3). Do kategorie ostatních intervencí byly zařazeny čtyři studie: dvě studie, které se zabývaly působením zeleně, byly provedeny Sakhvidii (studie č. 6) a Tran (studie č. 7), jedna studie zkoumala efekt spánku a byla provedena Schlarbem (studie č. 4). Jedna studie se zaměřila na behaviorální hru a byla provedena Bowman (studie č. 1) (viz. tabulka 3). V kategorii KBT byl pozitivní účinek prokázán ve všech třech studiích. U kombinovaných preventivních intervencí byl pozitivní účinek rovněž prokázán. V kategoriích ostatních intervencí byla pozitivní účinnost prokázána ve třech studiích: působení zeleně (Tran), efekt spánku (Schlarb) a hra na dobré chování (Good Behavior Game, GBG, Bowman), zatímco jedna studie působení zeleně (Sakhvidii) nevykázala pozitivní účinek.



Graf 4 Země původu

Většina výzkumných studií zahrnutých do naší práce v oblasti nefarmakologických intervencí pocházela z USA, což naznačovalo silnou výzkumnou základnu a zájem o tuto problematiku (viz. graf 4). Ovlivnění mohlo být způsobeno lepším finančním zázemím pro výzkum v USA a také kulturním zaměřením na duševní zdraví. Evropské země jako Španělsko, Velké Británie, Severní Irsko, Itálie a Německo ve spolupráci s Lucemburskem také významně přispěly k této oblasti, což podtrhovalo mezinárodní zájem o spolupráci v oblasti výzkumu duševního zdraví adolescentů. Výzkumy provedené v USA a v Evropě mohly přinést cenné poznatky, ale jejich aplikace v českých podmínkách mohla být složitá. Kulturní rozdíly, různé vzdělávací systémy a odlišné sociální a ekonomické podmínky mohly ovlivnit účinnost a implementaci intervencí v České republice. Proto bylo důležité provést další výzkum a přizpůsobit intervence specifickým potřebám a podmínkám českých adolescentů.



Graf 5 Sledování účinnosti

Tento graf zobrazuje výsledky sledování účinnosti osmi studií. Účinnost nefarmakologických intervencí na symptomy poruch chování a emocí u adolescentů byla prokázána v sedmi studiích, zatímco jedna studie účinnost neprokázala (viz. graf 5).



Graf 6 Účinnost metaanalýzy

V naší práci byly analyzovány dvě metaanalýzy. První, provedena autorem Battagliese, zkoumala vliv kognitivně behaviorální terapie na různé symptomy externalizujících poruch. Nejvýznamnější vysoký účinek byl zaznamenán u poruchy opozičního vzvoru a stresu rodičů.



Střední účinek byl nalezen u externalizujících symptomů, sociálních kompetencí, rodičovských dovedností, pozornosti a příznaků ADHD. Ostatní zásahy vykazovaly nízký účinek (viz. graf 6). (Battagliese, 2015)

Druhá metaanalýza, provedená Bowmanem, se zaměřila na účinky hry na dobré chování (Good Behavior Game GBG) na snižování rušivého chování a posilování sociálních vazeb. Největší pozitivní účinek byl zaznamenán u žáků středních škol ohrožených emoční poruchou (EBD). Spolehlivost výsledků byla hodnocena s intervalem spolehlivosti (CI) 95 %. Průměrná velikost účinku TauU byla 0,82 (SE = 0,02, 95 % CI = [0,78, 0,87],  $p = 0,05$ ). (Bowman, 2015)

Studie, které neprovedly metaanalýzu, mají výsledky, které je třeba interpretovat s opatrností. Výsledky mohly být ovlivněny různými faktory a bez metaanalýzy nelze výsledky snadno zobecnit nebo srovnávat s výsledky jiných studií. Dále je třeba vzít úvahu zkreslení, které mohlo být způsobeno shrnutím pouze publikovaných studií.

## 6 DISKUSE

Diplomová práce se zabývala cílovou skupinou adolescentů ve věku 15 až 19 let se symptomy poruch chování a emocí. Účinek nefarmakologických intervencí byl sledován a analyzován. Vybrané studie byly rozděleny do tří kategorií: kognitivně behaviorální terapie, kombinované intervence a ostatní intervence (viz. graf 3). Celkem bylo zařazeno osm studií, které byly podrobeny analýze a na jejich základě byly zjišťovány odpovědi na výzkumné otázky.

**První výzkumná otázka:** se zaměřila na identifikaci nefarmakologických intervencí, které byly zpracovány ve studiích typu systematických a literárních přehledů u žáků 15 až 19 let s poruchami chování a emocí.

Analyzované studie se zabývaly kognitivně behaviorální terapií, působením zeleně na poruchy chování a emocí, chronotypovými režimy, hrou na dobré chování a preventivními intervencemi. Tři studie kognitivně behaviorální terapie se ukázaly jako metody s významným účinkem na symptomy poruch chování a emocí. Metaanalýza byla provedena pouze ve studii od Battagliese, proto je nutné být opatrný při vyvozování obecných tvrzení o těchto studiích. (Cobb, 2006; Battagliese, 2015; Ramirez, 2014) Studie prokázaly účinnost KBT při snižování symptomů poruch chování a emocí. Studie od Battagliese je metaanalýzou, která ukázala úspěšné zvýšení rodičovského sebevědomí a významný vliv na sociální kompetence. Další dvě studie se zabývaly působením zeleně na adolescenty, přičemž studie Tran (Tran, 2022) prokázala pozitivní účinky, zatímco studie od Sakhvidii (Sakhvidii, 2014) neprokázala žádný pozitivní účinek. Jedna studie zkoumala efekt spánku (Schlarb, 2014) a další hru na dobré chování GBG (Bowman, 2015), obě s pozitivními výsledky.

**Druhá výzkumná otázka:** se zaměřila na identifikaci účinných nefarmakologických intervencí z přehledových studií a systematických review, které by snižovaly symptomy poruch chování a emocí u žáků ve věku 15 až 19 let?

Byly zjištěny významně účinné intervence, které zahrnovaly kognitivně behaviorální terapii, kombinované preventivní intervence a hru na dobré chování GBG. Kognitivně behaviorální terapie prokázala svou účinnost ve třech studiích (Cobb, 2006; Battagliese, 2015; Ramirez, 2014), zatímco kombinované preventivní intervence byly potvrzeny jako efektivní v jedné studii, kde psychoedukace a psychoterapie prokázaly svou účinnost (Gonzalo Salazar, 2020). KBT se ukázala jako významně účinná při snižování předčasného ukončení školní

docházky a agresivního chování u mladých lidí s postižením nebo s poruchou chování CD (Cobb, 2006). Psychologické intervence jsou účinné a další investice do ochranných programů ve školách jsou nutností.

Literární review o chronotypových rozdílech potvrdilo, že denní preference mají vliv na externalizující chování. Bylo zjištěno, že mládež s večerním přirozenou aktivitou chronotypem E, měla větší pravděpodobnost výskytu behaviorálních a emočních problémů. Bylo zjištěno, že rodiče adolescentů s poruchami chování často trpěli psychopatologickými poruchami, což se odráželo v chování jejich dětí a jejich sociálních dovednostech (Schlarb, 2014). Hra na dobré chování byla analyzována pomocí metaanalýzy a bylo zjištěno, že byla nejúčinnější při snižování rušivého chování a chování mimo úkol u žáků středních škol (Bowman, 2015). Největší prospěch měli žáci ohrožení emoční poruchou chování. Bylo zjištěno, že nízké vzdělání a hustota osídlení mohly mít negativní dopad na duševní zdraví (Tran, 2022), zatím co dostupnost přírodního prostředí (zelených prostor) mohla negativní účinky zmírňovat. Druhá studie o působení zeleně na adolescenty neprokázalo pozitivní účinek. Výsledky mohly být zkresleny subjektivním vyplňováním dotazníků rodiči, což byl často jediný zdroj informací. Nebyla nalezena žádná významná asociace a deset výsledků naznačovalo nárůst problémů s chováním se zvýšením expozice zelenému prostoru (Sakhvidii, 2014). Do těchto studií nebyly zahrnuty země s nízkými a středními příjmy a většina studií nezvažovala dlouhodobé vystavení zelenému prostoru.

Ve studii bylo autorkou Jucovičovou popsáno, že spánek a jeho kvalita mají významný vliv na školní výkonnost a chování žáků. Bylo zjištěno, že nekvalitní a krátký spánek ovlivňoval soustředění, zvyšoval únavu, podrážděnost a impulsivní chování. (Jucovičová, 2010) Závěry byly v souladu se studii z našeho literárního review, které potvrdily význam chronotypu s večerním bděním. v České republice byly k nefarmakologické léčbě poruch chování a emocí použity různé přístupy. Bylo uvedeno, že kognitivně behaviorální techniky, psychoterapie a socioterapeutické přístupy se ukázaly jako efektivní. (Paclt, 2006) Behaviorální trénink a práce ve skupinách s rodiči ohrožených adolescentů byly považovány za efektivní metody. Studie ELSPAC zkoumala poruchy chování spojené s hyperaktivitou u dětí do 7 let a zjistila, že rané životní podmínky a rodinné prostředí mohly mít dlouhodobý vliv na vývoj poruch chování. Tímto výzkumem byl vyzdvížen význam komplexního přístupu k intervencím, které zahrnovaly podporu rodin a zlepšení celkových životních podmínek. (Kukla 2008)

Bylo zdůrazněno, že péče o děti by měla být interdisciplinární, zahrnující rodiče, učitele, zdravotníky a sociální služby. Doporučeno bylo začít rodičovským tréninkem, individuální psychoterapií pro dítě, rodinnou terapií a nácvikem sociálních dovedností. (Theiner, 2007) Bylo

zjištěno, že internetové svépomocné programy mohou být účinné při snižování problémového chování u dětí a zlepšování rodičovských strategií. (Bunge, 2016) V našich studiích podle inkluzivních kritérií mé diplomové práce však nebyly nalezeny žádné relevantní studie, což naznačovalo, že adolescenti s poruchou chování vykazovali problémy, které jim neumožňovaly tuto intervenci absolvovat. Mohlo to být způsobeno nízkou motivací, nedostatečnou podporou ze strany rodiny, absencí technického vybavení, sociální stigmatizací nebo obavou z neúspěchu.

Bylo zjištěno, že intervence, které zlepšovaly rodinné vztahy a podporovaly duševní pohodu, mohly mít pozitivní dopad na vývojové výsledky dospívajících. Dospívání často vedlo k psychickým problémům a více než 50 % duševních poruch dospělých má svůj počátek před 18. rokem. (Yuen, 2018)

#### **Konkrétní doporučení pro praxi:**

Z přehledu vyplynul jasný signál, že školní prostranství by mělo být obklopeno více zelení, aby se snížily symptomy poruch chování a emocí. Tento přístup by měl vést k vytvoření školních zahrad a odpočinkových zón s altány, pěstováním rostlinami a vodními prvky. Naše populace se přestěhovala do městských zón a odklonila se od venkovského života našich předků. Bylo doporučeno provést dotazníkové šetření v celých školách a cíleně vyhledávat žáky, kteří vykazovali symptomy těchto problémů, a začít pracovat s nimi a jejich rodinami co nejdříve. Bylo zjištěno, že mládeži prospěly i krátké podpůrné zprávy nebo videohry, které je učily lépe pracovat se svými emocemi. Dále bylo považováno za důležité finančně podporovat školy a otevírat další preventivní programy s psychologickými intervencemi.

#### **Pedagogická praxe:**

Podporovat duševní zdraví ve školách prostřednictvím posílení školských poradenských služeb. Podporovat prevenci vzniku poruch chování a pravidelně monitorovat a vyhodnocovat psychické stavy žáků. Používat intervence založené na důkazech, jako je GBG hra na dobré chování, pro zlepšení duševního zdraví a potlačení poruch chování a emocí. Podporovat pozitivní školní klima a povzbuzovat aktivní zapojení žáků do rozhodovacích procesů. Třídní učitel by měl aktivně zapojit rodinu žáka do vzdělávacího procesu, prostřednictvím sdílení informací o pokrocích a problémech žáka a společného plánování podpůrných opatření.

#### **Psychologická praxe:**

Vytvářet individuální plány pro diagnostiku a terapii, které zohledňují specifické

potřeby žáka. Integrovat rodinnou terapii a rozvíjet rodičovské dovednosti s aktivním zapojením do terapeutického procesu, což posílí podporu a výsledek terapie. Rozvíjet rodičovské dovednosti k podpoře jejich dětí. Implementovat CBT programy pro žáky zaměřené na rozvoj sociálních dovedností, sebeovládání a pozitivní chování.

## 7 ZÁVĚR

Předložená diplomová práce se zaměřila na účinnost nefarmakologických intervencí u adolescentů ve věku 15 až 19 let s poruchami chování a emocí. Výsledky studií ukázaly, že kognitivně behaviorální terapie a behaviorální hry ve školním prostředí jsou neúčinnějšími metodami pro snižování symptomů těchto poruch. Naproti tomu výsledky týkající se expozice zeleným plochám byly rozporuplné a vyžadují další výzkum. Efekt spánku ukázal významnou korelaci s chronotypem a problémy s chováním.

Dále bylo zjištěno, že zapojení rodičů a pečovatelů do terapie hraje klíčovou roli v léčbě adolescentů s poruchami chování a emocí. Matky trpící depresemi vystavují své děti vyššímu riziku vzniku psychopatologických problémů. Skutečnost podtrhuje význam podpory rodičů a pečovatelů při terapeutických intervencích, aby se minimalizoval negativní dopad na děti a dospívající.

Jedním z důležitých zjištění této práce bylo, že kognitivně behaviorální intervence mají pozitivní vliv nejen na snižování symptomů poruch chování a emocí, ale také na prevenci předčasného ukončování školní docházky. Studie prokázaly, že intervence jsou efektivní pro mladé lidi se zdravotním postižením i pro zdravé jedince a že jejich účinnost je vyšší, pokud zahrnují jak kognitivní, tak behaviorální složky.

Výsledky rovněž naznačují potřebu zaměřit se na problematiku předčasného ukončování školní docházky u dospívajících. Národní centrum pro vzdělávací statistiky (NCES) v roce 2021 zjistilo, že 3,8 milionu mladých lidí ve věku 16–24 let nebylo zapsáno na střední školu, přičemž dvakrát více studentů se zdravotním postižením předčasně ukončuje studium. Tento fakt podtrhuje důležitost implementace účinných preventivních opatření a intervencí v oblasti vzdělávání.

Z těchto zjištění vyplývá, že by měl být kladen větší důraz na vývoj a implementaci intervencí zaměřených na prevenci předčasného ukončování školní docházky, zejména u zranitelných skupin studentů. Účinnost kognitivně behaviorálních intervencí v této oblasti by měla být dále zkoumána a využívána v praxi, aby bylo možné dosáhnout co nejlepších výsledků v podpoře vzdělávání a celkového rozvoje mladých lidí.

Potvrđilo se, že rodinné zázemí hraje klíčovou roli v utváření osobnosti dospívajících žáků. Rodina poskytuje základní rámec, v němž se rozvíjejí jejich hodnoty, postoje a chování. Takové prostředí významně ovlivňuje jejich sociální a emocionální vývoj, což výrazně ovlivňuje jejich vzdělávací a sociální adaptaci. Vzhledem k tomu, že rodina má klíčovou roli v přípravě žáků na školní a životní situace, je nezbytné, aby pedagogové aktivně spolupracovali

s rodinami. Spolupráce umožňuje efektivněji podporovat a rozvíjet potenciál žáků ve školním prostředí.

### **Limitace výzkumných studií:**

Mohlo dojít k nesprávnému pochopení a neúmyslnému zkreslení informací při překladu a interpretaci odborných textů z jiných jazyků, stejně jako během samostatné kompilace ve výzkumné části. Možnou zaujatost při interpretaci výsledků výzkumných studií nelze zcela vyloučit. Rozdílné metodiky, populační vzorky a měřicí nástroje mezi zahrnutými studii mohly ovlivnit srovnatelnost a zobecnitelnost výsledků. Mohlo dojít k publikačnímu biasu s publikováním převážně studií s pozitivními výsledky, což by mohlo zkreslit celkový obraz o účinnosti intervencí. U některých studií mohly být kontrolní skupiny neadekvátní nebo neexistovaly, což mohlo ovlivnit interpretaci výsledků.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

*Adolescence už netrvá do 19 let. Přelomový věk je teď 24, tvrdí vědci* [online]. 2018. In: BBC – Lancet: Česká televize [cit. 2024-4-10]. Dostupné z:

<https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/veda/adolescence-uz-netrva-do-19-let-prelomovy-vek-je-ted-24-tvr-di-vedci-84430>

BANKOVSKÁ MOTALOVÁ, Lucie. 2019. *Rodinná psychoedukace v léčbě závažných duševních onemocnění. Psychiatrie pro praxi* [online]. Praha, 20(3): s. 111-113 [cit. 2024-5-13]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2019/03/03.pdf>

BOĐOVÁ, Veronika, Miluše HUTYROVÁ a Michal RŮŽIČKA. 2013. *Možnosti intervence u osob se specifickými poruchami chování a poruchami chování 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3723-1.

BUNGE, Eduardo, B. DICKTER, M. K. JONESA a et.al. 2016. Behavioral Intervention Technologies and Psychotherapy with Youth: A Review of the Literature. *Current Psychiatry Reviews* [online]. 12(4): s. 14–28 [cit. 2024-5-18]. DOI: 10.2174/1573400511666150930232254. ISSN 1875-6441.

COLE, Ted, John VISSER a Graham UPTON. 1998. *Effective Schooling for Pupils with Emotional and Behavioural Difficulties*: London: David Fulton Publishers. ISBN 1-85346-544-5.

ČERVENKA, Karel. 2016. *Sud, který nemá dno? potřeby dětí s poruchami emocí a chování očima výchovných profesionálů*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8138-3.

ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHOTERAPII, 2024. [online]. [cit. 2024-5-8]. Dostupné z: <https://www.czap.cz/O-psychoterapii>

Česká společnost KBT, 2016. [online]. [cit. 2024-5-8]. Dostupné z: <http://www.cskbt.cz/index.php>

Český statistický úřad – Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 [online], 2023. Praha [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: [mkn10.uzis.cz/prohlizec/F90-F98](http://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F90-F98)

DAŇKOVÁ, Š., K. HANUŠOVÁ, D. KREJČOVÁ a et.al., 2019. *Implementační plán zavedení MKN-11 v ČR* [online]. 2.4., s. 51. Praha: Univerzita Karlova, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2024-03-09]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/mkn/mkn-11-cz-implementacni-plan.pdf>

DRLÍKOVÁ, Ivana. 2007. *Hyperaktivní děti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-447-8.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PSYCHOTHERAPY. 2024. *Emotional Wellbeing of European Citizens / EAP Position Statement* [online]. [cit. 2024-5-8]. Dostupné z: <https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/eap-position-statement/>

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PSYCHOTHERAPY. 2024. *Benefits Why Psychotherapy* [online]. [cit. 2024-6-15]. Dostupné na internete: <https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/benefits-of-psychotherapy/>



European union – Evropská komise [online]. 2023. [cit. 2023-8-30]. Dostupné z: eurydice.eacea.ec.europa.eu/cs/national-education-systems/czech-republic/poradenstvi-v-predskolnim-skolnim-vzdelavani

GAVENDO VÁ, Nora. 2021. s. 386, *Kognitivně Behaviorální Přístupy v Praxi Pedagoga* [online]. Praha: Grada [cit. 2024-5-5]. ISBN 978-80-271-4200-2.

GRESHAM, Frank M., Lee KERN. 2004. Internalizing Behavior Problems in Children and Adolescents. Handbook of research in emotional and behavioral disorders. *Handbook of research in emotional and behavioral disorders. The Guilford Press.* [online]. New York, s. 262–281 [cit. 2024-5-10]. ISBN: 1-59385-056-5. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=9sp3uwMQh1UC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Handbook+of+research+in+emotional+and+behavioral+disorders.+The+Guilford+Press.+citace+2004&ots=zthFo6qXMMy&sig=uy7pE9ffpgEP4BJArID80wOpre0&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Handbook%20of%20research%20in%20emotional%20and%20behavioral%20disorders.%20The%20Guilford%20Press.%20citace%202004&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=9sp3uwMQh1UC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Handbook+of+research+in+emotional+and+behavioral+disorders.+The+Guilford+Press.+citace+2004&ots=zthFo6qXMMy&sig=uy7pE9ffpgEP4BJArID80wOpre0&redir_esc=y#v=onepage&q=Handbook%20of%20research%20in%20emotional%20and%20behavioral%20disorders.%20The%20Guilford%20Press.%20citace%202004&f=false)

HILLENBRAND, Clemens. 1999. *Einführung in die Verhaltensgestörtenpädagogik*. UTB. ISBN 3-8252-2103-2.

HOŘÍNEK, Jan. *Pro žáky se specifickými poruchami chování* [online]. 2022 [cit. 2024-5-12]. Dostupné na internetu: <https://www.speczs.cz/informace/poruchy-chovani>

HUTYROVÁ, Miluše. 2019. *Děti a problémy v chování Etopedie v praxi-Základy Etopedie* [online]. [cit. 2023-10-2]. ISBN 978-80-262-1523-3.

HYTYCH, Roman. 2024. *PhDr. Roma Hytych, Ph. D psycholog* [online]. [cit. 2024-5-10]. Dostupné z: <https://www.psycholog-hytych.cz/index.php/prectete-si/19-specifika-psychoterapie-u-deti-a-dospivajicich-s-poruchami-chovani>

FROMBERGEROVÁ, Anna. 2022. *Kdo je školní psycholog?* [online]. [cit. 2024-5-30]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/kdo-je-skolni-psycholog>

*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* [online]. [cit. 2024-5-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. 2010. *Psychologie 1 díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3270-1.

KRÁSENSKÁ, Daniela, 2024. Přibývá mladých s invalidním důchodem. Kvůli psychice. *Seznam zprávy* [online]. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-pribyva-mladych-s-invalidnim-duchodem-kvuli-psychice-247071>

KRATOCHVÍL, Stanislav. 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi* [online]. 3., dopl. vyd. Praha, s. 297: Galén [cit. 2024-5-5]. ISBN 80-7262-347-8.

KUKLA, Lubomír, Drahoslava HRUBÁ, Mojmír TYRLÍK a et. al. 2008. *Poruchy chování u*

sedmiletých dětí výsledky studie ELSPEC. *Časopis lékařů českých* [online]. 147(6): s. 311–318 [cit. 2024-5-29]. ISSN 0008-7335.

LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. 2010. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd, s. 423. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-710-7.

LEČBYCH, Martin, 2021. *Rodinná terapie, ordinace klinické psychologie a psychoterapie, doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.* [online]. [cit. 2024-5-10]. Dostupné z: <https://psychologie.lecbych.cz/index.php/rodinna-terapie/>

MACEK, Petr. 2003. *Adolescence* [online]. Vyd. 2., upr, s. 208. Praha: Portál [cit. 2024-4-10]. ISBN 80-717-8747-7.

Metodický pokyn k zajišťování podpůrného opatření pedagogická intervence. 2021. *Ministerstvo Školství Mládeže a Tělovýchovy* [online, s. 15]. [cit. 2024-5-11]. Dostupné na internetu: [https://www.edu.cz/wp-content/uploads/2021/01/Metodicky\\_pokyn\\_Pedagogicka\\_intervence.pdf](https://www.edu.cz/wp-content/uploads/2021/01/Metodicky_pokyn_Pedagogicka_intervence.pdf)

*Mezinárodní klasifikace nemocí instrukční příručka* [online]. 1996. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2024-5-12]. ISBN 80-901856-4-9. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkn-instrukcni-prirucka-v2.pdf>

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize* [online]. 2018. Druhé, s. 260. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2019 [cit. 2024-3-8]. ISBN 978-80-7472-169-4. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-instrukcni-prirucka-20200101.pdf>

MICHALOVÁ, Zdeňka. 2007. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš [cit. 2024-4-21]. ISBN 978-80-7311-075-8.

MOHR, Pavel, Jan LIBIGER a Pavel PAVLOVSKÝ. 2023. *Diagnostická kritéria DSM-5 TR*. Hogrefe. ISBN 978-80-86471-65-5.

MORRIS, Richard J. a Thomas R. KRATOCHWILL. 1983. *Treating Children's Fears and Phobias: A Behavioral Approach*. s. 303. Michigenská univerzita: Pergamon Press. ISBN 978-0080259994.

*Národní pedagogický institut České republiky, 2024: Pedagogický lexikon* [online]. In: [cit. 2024-5-12]. Dostupné z: [https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD\\_lexikon/P/Pedagogicko-psychologick%C3%A1\\_poradna](https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/P/Pedagogicko-psychologick%C3%A1_poradna)

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ, 2023. *Národní monitoring duševního zdraví dětí: 40 % vykazuje známky střední až těžké deprese, 30 % úzkosti. Odborníci připravují preventivní opatření* [online]. ČERVENKA, Jan. [cit. 2024-5-8]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/narodni-monitoring-dusevniho-zdravi-deti-40-vykazuje-znamky-stredni-az-tezke-deprese-30-uzkosti-odbornici-pripravuji-preventivni-opatreni>

NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ, 2022. *Školská poradenská zařízení* [online]. [cit. 2024-6-16]. Dostupné na internetu: <https://archiv-nuv.npi.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/skolska-poradenska-zarizeni.html>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023. Rejstřík pojmů [online]. [cit. 2024-5-13]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/698>

NĚMEČKOVÁ, Michaela, Roman KURKIN a Tereza ŠTYGLEROVÁ. 2015. *Rodinné chování v České republice: první děti později a mimo manželství* [online]. Český statistický úřad [cit. 2024-4-10]. ISSN 2443-8219. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Marriages\\_and\\_births\\_in\\_the\\_Czech\\_Republic/cs](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Marriages_and_births_in_the_Czech_Republic/cs)

NEKONEČNÝ, Milan. 2015. *Obecná psychologie*. s. 662. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-929-7.

NEVES, Tatiana. 2020. *Život v zrcadle psychoterapie 1 díl.*, s. 191. Triton. ISBN 978-80-7553-799-7.

*Odyseja Mezinárodní institut KBT* [online]. 2018. In: [cit. 2024-5-8]. Dostupné z: <https://www.vyckvibt.cz/index>

PACLT, Ivo a et. al. 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* [online]. s. 240. Praha: Grada [cit. 2024-4-20]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.

PAGE, Matthew J., Joanne E. MCKENZIE, Patrick M. BOSSUYT and et.al., 2020. Mapping of reporting guidance for systematic reviews and meta-analyses generated a comprehensive item bank for future reporting guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology* [online]. 118(2), s. 60-68 [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: [www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(19\)30726-7/fulltext](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(19)30726-7/fulltext)

PAULÍK, Karel. 2017. *Psychologie lidské odolnosti* [online]. 2., přepracované a doplněné vydání, s. 362. Praha: Grada [cit. 2024-4-21]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

POKORNÁ, Věra. 2010. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 4, s. 336. Praha: Portál [cit. 2024-4-20]. ISBN 978-80-7367-817-3.

*Poruchy chování a jak na ně?* [online]. 2019. Praha: Podpora společného vzdělávání v pedagogické praxi. MŠMT [cit. 2024-4-20]. Dostupné z: <http://www.inkluzevpraxi.cz/kategorie-ucitel/1787-poruchy-chovani-a-jak-na-ne>

PRAŠKO, Ján, Jelena HOLOMANY, Marie OCISKOVÁ a et.al. 2024. *Co je to kognitivně behaviorální terapie?* [online]. [cit. 2024-5-5]. Dostupné z: <https://mindwell.cz/co-je-kbt>

PTÁČEK, Radek, 2006. *Poruchy chování v dětském věku* [online]. Praha: Květoslav Zaplatílek [cit. 2023-10-01]. ISBN 80-86991-81-4. Dostupné z: [vzkum-mladez.cz/zprava/1378735909.pdf](http://vzkum-mladez.cz/zprava/1378735909.pdf)

PUGNEROVÁ, Michaela. 2019. *Psychologie pro studenty pedagogických oborů*. S. 280. Grada. ISBN 978-80-271-0532-8.

REKTOR, Tomáš, Jan KOŽNAR, Marek PREISS a et.al. 2019. *19 Díl Individuální Psychoterapie* [online]. In: [cit. 2024-5-5]. Dostupné z: [https://www.youtube.com/watch?v=cT-3vhE\\_E6k&t=2127s](https://www.youtube.com/watch?v=cT-3vhE_E6k&t=2127s)

RENÁTA, VRBOVÁ, FELCMANOVÁ LENKA a et. al., 2022. *Metodika kariérového poradenství pro žáky s narušenou komunikační schopností a žáky se specifickými poruchami*

učení a chování [online]. Univerzita Palackého v Olomouci: Profi-tisk group [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: doi:10.5507/pdf.22.24461120

ROJAS, Lourdes M., Mónica BAHAMÓN, Rachel WAGSTAFF and et.al., 2019. Evidence-based prevention programs targeting youth mental and behavioral health in primary care: A systematic review. In: Preventive Medicine [online]. s. 85-99 [cit. 2024-03-11]. ISSN 00917435. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ypmed.2018.12.009

RONEN, Tammie. 2000. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích: kognitivně behaviorální přístupy při práci s dětmi* [online]. Praha: Portál [cit. 2024-5-5]. ISBN 80-717-8370-6.

SAWYER, Susan M., Peter S. AZZOPARDI, Dakshitha WICKREMARATHNE and et.al. 2018. The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health* [online]. The LANCET, 201(3): s. 223–228 [cit. 2024-4-10]. DOI: doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(18\)30022-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30022-1/abstract)

SCHLARB, Angelika A., Roxanne SOPP, David AMBIER and et.al. 2014. Chronotype-related differences in childhood and adolescent aggression and antisocial behavior--a review of the literature. *RightsLink* [online]. 31(1): 1–6 s. [cit. 2024-5-10]. DOI: 10.3109/07420528.2013.829846. ISSN 0742-0528-1525.

STUHLÍKOVÁ, Iva, Ludmila PROKEŠOVÁ, Milada MAZEHOVÁ a et.al. 2005. *Zvládání emočních problémů školáků*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-534-2.

STUHLÍKOVÁ, Iva. 2007. *Základy psychologie emocí*. s. 232. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-282-9.

*Školský zákon 561/2004 Sb.* [online]. 2024. [cit. 2024-5-11]. Dostupné z internetu: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561#cast4>

ŠVANCARA, Josef. 1978. *Teoretické a metodologické problémy dlouhodobého sledování psychického vývoje*. In: *Problémy psychického vývoje a osobnosti*. Praha: Akademia.

THEINER, Pavel, 2007. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 23(2), s. 85–87 [cit. 2023-10-01]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: [solen.sk/storage/file/article/dd43d0142a7cb8144ce752d0f52fe1bf.pdf](https://solen.sk/storage/file/article/dd43d0142a7cb8144ce752d0f52fe1bf.pdf)

TRAIN, Alan. 1997. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8131-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2000. *Vývojová psychologie; dětství, dospělost, stáří*. s. 522. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

VOJTOVÁ, Věra. 2004. *Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. s. 94. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3532-3.

VOJTOVÁ, Věra. 2008. *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Druhé přepracované, s. 136. Brno: Muni press. ISBN 978-80-210-4573-6.

VOJTOVÁ, Věra. 2013. *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 3. vydání, s. 136. Brno: Muni Press. ISBN 978-80-210-6311-2.

WHO *European Framework for Action on Mental Health 2021–2025* [online]. 2022. [cit. 2024-5-8]. ISBN 978-92-890-5781-3. Dostupné na internete: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352549/9789289057813-eng.pdf>

WHO. *MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti* [online]. 2024 [cit. 2024-5-12]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#334423054>

*Young people – family and society* [online]. 2020. [cit. 2024-4-10]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Young\\_people\\_-\\_family\\_and\\_society](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Young_people_-_family_and_society)

YUEN, Winnie W. Y., Lucia L. LIU, Samson TSE and et.al. 2018. Adolescent Mental Health Problems in Hong Kong: A Critical Review on Prevalence, Psychosocial Correlates, and Prevention. *Journal of Adolescent Health* [online]. Hongkong, 64: s. 73–85 [cit. 2024-5-22]. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2018.10.005.

## VÝZKUMNÁ ČÁST

BATTAGLIESE, Gemma, Maria CACCETTA, Olga Ines LUPPINO and et. al. 2015. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy* [online]. (75): s. 60–71 [cit. 2024-5-18]. DOI: org/10.1016/j.brat.2015.10.008.

BOWMAN-PERROTT, Lisa, Mack D. BURKE, Samar ZAINI and et. al., 2016. Promoting Positive Behavior Using the Good Behavior Game. *Journal of Positive Behavior Interventions* [online]. USA, 18(3), s. 180-190 [cit. 2024-03-11]. ISSN 1098-3007. Dostupné z: doi:10.1177/1098300715592355

COBB, Brian, Pat L. SAMPLE, Morgen ALWELL and et. al. 2006. Cognitive-Behavioral Interventions, Dropout, and Youth With Disabilities. *Remedial and Special Education* [online]. 27(5): s. 259–275 [cit. 2024-5-19]. DOI: doi.org/10.1177/07419325060270050201.

KRATOCHWILL, T.R., J. HITCHCOCK, R.H. HORNER and et. al. *What Works Clearinghouse: SINGLE-CASE DESIGN TECHNICAL DOCUMENTATION* [online]. In: s. 34 [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED510743.pdf>

SALAZAR DE PABLO, Gonzalo & Andrea DE MICHELI and et. al. 2021. Universal and Selective Interventions to Prevent Poor Mental Health Outcomes in Young People: Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry* [online]. 29(3): s. 196–215 [cit. 2024-5-4]. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000294.

SCHLARB, Angelika A., Roxanne SOPP, David AMBIEL and et. al. 2014. Chronotype-related differences in childhood and adolescent aggression and antisocial behavior--a review of the literature. *Chronobiology international* [online]. 31(1): s. 1–16 [cit. 2024-5-12]. DOI: 10.3109/07420528.2013.829846. ISSN 0742-0528-1525.

RAMIREZ de ARELLANO, Michaela A., D. Russell LYMAN, Lisa JOBE-SHIELDS and et. al. 2014. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Department of Health & Human Services USA* [online]. 65(5): s. 591–602 [cit. 2024-5-22]. DOI: 10.1176/appi.ps.201300255.

TRAN, Ivy, Olivia SABOL, Jasmine MOTE and et. al. 2022. The Relationship Between Greenspace Exposure and Psychopathology Symptoms: A Systematic Review. *Biological Psychiatry Global Open Science* [online]. 2(3): s. 206–222 [cit. 2024-5-13]. DOI: [org/10.1016/j.bpsgos.2022.01.004](https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2022.01.004). ISSN 2667-1743.

ZARE SAKHVIDI, Mohammad Javad, Pablo KNOBEL, Mariska BAUWELINCK and et. al. 2022. Greenspace exposure and children behavior: A systematic review. *Science of The Total Environment* [online]. 824(10) [cit. 2024-5-13]. DOI: [doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.153608](https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.153608).

ZARE SAKHVIDI, Mohammad Javad, Pablo KNOBEL, Mariska BAUWELINCK and et.al. 2022. Greenspace exposure and children behavior: A systematic review. *Science of The Total Environment* [online]. 824(10): s. 1–14 [cit. 2024-5-13]. DOI: [doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.153608](https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.153608).

## SEZNAM ZKRATEK

ADHD	Hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti
AHRQ	Jedna z dvanácti agentur Ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb Spojených států amerických
ANOVA	Analýza rozptylu, metoda matematické statistiky
CBT–KBT	Kognitivně behaviorální terapie
CD	Poruchy chování
ECDC	Evropské centrum pro kontrolu a prevenci nemoci
CI	Confidence interval, interval spolehlivost
CINAHL	Indexuje nejlepší dostupnou literaturu z oblasti ošetrovatelství a zdravotnických oborů
Cohenovo d	Měřili velikost účinku jako rozdíl mezi dvěma průměry dělený jejich průměrnou směrodatnou odchylkou
COVID–19	Infekce způsobená koronavirem, který se objevil v roce 2019
č.	Číslo
ČSKBT	Česká společnost kognitivně behaviorální terapie
ČR	Česká republika
Df	Počet nezávislých hodnot, které mohou volně variovat v datovém souboru, při testování hypotéz
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
DSM–5–TR	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, Americká psychiatrická asociace vydala v roce 2022 pátou revizi
E	Večerní typ
EABCT	Evropská asociace behaviorální a kognitivní terapie
EBD	Emoční poruchy a poruchy chování
EBSCO	Poskytovatel výzkumných databází, předplatné elektronických časopisů, významný poskytovatel knihovnických technologií
EQUATOR	Databáze zdravotních studií, hodnotí kvalitu
ERIC	Databáze literatury, článků, studií široce využívána pedagogy
ES	Měř velikost účinku nebo rozdílů mezi dvěma skupinami
GBG	Hra na dobré chování ve školním prostředí
I <sup>2</sup>	Měřili celkové procento variability mezi studii, které je způsobeno heterogenitou, ne náhodou, vyšší hodnoty indikují větší heterogenitu
J. E. Purkyně ČPS ČLS JEP	Česká psychoterapeutická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně dobrovolné sdružení lékařů, psychologů a jiných pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborů
KBI	Kognitivně behaviorální intervence

KBT	Kognitivně behaviorální terapie
KjD	Databáze zaměřená na vědecké časopisy v Koreji, různé obory
M	Ranní typ
Medline	Bibliografická databáze článků z medicínských a biomedicínských časopisů
MKN–10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
MKN–11	Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize
MOOSE	Podávání zpráv o metaanalýzách observačních studiích, pomáhají zlepšit kvalitu
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
n (N)	Počet pozorování nebo měření v datovém souboru
NCES	Národní centrum pro vzdělávací statistiky
NDVI	K rozpoznání vegetace a určení jeho zdravotního stavu
ODD	Porucha opozičního vzdoru
Ovid	Poskytuje pro Medline zpřístupnění plných textů a užitečných internetových adres
p	(p value), pravděpodobnost, že pozorovaný výsledek je náhodný, hodnota $p < 0,05$ obvykle indikuje statistickou významnost
PILOTS	Databáze zaměřená na literaturu týkající se traumatického stresu, přístup k citacím a abstraktům
PLPP	Plán pedagogické podpory
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
PRISMA	Doporučení pro podávání zpráv o systematických přehledech a metaanalýzách, diagramy
PsycINFO	přední bibliografická a abstraktová databáze Americké asociace psychologů pokrývající světovou literaturu o psychologii a souvisejících oborech
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
PubMed	Databáze, která obsahuje 16 milionů citací, od roku 1950
Q, q	Testování heterogenity v metaanalýzách mezi jednotlivými studii, vysoké hodnoty indikují vysokou heterogenitu
RCT	Randomizovaná dvojité zaslepená studie
RSCI	Databáze zaměřená na vědecké publikace z Ruska, zahrnuje široké spektrum oborů
Scielo	Regionální virtuální knihovna s vědeckými časopisy v latinské Americe
Scopus	Citační a referenční databáze zaměřená na přírodní vědy, psychologii a dále
SE	Standard error, střední chyba průměru, měřili přesnost odhadu průměru vzorku, nižší hodnota indikuje přesnější odhad



SPC	Speciálně pedagogické centrum
TauU	Používáno v single–case výzkumech pro měření změn chování mezi fázemi intervence
TF–CBT	Kognitivně behaviorální terapie a expoziční techniky zaměřené na trauma
USA	Spojené státy americké
Web of science	Bibliografická a citační databáze pokrývající tisíce vědeckých časopisů
WWC	Škála měření kvality
z	Z skóre měřilo, jak daleko a v jakém směru je daná hodnota od průměru v jednotkách směrodatné odchylky, což umožňuje standardizaci a porovnání hodnot.
%	Procenta

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Kritéria k zařazení.....	32
Tabulka 2 Vývojový PRISMA diagram.....	34
Tabulka 3 Studie Cobb et. al.....	36
Tabulka 4 Studie Battagliese et. al.....	38
Tabulka 5 Studie Ramirez de Arellano et. al. ....	40
Tabulka 6 Studie Salazar de Pablo, Andrea de Micheli et. al.....	42
Tabulka 7 Studie Bowman Perrott et. al. ....	45
Tabulka 8 Studie Angelika Schlarb et. al.....	46
Tabulka 9 Studie Tran et. al.....	48
Tabulka 10 Studie Zare Sakhvidii et. al.....	50
Tabulka 11 Seznam vybraných studií .....	54

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Výzkumný design .....	52
Graf 2 Rozdělení intervencí .....	53
Graf 3 Jednotlivé druhy pomoci .....	53
Graf 4 Země původu .....	55
Graf 5 Sledování účinnosti.....	56
Graf 6 Účinnost metaanalýzy.....	56