

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálně pedagogických studií



RADMILA N'JAI Bc.

II. ročník – kombinované studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň ZŠ a SŠ a Anglický jazyk

**Specifické poruchy učení a jejich vliv na behaviorální a sociální
aspekty u dětí a jejich problematika z pohledu rodičů**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.

OLOMOUC 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Specifické poruchy učení a jejich vlivy na behaviorální a sociální aspekty u dětí a jejich problematika z pohledu rodičů“ jsem vypracovala samostatně a použila jsem pouze uvedené prameny a literaturu.

V Olomouci dne 22. 6. 2017

.....
Radmila N'jai

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí této diplomové práce paní Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D. především za odborné vedení, ochotu, pomoc a vstřícný přístup.

Radmila N'jai Bc.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 PORUCHY UČENÍ – STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA.....	10
1.1 Prevalence	12
1.2 Terminologické vymezení.....	13
2 ZÁKLADNÍ TYPY SPU A JEJICH SYMPTOMATOLOGIE	16
2.1 Dyslexie	17
2.1.1 Prevalence	18
2.1.2 Symptomatologie	19
2.2 Dysgrafie.....	21
2.2.1 Symptomatologie	23
2.3 Dyskalkulie	25
2.3.1 Symptomatologie	26
2.4 Dysortografie	28
2.5 Dyspraxie	30
2.6 Dymúzie a dyspinxie	31
2.6.1 Dymúzie	32
2.6.2 Dyspinxie	32
2.7 Neverbální poruchy učení.....	33
3 BEHAVIORÁLNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY SPU.....	35
3.1 Behaviorální aspekty specifických poruch učení.....	36
3.1.1 Internalizující potíže.....	37
3.1.1.1 Úzkost.....	38
3.1.1.2 Frustrace.....	39
3.1.1.3 Deprese	40
3.1.1.4 Sebevědomí, sebehodnocení.....	41
3.1.1.5 Sebepojetí.....	43

3.1.1.6	Sebedůvěra.....	43
3.2	Externalizující potíže	44
3.2.1	ADHD	46
3.3	Sociální aspekty specifických poruch učení	49
4	STRESOVÉ A RESILIENČNÍ FAKTORY RODIČŮ DĚTÍ S SPU	55
4.1	Rodičovství dítěte se specifickými poruchami učení	55
4.2	Stresové faktory	60
4.2.1	Zdroje stresu	61
4.2.1.1	Spolupráce se školou	61
4.2.1.2	Spolupráce s dalšími odborníky.....	63
4.2.1.3	SPU jako postižení samo o sobě	64
4.2.1.4	Pocity viny	65
4.2.1.5	Reakce okolí	66
4.2.1.6	Ekonomická situace rodiny.....	67
4.3	Resilienční faktory a strategie	67
5	ZÁVĚR.....	73
6	SEZNAM LITERATURY	85
7	ANOTACE.....	101

ÚVOD

Specifické poruchy učení je možno v současné době považovat za fenomén, jehož rozšíření souvisí s dovednostmi číst, psát a počítat, které v minulosti nebyly z hlediska získávání vzdělanosti a profesionálního začlenění tak významné, jako je tomu v dnešní době. V nynější vzdělanostní společnosti je kladen důraz především na funkční gramotnost, tedy nejen na pouhé osvojení školních dovedností, ale také na schopnost je adekvátně využít. Děti se specifickými poruchami učení se často mohou ocitnout v nelehké životní situaci. Ve škole zažívají opakované neúspěchy, pocity selhání i méněcennosti a svou tíživou situací mohou být dlouhodobě frustrováni. Potýkají se s nejrůznějšími problémy v oblasti chování, emočního prožívání i ve vztahu k působení ve společnosti (Kocurová, 2002). Jejich postavení je ovlivněno jednak svým vlastním postojem k sobě samým, ale také postojem rodiny, školy, učitelů a spolužáků. Právě rodina hraje v životě dítěte s poruchou učení klíčovou roli a má nepopiratelný význam pro jeho sebepojetí, osobnostní růst a budoucí seberealizaci.

Nejen děti s poruchami učení, ale i jejich rodiče se mnohdy potýkají s různými úskalími a i tomuto tématu se v této přehledové práci věnuji. Vybrala jsem si ji proto, že se v mé pedagogické praxi s těmito dětmi a jejich rodiči pravidelně setkávám. Z mých vlastních zkušeností je spolupráce s dětmi i rodiči dětí s poruchami učení dobrá, ale zajímalo mě, jak oni sami tuto problematiku vnímají a jakým problémům mohou čelit.

V České republice je velké množství publikací, které se zabývají samotnými poruchami učení, jejich vymezením, terminologií, symptomatologií, možnostmi nápravy i formami podpory. Není ale mnoho autorů ani publikací, jež se zabývají behaviorálními, emočními i sociálními potížemi těchto dětí, stejně jako problematikou jejich rodičů. I oni zažívají nelehké chvíle, mohou být vystaveni nejrůznějším tlakům z okolí a jsou nuceni se s touto mnohdy obtížnou situací vyrovnat.

Jedná se o přehledovou studii, která sumarizuje poznatky o dopadu specifických poruch učení (dále i SPU) na dítě samotné i na jeho rodiče a umožňuje tak vhled do dané problematiky. Práce vychází z celosvětově nejnovějších poznatků týkajících se oblasti specifických poruch učení. Zaměřuje se především na behaviorální, emoční a sociální aspekt SPU u dětí a adolescentů a na stresové a resilienční faktory v rodinách s dětmi, u kterých byla specifická porucha učení diagnostikována.

Zkoumaný problém byl definován následovně:

„Jaké existují publikované poznatky o vlivu symptomů specifických poruch učení na školní výkonnost, chování, emoční prožívání a sociální potíže u dětí a adolescentů a jaké existují publikované poznatky o stresových a resilienčních faktorech jejich rodičů?“

Formulované cíle:

Cíl 1: Předložit aktuální relevantní dohledatelné poznatky o specifických poruchách učení a jejich symptomech.

Cíl 2: Předložit aktuální relevantní dohledatelné poznatky o behaviorálních a sociálních aspektech souvisejících se specifickými poruchami učení.

Cíl 3: Předložit aktuální relevantní dohledatelné poznatky o stresových a resilientních faktorech rodičů dětí se specifickými poruchami učení.

Před zahájením tvorby přehledové práce byly prostudovány tyto tituly z tzv. vstupní literatury:

- 1) BARTOŇOVÁ, M. *Specifické poruchy učení*. Text k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2012. 237 s. ISBN 978-80-7315-232-1.
- 2) HALL, A. Specific learning difficulties. *Psychiatry*. 2008, vol. 7, no. 6, pp. 231–276. ISSN 14761793.
- 3) JUCOVIČOVÁ, D. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Karolinum, 2014. 68 s. ISBN 978-80-7290-657-4.
- 4) KAUFFMAN, N. Specific learning disabilities and difficulties in children and adolescents: psychological assessment and evaluation. *Cambridge child and adolescent psychiatry*. 2003, vol 12, pp. 108–110. ISSN 1522-7219.
- 5) MATĚJČEK, Z., VÁGNEROVÁ, M. a kol. *Sociální aspekty dyslexie*. Praha: Karolinum, 2006. 272 s. ISBN 80-246-1173-2.
- 6) PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. 402 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- 7) PEJČOCHOVÁ, J., 2010. *Specifické vývojové poruchy učení – oblasti funkčního deficitu a modely poruch*. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 6, s. 378–381. ISSN 1213-1814.

- 8) SNOWLING, M., 2005. Specific learning difficulties. *Child Psychiatry* 4. 2005, vol. 4, no. 9, pp. 110–113. ISSN 1476-1793.

Popis rešeršní strategie

K tvorbě textu diplomové práce byly použity informace dohledané v odborné literatuře a databázích přístupných pomocí odkazu E-zdroje internetových stránek UP Olomouc. Potřebné dokumenty byly získány pomocí databází EBSCO, ProQuest, Science Direct, Bibliographia Medica Českoslovacca a Scopus. K dohledání plnotextů recenzovaných článků, které nebyly v databázích dostupné, bylo využito vyhledávače Google Scholar.

Kritéria pro výběr splňovaly plnotexty odborných publikací a periodik odpovídající zadaným klíčovým slovům. Dohledané publikace byly filtrovány dle formy publikace, časového období, jazyka a řazeny podle relevantnosti. Byly vyhledávány pouze plnotexty v českém a anglickém jazyce, jiné zahraniční publikace nebyly akceptovány. Abstrakta do hledání nebyla zahrnuta.

Při vyhledávání zdrojových publikací byla volena klíčová slova a jejich kombinace s Booleovskými operátory. Klíčová slova byla kombinována tak, aby reflektovala jednotlivé cíle diplomové práce. Klíčová slova *specifické poruchy učení* byla postupně vyhledávána v kombinaci se slovy: *terminologie, prevalence, projevy, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie, dyspraxie, neverbální poruchy učení, úzkost, frustrace, stres, rodiče, ADHD, poruchy chování, resilience, strategie*. K vyhledávání anglických publikací byla použita klíčová slova a kombinace: *specific learning difficulties, specific learning disabilities, parents, anxiety, stress, frustration, resiliency, coping strategies, ADHD, behaviour, problems, social aspects, dyslexia, dysgrafia, dyskalkulia, dyspraxia, symptoms*.

Časové období bylo zvoleno v rozmezí let 2007–2017, aby byly poznatky aktuální a ne starší deseti let. Toto období bylo následně rozšířeno i do let předchozích z důvodu nedostatku publikovaných textů týkajících se žádané problematiky specifických poruch učení.

Za nevyhovující byly považovány výsledky, které neodpovídaly zadaným kritériím. Ty se týkaly dospělých nebo rodičů se specifickými poruchami učení, nevyhovující byly dále texty, které byly zaměřeny pouze na terapii SPU, reedukaci SPU, diagnostikou, inkluzi,

didaktické pomůcky pro výuku anebo na metody a formy práce s dětmi s SPU. Taktéž se nepoužily zdroje, kde došlo k nežádoucímu odklonu od zadané oblasti vyhledávání. Po prostudování zdrojů bylo zjištěno, že mnohé z nich směřovaly spíše do medicínské či zdravotnické oblasti a ani těch nebylo využito. Všechny dohledané články byly roztríděny podle obsahu ke konkrétním cílům přehledové práce. Třídění probíhalo dle splnění nebo naopak nesplnění daných kritérií autorem podle klíčových slov a relevance k tématu.

K tvorbě 1. cíle diplomové práce bylo použito 22 dokumentů a publikací v českém jazyce a 45 v anglickém jazyce.

K tvorbě 2. cíle diplomové práce bylo použito 17 dokumentů a publikací v českém jazyce a 41 v anglickém jazyce.

K tvorbě 3. cíle diplomové práce bylo použito 9 dokumentů a publikací v českém jazyce a 29 v anglickém jazyce.

Pro tvorbu přehledové diplomové práce bylo použito 143 publikací, z toho 38 v českém jazyce a 105 v anglickém jazyce.

1. Specifické poruchy učení – stručná charakteristika

Specifické poruchy učení jsou poruchy způsobující problémy v rámci vzdělávacího procesu, kdy se u dětí projevují nedostatečně rozvinuté schopnosti, což jim způsobuje obtíže ve výuce. Tato kapitola je věnována všeobecné problematice SPU, vymezuje jejich prevalenci a věnuje se otázce terminologie.

Existence specifických poruch učení, z nichž dyslexie je tou nejčastější (Hall, 2008; Foltová, Portešová, Kukla, 2012; Deshler, 2014), je stále velmi kontroverzním tématem (Hall, 2008; Deshler, 2014; MacKay, 2009). Na jednu stranu jsou si všechny děti s SPU v mnohém podobné, na druhou jsou však jedinečné, a sice po stránce charakterové, emocionální, intelektové, sociální i motivační (Pumfrey, Reason, 2005).

Jedinci se specifickými poruchami učení netvoří stejnorodou skupinu, jednotlivé projevy se mohou různě kombinovat a vzájemně prolínat, mohou mít různou závažnost (Deshler, 2014; Snowling, 2005). Hall (2008) uvádí, že SPU většinou nepůsobí ojedinele, ale zasahují celou osobnost jedince. Často jsou navíc přidruženy sekundární důsledky SPU, jako je nedostatečná sebedůvěra, nepřiměřené emoční ladění až pesimismus i úzkost. Mohou být také v kombinaci se specifickými poruchami chování, což výchovně vzdělávací proces ještě více komplikuje (tamtéž).

Hall (2008) dodává, že i když schopnost číst je považována za vstupní bránu ke vzdělání, někteří pedagogové jsou stále přesvědčeni o tom, že problémové čtení je pouhou výmluvou „střední třídy“ pro neúspěšnost jejich dítěte ve škole. Okolím jsou často chápány jako neschopné (Alsobhi, 2014; Vágnerová, 2006 in Foltová, Portešová, Kukla, 2012; Schulte-Korne, 2010). Tužilová (2013) uvádí, že někteří učitelé i laická veřejnost je stále přesvědčena, že děti s poruchami učení mají ve skutečnosti sníženou inteligenci nebo jsou nevychované a místo nápravy v této oblasti jsou „kryty“ lékařskou diagnózou.

Zájem o tuto problematiku se v posledních letech rozšiřuje (Deshler, 2014; Kaufman, 2003; Pejčochová, 2010; MacKay, 2009). V několika uplynulých dekádách býval spojován především s konceptem „lehké mozkové dysfunkce“ i obdobnými koncepty užívanými v dřívější době, zachycující zejména snahu o určení etiopatogeneze (Pejčochová, 2010).

I když názory na konkrétní příčiny těchto obtíží nejsou doposud sjednoceny, posun v porozumění jednotlivým oblastem mozku, jejichž dysfunkce mají na poruchy učení vliv, je zřejmý (Hall, 2008; Deshler, 2014). Hall (2008) uvádí, že MRI scan (magnetická rezonance) dokáže určit oblasti mozku, které jsou zodpovědné za oslabení kognitivních funkcí u jednotlivých typu SPU, včetně dyskalkulie.

Dalším významným pokrokem jsou výsledky zkoumání v oblasti genetiky a také mnohem hlubší porozumění společného výskytu SPU s jinými poruchami, například s poruchami chování nebo autismem (Deshler, 2014). Kaufman (2003) poukazuje na skutečnost, že i v oblasti diagnostiky SPU nastala výrazná změna. V dnešní době již existuje velké množství diagnostických metod, které mohou zkoumat nejrůznější aspekty kognitivních procesů, ve srovnání se situací před třiceti lety, kdy se standardně používaly pouze testy čtení a Wechslerovy testy inteligence. Hall (2008) zmiňuje také vymoženost moderních počítačových programů, a to jak pro screening, tak i nápravu.

Podle Pejčochové (2010) vedou specifické poruchy učení k selhání osvojení si dovedností čtení, psaní a počítání. Inteligence bývá často průměrná až nadprůměrná (Jucovičová, 2014; Snowling, 2005). Jejich existence bývá většinou odhalena u dětí na počátku školní docházky, neboť na žáky jsou v tomto vývojovém období kladeny nároky, které tyto poruchy odhalí. Nicméně jejich obraz je často patrný i v předškolním věku (Snowling, 2005).

Autoři Law et al. (2009) dodávají, že v případech nedostatečné reedukace a kompenzace doprovází jedince až do dospělého věku a jsou často důvodem dosažení nižšího vzdělání a postavení v zaměstnání, než by bylo očekáváno dle rozumového nadání. Pejčochová (2010), Hall (2008) i Deshler (2014) také upozorňují na skutečnost, že mnohé a opakované neúspěchy mohou postupně vést k poruchám chování, nálad až k sociální maladaptaci. Hall (2014) zdůrazňuje, že pokud nejsou SPU včas rozpoznány, mohou k rozvoji emočních potíží výrazně přispět.

Specifické poruchy učení nejsou způsobeny postižením zraku, sluchu, motoriky, mentální retardací, psychickou poruchou nebo nepříznivými vlivy prostředí (Tužilová, 2013; Deshler, 2014) a mají trvalý charakter (Deshler, 2014). Mezi obecná pravidla diagnostiky SPU platí, že snížený výkon dítěte je klinicky signifikantní. Vylučující podmínkou jsou poruchy učení získané, tedy pokud je porucha učení důsledkem získaného poškození nebo onemocnění (Pejčochová, 2010).

Někteří jedinci nikdy nezjistí, že právě poruchy učení mohou za jejich opakované neúspěchy při snaze číst, počítat, psát a bezproblémově porozumět souvislostem. Jiní mají tuto poruchu diagnostikovanou příliš pozdě, až v dospělosti. Brzké rozpoznání je tedy základní prevencí a klíčem k co nejefektivnějšímu boji s těmito poruchami a celkově větší životní spokojenosti (Deshler, 2014).

“Learning disabilities (LD) are not a prescription for failure. With the right kinds of instruction, guidance and support, there are no limits to what individuals with LD can achieve.”

(Horowitz in Deshler, 2014, p. 3)

„Poruchy učení nejsou zárukou neúspěchu. S pomocí vhodných instrukcí, vedení a podpory neexistuje nic, čeho by jedinec s těmito poruchami nemohl dosáhnout.“

(volný překlad autora sdělení)

1.1 Prevalence

Četnost výskytu SPU není snadné vyjádřit. V odborné literatuře najdeme rozdílné údaje nejen v mezinárodním, ale též i národním měřítku (Kejřová, Krejčová, 2015).

Ve Velké Británii se vyskytují přibližně 2 % osob s těmito poruchami (Jeyacheya, 2015). V USA se podle nedávných studií vyskytuje až 5 % dětí, žáků a studentů, u kterých byly poruchy učení diagnostikovány (Deshler, 2014; Pierangelo, Giuliani, 2006; Schulte-Corne, 2010). Je velmi pravděpodobné, že ale existuje dalších 15 %, kteří oficiálně diagnostikováni nebyli (Deshler, 2014) nebo jsou vzděláváni v soukromých nebo náboženských školách, případně v domácím prostředí a nejsou do statistik připočteny (Pierangelo, Giuliani, 2006).

Autorky Kejřová, Krejčová (2015) uvádí, že v České republice byla v roce 2013 diagnostikována porucha učení u 3.6 % ze všech žáků základních škol. Do těchto dat jsou zahrnuti ovšem pouze ti, kteří byli oficiálně integrováni v rámci běžné školní docházky, a z tohoto důvodu se mohou vykazovat do statistik. K nim je ovšem třeba připočítat i žáky, kteří mají méně výrazné obtíže nebo jsou jejich potíže pokládány za kompenzované, takže

se do statistik nedostanou (tamtéž). Zelinková odhaduje výskyt SPU v dětské populaci okolo 5 % (Zelinková, 2003).

U chlapců je výskyt poruch učení častější (Snowling, 2005; Deshler, 2014; Zelinková, 2003; Schulte-Corne, 2010). Autoři Hallahan a Kauffman (2003, in Pierangelo, Giuliani, 2006), stejně jako Snowling (2005) dodávají, že je to až třikrát častěji. Některé studie naznačují, že vyšší prevalence u chlapců je ovlivněna biologickými faktory (Snowling, 2005). Je známo, že v důsledku své jednostrannější a vyhraněnější mozkové specializace jsou chlapci ve výhodě tam, kde úkol vyžaduje činnost převážně jen jedné hemisféry, avšak v nevýhodě tam, kde je nutná spolupráce obou. A tak je tomu právě v případě počátečního čtení a psaní (Matějček, in Lechta 2003). Jiní odborníci ale zastávají názor, že vyšší počet výskytu SPU u chlapců je zapříčiněn pouze skutečností, že chlapcům je odborné vyšetření doporučováno mnohem častěji než dívkám, především z důvodu nevhodného nebo hyperaktivního chování (Hall 2008; Hallahan, Kauffman, 2003, in Pierangelo, Giuliani, 2006; Riddick, 2009).

Přesný výskyt specifických poruch učení není znám. Důvodem jsou především nepřesné definice specifických poruch učení a mnohdy i nesprávně prováděné diagnostiky (Pierangelo, Giuliani, 2006).

1.2 Terminologické vymezení

Specifické poruchy učení jsou vymezovány jako neočekávané obtíže ve školním prostředí, které neodpovídají rozumovým schopnostem, ani věku dítěte (Snowling, 2005; Hall, 2008; Deshler, 2014).

Britská dyslektická společnost (British Dyslexia Association, 2017, on-line) vymezuje specifické poruchy učení jako obtíže, které ovlivňují způsob učení se novým informacím a proces jejich zpracování. Jsou neurologického původu (spíše než psychologického), často dědičné a nezávislé na úrovni inteligence. Mohou mít významný vliv na proces vzdělávání (tamtéž).

Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, 2014, on-line, p. 245) jsou specifické vývojové poruchy školních dovedností *„poruchy, kde normální způsob získávání dovedností je porušen od časné fáze vývoje. Postižení není prostým následkem*

nedostatku příležitosti k učení ani pouhým následkem mentální retardace a ani není způsobeno žádným získaným poraněním či onemocněním mozku.“

I když je mnoho různých definic, které si jsou často podobné, celosvětově sjednocená terminologie v oblasti SPU stále neexistuje. Je odlišná ať už vzhledem k času vymezení, tak místu (resp. národu), i skupinám odborníků, kteří se otázkami SPU zabývají (MacKay, 2009; Jucovičová, 2014; Moreau, 2016).

MacKay (2009) uvádí, že hlavní důvody k různorodé terminologii, která se v čase měnila, jsou:

- **odklon od medicínského pojetí**

Lékařská terminologie byla postupně nahrazována či doplněna terminologií z oblasti psychologie a pedagogiky. Došlo k odklonu od zaměřování se na deficit dítěte a středem pozornosti se začaly stávat nejen slabé, ale i silné stránky dítěte, jeho učební styly a především individuální edukační potřeby.

- **odklon od nálepkování a striktního kategorizování**

Tento postoj se projevil především ve vzdělávacích dokumentech, protokolech a v legislativě. Na základě Warnockého protokolu z roku 1978 se ve Velké Británii o dětech s SPU již nehovoří jako o dětech s mentálním handicapem, ani se již nepoužívá termín vzdělávací abnormalita.

- **odklon od přiřazování (škatulkování)**

Dnes je běžnější brát v úvahu možnosti a schopnosti dítěte v domácím prostředí, ve vlastní škole a mezi svými blízkými.

- **odklon od psychometrie**

Výsledky IQ testů se mnohdy stávaly nástrojem pro nálepkování a v konečném důsledku nevypovídaly nic o možnostech zlepšování stavu dítěte v případě relevantní podpory.

- **změny v otázkách lidských práv**

V souvislosti s danou problematikou se jednalo především o změny práv dětí a práv osob s poruchami učení.

Ve Velké Británii jsou pojmy *specifické poruchy učení* a *dyslexie* často chápány a používány jako synonyma, nicméně mnozí považují specifické poruchy učení za zastřešující termín, který je dyslexii nadřazen (Riddick, 2010). Snowling (2005) upozorňuje na skutečnost, že ve Velké Británii se pro SPU běžně používají pojmy *Learning Difficulties* nebo *Specific Learning Difficulties*, ale existuje i jiný podobný termín týkající se poruch učení, a sice *Learning Disabilities*. Ten se ovšem ve Velké Británii vztahuje pouze na problémy učení, které jsou vázány na sníženou inteligenci (Snowling, 2005; Mizen, Cooper, 2012; British Dyslexia Association, 2017, on-line; MacKay, 2009). Naopak v USA a Kanadě se pro specifické poruchy učení používá pojem *Learning Disabilities* (Riddick, 2010; MacKay, 2009).

MacKay (2009) dále uvádí, že nejednotná terminologie ve světě může způsobit různá nedorozumění. Nejen že se termín *Learning Disability* ve Velké Británii může rovnat i významu *mentální postižení* nebo *mentální retardace*, ale jak již bylo zmíněno, v USA se běžně používá u osob, u kterých byla diagnostikována některá z poruch učení, například dyslexie, a přesně naopak, nevztahuje se na osoby, jejich obtíže jsou způsobeny mentální retardací (tamtéž).

Co se týče České republiky, Pokorná (2010) upřesňuje, že důvodem rozříštěnosti terminologie je skutečnost, že poruchy učení mají různorodou symptomatiku a jednotliví autoři se opírají o různá koncepční a teoretická východiska. Na druhou stranu ale dodává, že z teoretického hlediska má tato nejednotnost výhodu v tom, že zabraňuje jednostrannému pohledu na daný problém a inspiruje k vytváření vědomě otevřených systémů.

Mezi nejčastěji používané termíny u nás patří: *specifické poruchy učení* (Vitásková, 2006), *specifické vývojové poruchy učení*, *poruchy učení* (Zelinková, 2003), *specifické vývojové poruchy školních dovedností* (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2014), *vývojové poruchy učení* (Pokorná, 2001) a v oblasti logopedie spadají tyto poruchy do okruhu zvaného *narušení grafické stránky řeči*. Všechny tyto termíny jsou nadřazeny jednotlivým typům poruch a v pedagogicko-psychologické praxi jsou běžně chápány jako ekvivalentní (Smečková, 2013).

2. Základní typy SPU a jejich symptomatologie

Následující kapitola podrobněji popisuje jednotlivé typy specifických poruch učení a zabývá se jejich nejčastějšími projevy. Škála těchto projevů je široká, rozmanitá a značně individuální. Nejpodrobněji je zde propracována dyslexie, která se vyskytuje nejčastěji, dále pak dysgrafie a také dyskalkulie. Tyto tři základní typy specifických poruch učení se prolínají českou i zahraniční literaturou rovnoměrně. Další poruchy, jako dysortografie, dyspraxie, dysmúzie, dyspinxie a neverbální poruchy učení jsou pro potřeby této práce zmíněny spíše okrajově.

Poruchy učení dělíme dle oblasti deficitu na několik typů (Pejšochová, 2010). Jedná se především o oblast percepčních a motorických nedostatků, které přesahují i do dalších kategorií poruch učení (tamtéž). V praxi se často setkáváme s klinickým obrazem smíšených poruch učení (Pejšochová, 2010; Deshler, 2014; Jucovičová, 2014), které mohou být různého stupně závažnosti (Reid, 2011).

Specifické poruchy učení můžeme klasifikovat podle různých kritérií (Smečková, 2013). V České republice užíváme poněkud odlišné rozdělení specifických poruch učení. Na rozdíl od zahraničí u nás rozlišujeme specifické poruchy psaní od pravopisu a používáme i označení pro specifické poruchy projevující se ve výchovných předmětech. Tento trend není v zahraničí tak patrný (Vitásková, 2006). Nejčastěji se setkáváme s dělením podle postižení školních dovedností, tedy činností spojenými se školními výkony (Zelinková, 2003; Bartoňová, 2012). Specifické poruchy jsou podle tohoto hlediska rozlišovány na dyslexii (poruchu čtení), dysgrafii (poruchu psaní), dysortografii (poruchu pravopisu), dyskalkulii (poruchu počítání), dyspinxii (poruchu kreslení), dysmúzii (poruchu hudebnosti) a dyspraxii (poruchu motorických funkcí), přičemž dyspinxie a dysmúzie jsou pojmy ryze české, v zahraniční literatuře se neobjevují (Bartoňová, 2007).

V zahraniční literatuře se SPU nejčastěji dělí na poruchy čtení, psaní a počítání, tedy dyslexii, dysgrafii a dyskalkulii (Deshler, 2014), jiní autoři ještě k základním typům přidávají dyspraxii (Hall, 2008; Snowling, 2010; The Learning Disability Association, on-line; British Dyslexia Association, on-line). Další typ, který se v zahraniční literatuře objevuje, jsou neverbální poruchy učení a někteří autoři k SPU navíc řadí i oslabení sluchové percepce a oslabení zrakové percepce (Deshler, 2014; Hall, 2008; The Learning Disability Association, on-line).

2.1 Dyslexie

Dyslexie je specifickou poruchou čtení (Pejčochová, 2010; Foltová, Portešová, Kukla, 2012; Tužilová, 2013; Deshler, 2014; Hall, 2008; Nandakumar, 2008). Jedná se o sníženou schopnost naučit se číst běžnými vyučovacími metodami (přiměřenými rozumové úrovni), typické jsou obtíže v rychlosti, správnosti a porozumění čtenému textu (Nandakumar, Leat, 2008). Nejedná se o opožděné čtení z důvodu nedostatku podnětů ani mentálního postižení (Nordqvist, 2017). Dyslexie je nejznámější a zároveň i nejčastější specifickou poruchou učení (Foltová, Portešová, Kukla, 2012; Tužilová, 2013; Deshler, 2014; Hall, 2008) a je neurologicky podmíněna (Matějček, in Lechta 2003).

Čtení může na první pohled vypadat jako jednoduchá aktivita, ovšem jde o kognitivně velmi náročnou činnost (Presslerová, Rusnáková, 2015). Zahrnuje mnoho proměnných, od zrakové percepce, přes dekódování k automatizaci v rozpoznávání slov, obeznámenost se strukturou textu a tématem, povědomí o různých čtenářských strategiích a jejich vědomé využívání a řízení při zpracování textu, až po zapojení pracovní paměti (tamtéž). Moreau (2016) uvádí, že čtení s porozuměním zahrnuje několik dílčích procesů, a sice vizuální analýzu, fonologické kódování, lexikální přístup a výklad slova, syntaktickou analýzu, sémantickou integraci a organizaci textu. Tyto procesy probíhají interaktivně a jsou determinovány kapacitou pracovní paměti. Výsledkem těchto procesů je koherentní mentální reprezentace textového obsahu (tamtéž). Obvykle můžeme hovořit o dvou základních komponentách čtení. První je tzv. dekódování a druhá je porozumění čtenému. Dekódování chápeme jako schopnost převádět grafickou podobu řeči na mluvený kód (Kulhánková, Málková, 2008). Autoři Hoover a Gough (1990) charakterizují úspěšné dekódování jako efektivní rozpoznávání slov, tedy schopnost rychlého odvozování reprezentací z tištěného znaku. Druhá komponenta (porozumění) je podle Wildové (2005) charakterizována jako poznávání významů slov, slovních spojení a obsahu vět. Cílem je naleznout klíčové pojmy, sdělení a vztahy mezi nimi.

Dyslexie bývá tradičně charakterizována prostřednictvím definice, kterou v roce 2002 vydala Mezinárodní dyslektická asociace: „*Dyslexie je specifická porucha učení neurologického původu. Je charakterizována obtížemi s přesným nebo plynulým rozpoznáním slov, oslabenými gramatickými dovednostmi i technikou čtení. Tyto obtíže pramení z deficitu fonologické složky jazyka a v kontextu dalších kognitivních schopností i kvality výuky jsou*

neočekávané. Sekundární důsledky mohou zahrnovat problém s porozuměním čteného textu, omezenou zkušenost se čtením, která následně limituje rozvoj slovní zásoby i dalších znalostí.“ (International Dyslexia Association, 2002, in Krejčová, Stehlík, Bodnárová, 2016, s. 225).

O příčinách jejího vzniku existují různé teorie. Nejčastěji se uvádí tzv. fonologická teorie, neboli fonologický deficit (Ramus, 2004; Snowling, 2005; Deshler, 2014), hypotéza dvojího deficitu a teorie rychlého zpracování podnětů, neboli společný výskyt fonologického deficitu a oslabení v rychlém jmenování viděných podnětů (Lovett, Steinbach, Frijters, 2000, in Krejčová, Stehlík, Bodnárová, 2016), magnocelulární teorie (Stein, 2011) a cerebelární teorie (Jošt, 2011, in Foltová, Portešová, Kukla, 2012).

Dyslexie zasahuje do všech oblastí života jedince, neboť v současné společnosti je člověk nucen na všech úrovních přijímat informace skrze jejich psanou podobu (Tužilová, 2013). Není to přechodová porucha, která časem vymizí sama od sebe (Bartoňová, 2012; Nandakumar, Leat, 2008) a i při nápravě může přetrvávat až do dospělosti (Tužilová, 2013). Ačkoli je dyslexie celoživotní handicap, včasný a správný zásah většinou přináší u jedinců trpících dyslexií dobré výsledky (Matějček, in Lechta 2003).

2.1.1 Prevalence

Údaje o výskytu dyslexií se ve světové literatuře velmi různí, a to v závislosti na užitých kritériích. Pohybují se například od 0,1 % uváděných v pracích japonských až po 25 až 30 % uváděných v některých studiích jihoamerických (Matějček, in Lechta 2003). V anglicky i jinak hovořících zemích se uvádí prevalence v rozmezí 5 – 17% (Eissa, 2010 in Foltová, Portešová, Kukla, 2012). Nejčastěji uváděné procentuální zastoupení dyslexie se ovšem pohybuje v rozmezí od 4 – 7 % (Hall, 2008).

V České republice byla ve srovnání se zahraničím donedávna uváděna prevalence nižší (3 %), což je pravděpodobně dáno tím, že čeština je transparentní jazyk (Matějček et al., 2006 in Foltová, Portešová, Kukla, 2012). Autoři Matějček, Vágnerová (2006) uvádějí, že vážnými nedostatky ve čtení trpí 1 – 2 % dětí, jež vyžadují zvláštní pozornost. Jedná se o děti, které by samy bez odborné, cílevědomé pomoci velmi pravděpodobně obtíže ve čtení nepřekonal a zůstaly by tzv. funkčními analfabety (tamtéž). V novějších studiích se již odhaduje počet vyšší, a sice 5 – 10 % jedinců v běžné populaci (Zelinková, Čadík, 2013 in Kejřová, Krejčová,

2015). To může být zapříčiněno mnoha faktory, zejména skutečným nárůstem v populaci, zvýšenou citlivostí učitelů, rodičů i odborné veřejnosti vůči těmto obtížím, nebo dokonalejšími diagnostickými nástroji (Kejřová, Krejčová, 2015).

2.1.2 Symptomatologie

Reid (2011) uvádí, že mezi hlavní symptomy dyslexie řadíme obtíže se čtením, psaním a hláskováním. Pro děti s dyslexií je obtížné rozeznat jednotlivé fonémy, především pokud jsou si zvukově podobné. Hláskování (spelling) může být nepřesné i po mnoha letech procvičování a i tady je častá záměna především těch hlásek, které se podobají. Psaní dyslektiků může být problematické ve dvou rovinách. Jednak je pro ně obtížné samotné psaní, což mnohdy souvisí s jemnou motorikou až přidruženou dyspraxií a zároveň se jim mnohdy nedaří písemně vyjádřit své myšlenky, čímž jsou často ještě více frustrováni (tamtéž). Přítomen bývá i vizuální deficit, kdy je porušeno zrakové vnímání, velmi často zrakové rozlišování např. stranově obrácených tvarů a drobných detailů, rozlišování figury a pozadí, i vnímání barev (Jucovičová, 2014). Sekundární důsledky mohou zahrnovat problémy s porozuměním čteného textu a omezenou zkušenost se čtením, která následně limituje rozvoj slovní zásoby i dalších znalostí (International Dyslexia Association, 2002, in Krejčová, Stehlík, Bodnárová, 2016). Autorka Jucovičová (2014) uvádí, že děti s dyslexií mívají také problémy s intonací a melodií věty (neklesají hlasem, čtou monotónně), nesprávně hospodaří při čtení s dechem, neudrží pozornost na jednom řádku, přeskakují řádky a hůře se orientují v textu.

Příznaky dyslexie se mohou manifestovat v jakémkoli věku, nejčastěji se však projevují v dětství (Nordqvist, 2017).

Podle autora Nordqvista (2017) jsou u dětí s dyslexií nejčastější tyto symptomy:

- **Neschopností naučit se číst**

Přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení a je podporováno rodiči, má problémy s rozpoznáním a zapamatováním si jednotlivých písmen a s rozlišováním zvukově podobných hlásek. Dyslektik obtížně zpracovává zvukovou stránku slova, nebývá schopen spojit zvukovou a grafickou podobu slova, tedy rozklíčovat, jaká je zvuková podoba psaného textu a naopak.

- **Opoždění ve vývoji**

Dítě s dyslexií začíná lézt, chodit, mluvit a jezdit na kole později, než ostatní děti.

- **Opožděný vývoj řeči**
Kromě toho, že děti začínají mluvit později, se ještě často objevují potíže s výslovností, rýmovačkami a rozlišováním zvuků jednotlivých slov.
- **Pomalejší tempo učení**
Dětem s dyslexií mnohdy trvá déle naučit se jednotlivá písmena abecedy, jejich výslovnost, dále jim činí obtíže zapamatovat si dny v týdnu, měsíce a barvy.
- **Nedostatečná koordinace**
Často bývá oslabená koordinace ruky a oka i přítomna celková pohybová nemotornost, např. při chytání míče.
- **Potíže v pravolevé orientaci**
Potíže činí rozlišovat pravou a levou stranu.
- **Inverzní změny**
Dyslektické děti si pletou podobná písmena. Písmena ale i čísla píší obráceně, aniž by si to uvědomovali.
- **Hláskování**
I když se dítě naučí, jak slova hláskovat, je běžné, že do druhého dne naučené zapomenou.
- **Pozornost**
Pro tyto děti je obtížné udržet pozornost, bývají brzy unaveny.
- **Obtíže při vyjadřování**
Myšlenky jsou mnohdy vyjádřeny nelogicky, není vždy srozumitelná návaznost.
- **Autoimunní onemocnění**
U dětí s dyslexií je větší pravděpodobnost výskytu alergií, astma a ekzémů.

Riddick (2009) poukazuje na skutečnost, že projevy dyslexie velmi úzce souvisí s jazykem, kterému se dítě učí. Bartoňová (2012) potvrzuje, že rozdíly ve výskytu v různých zemích jsou evidentní. Např. ve Finsku a Itálii, kde je mluvená a psaná řeč velmi podobná, je počet dyslektiků výrazně nižší, než např. v anglosaských zemích, kde se slova běžně jinak vyslovují, a jinak píší (tamtéž).

Český a slovenský pravopis jsou na rozdíl od angličtiny foneticky velmi důsledné, a tedy jsou podstatnou měrou závislé na dokonalosti či nedokonalosti sluchového vnímání dítěte (Matějček, in Lechta 2003).

V českém jazyce je typické chybování v těchto oblastech:

- **vynechávání diakritických znamének** (háčků, čárek, teček) nebo jejich nesprávné použití
- **záměny písmen** – nejčastěji tvarově podobných (statické inverze), např. b – d – p, nebo zvukově podobných, např. s – š, z – ž
- **přesmykování písmen, slabik** (kinetické inverze), např. kluk – lkuk
- **vynechávky písmen, slabik, slov**
- **přidávání písmen, slabik** (vkládání samohlásek do shluků souhlásek)
- **odhadování koncovek slov** (Jucovičová, 2014)
- **obtíže v měkčení**
- **problémy s intonací**
- **nesprávné čtení předložkových vazeb**
- **nepochopení obsahu textu**
- **dvojití čtení** (předčítání si šeptem pro sebe) (Michalová, 2001)

V důsledku těchto obtíží dochází k nesprávnému čtení až komolení slov. Je-li dítě schopno sluchové nebo zrakové kontroly čteného, většinou si alespoň část chybně čtených slov opraví. Děti mívají problémy v porozumění ale i reprodukci přečteného textu, většinou protože se příliš soustředí na výkon čtení jako takový a následně si buď nepamatují, co četly, reprodukce je nesprávná, nebo je chudá, útržkovitá. Jindy je dítě schopno reprodukovat text poměrně správně, ale pouze za pomoci návodných otázek. Porozumění textu může být zkreslené i v důsledku chybně přečtených slov (Jucovičová, 2014).

I když všechny děti s dyslexií mají obtíže v oblasti čtení, jednotlivé symptomy se mohou u různých dětí lišit. Důležité je přistupovat ke každému dítěti individuálně (Reid, 2011).

2.2 Dysgrafie

Dysgrafie je specifická porucha psaní (Jucovičová, 2014; Deshler, 2014; Crouch, Jakubecy, 2007; Pejčochová, 2010; Snowling, 2005). Projevuje se výraznými obtížemi v oblasti osvojování si psaní (Trojanová, 2012), jedná se především o patologii v generování grafému

(Pejčochová, 2010). Postihuje grafickou stránku písemného projevu, její čitelnost a úpravu (Trojanová, 2012).

Autoři Nicolson a Fawcet (2011, in Kushki et al., 2011) definují dysgrafii jako poruchu psaní, kdy psaný projev neodpovídá věku, inteligenci, animiře vzdělání jedince. Dítě s dysgrafií netrpí žádnou závažnější smyslovou ani pohybovou vadou (Matějček, in Lechta 2003). Termín dysgrafie vystihuje jednak potíže s psaním samotným ale také nedostatečnou úroveň výsledného psaného projevu (Deshler, 2014).

Podle Crouch a Jakubecy (2007) je psaní důležitou dovedností. Děti stráví 30 – 60 % veškerého času ve škole aktivitami, které v sobě psaní zahrnují (Volman, Schendel, Jongmans, 2006). V minulosti byla dovednost psát spojena především s potřebou komunikace a bylo proto nutné, aby bylo písmo čitelné (Ediger, 2002, in Crouch, Jakubecy, 2007). V dnešní době je ručně psaná komunikace méně častá, nicméně schopnost čitelně psát je stále nutná (Crouch, Jakubecy 2007). Kvalita písma a písemného projevu je také úzce spojena s celkovým úspěchem ve vzdělání (Kushki et al., 2011; Volman, Schendel, Jongmans, 2006; Rosenblum et al., 2003; Engel-Yeger et al., 2009) a pokud se dítě potýká v této oblasti s obtížemi, může to mít na jeho úspěšnost ve škole negativní dopad (Crouch, Jakubecy, 2007).

Proces psaní je ovlivňován mnoha dílčími psychickými funkcemi. Zahrnuje zejména pozornost, paměť, grafomotorický výstup, řečové funkce a vizuospeciální funkce. Pro schopnost psát ve správném pravopisném sledu je důležitá zralost fonetické analýzy a syntézy, kdy dítě slovo, které slyší, rozdělí na stavební kameny, takto je zapíše a jejich sled kontroluje správností významu (Pejčochová, 2010). Při psaní je nutná souhra motorických funkcí i kognitivních procesů zároveň (Kushki et al., 2011). Podle Martins et al. (2013) je důležitá kontrola motoriky, bilaterální vizuo-motorická integrace, cílené pohyby ruky (především prstů), dále propriorecepce, vizuální percepce a schopnost udržet pozornost po nezbytně nutnou dobu. Pejčochová (2010) zdůrazňuje význam pracovní paměti. Jedná se o funkci, která je podkladem pro úpravu myšlenek směřujících k cíli vyjádření. Dlouhodobá paměť je pak nezbytná pro vyvolání potřebných gramatických pravidel. Paměť je také podkladem pro kontrolu při následném srovnávání výsledku a původního plánu (tamtéž). McCutchen (1996, in Pejčochová, 2010) zmiňuje, že osoby s nedostatečnou schopností písma mají redukovanou kapacitu pracovní paměti ve srovnání s osobami s dobrou schopností písma.

Příčinou obtíží u dětí s dysgrafií nejsou vnější vlivy (např. přechodné obtíže při učení se něčemu novému, nedostatečné vedení, příliš rychlé tempo postupu při výuce, nedostatek příležitosti pro nácvik psaní), ale vlivy vnitřní, což znamená, že není postižen orgán (v tomto případě ruka), ale jedná se o funkční poruchu motorických drah vedoucích signál z receptoru do centra v mozku a zpět k výkonnému orgánu (Jucovičová, 2014). Etiologie dysgrafie úzce souvisí s deficitem senzomotorických funkcí (Volman, Schendel, Jongmans, 2006). Podkladem této poruchy bývá nejčastěji porucha motoriky, zvláště jemné, ale někdy i v kombinaci s hrubou (Jucovičová, 2014). Autoři Volman, Schendel, Jongmans (2006) zmiňují v souvislosti s příčinami především poruchy motorické a senzomotorické koordinace, nedostatečnou automatizaci pohybů, deficity ve zrakovém vnímání a prostorové orientaci, paměti, představivosti, pozornosti i smyslu pro rytmus. Podle autorů Martins et al. (2013) etiologie dysgrafie spočívá ve čtyřech významných faktorech. Jedná se o faktor vývojový, emocionální, faktor vzdělávání a smíšený. Vývojový faktor v sobě zahrnuje vývoj psychomotorických funkcí, laterality a senzomotorických funkcí. Emocionální faktor zahrnuje prožívání emocionálního napětí a přítomnost stresu, které mohou potíže prohlubovat, způsobovat nepřesnosti při psaní a tvar písma ještě více deformovat. V oblasti vzdělávání může k dysgrafii přispět nesprávné vedení učitele, přísné a rigidní instrukce v počátečním období psaní, stanovování nedosažitelných cílů a selhání učitele v odhalení případné poruchy. Feifer (2001, in Crouch, Jakubecy, 2007) rozlišuje čtyři typy dysgrafie. *Fonologickou*, kdy dítě není schopno psát neznámá slova nebo pseudoslova podle diktátu, dysgrafii *povrchovou*, při které se dítě opírá o fonémy, a ty pak přepisuje (je tedy opakem fonologické dysgrafie), dále *syntakticko-sémantickou*, kdy psaný text obsahuje zvýšený počet sémantických chyb a formu *smíšenou*.

Prevalence dysgrafie se uvádí v rozmezí 5 – 27 %, v závislosti na daných kritériích, měřících postupech i věku diagnostikovaných (Volman, Schendel, Jongmans, 2006). Autoři Rosenblum et al. (2004) uvádějí prevalenci vyšší, a sice 10 – 30 %.

2.2.1 Symptomatologie

U dysgrafie bývá porušeno psaní jako vlastní akt. Dítě se musí na psaní více soustředit, je pro ně namáhavé, obtížné, zpravidla píše toporně a křečovitě. Výsledkem je snížená kvalita písemného projevu (Jucovičová, 2014). Podle autorů Adi-Japha et al. (2007) má jedinec s dysgrafií písmo nečitelné, písmena nemají správný tvar, objevují se chyby ve spellingu a obtíže ve snaze vyjádřit své myšlenky. Dítě nedovede napodobit tvary písmen, nepamatuje

si je, zaměňuje je, zrcadlově obrací (tamtéž). Crouch a Jakubecy (2007) dodávají, že dítě mívá problém již ve snaze vybavit si podobu daného písmene nebo aritmetického symbolu. Podle Trojanové (2012) je typická neschopnost používat správnou velikost grafémů, psaní v pravolevém směru, vynechávání písmen, slabik i slov. Častá je i roztřesenost psaných linií a příliš silný tlak na tužku (Trojanová, 2012; Crouch, Jakubecy, 2007). Tím, že se dítě příliš soustředí na psaní, bývá běžným jevem i nesprávné uchopení psací potřeby (Crouch, Jakubecy, 2007; Deshler, 2014; Jucovičová, 2014). Doporučuje se uchopení pera přibližně 1 inch (2.5 cm) od hrotu, udržování úhlu 45°, stejně jako správná poloha papíru (Crouch, Jakubecy, 2007). Orton (1937, in Crouch, Jakubecy, 2007) dodává, že pokud není papír na správném místě, může to vést ke špatné poloze prstů. Sešit by měl být posunut od střední roviny těla doleva, levý roh sešitu směřovat nahoru doleva a pravý dolů (Jucovičová, 2014). Pokud je poloha papíru a úchop pera špatný, učitel by na to měl dítě co nejdříve upozornit a opravit ho (Richards, 1999 in Crouch, Jakubecy, 2007). Tužka či pero by měly ležet na posledním článku prostředníčku a shora by je mělo přidržovat bříško ukazováčku a z boku bříško palce. Ukazováček by neměl být prohnutý a celá ruka by měla být uvolněná, bez křeče (Heyrovská, 2013). Nesprávný úchop snižuje rychlost psaní, čitelnost, způsobuje psaní mimo vyznačenou linku, nepravidelnost tvarů i velikosti písma a celkovou neúhlednost (Richards, 1999, in Crouch, Jakubecy, 2007).

Kromě výše uvedených se dysgrafie podle Deshlera (2014) mnohdy projevuje také rychlým nástupem únavy, snahou vyhnout se úkolům, při kterých se píše nebo kreslí, nepřiměřenou velikostí mezer mezi jednotlivými písmeny nebo slovy, problémy s organizací textu, tvořením větných konstrukcí a slovosledem, gramatikou i nesprávnou celkovou polohou těla při sezení. Jucovičová (2014) uvádí, že způsob sezení při psaní bývá často nevhodný (vychylování těla do strany, zvedání nebo předsouvání ramene, poloha loktů mimo stůl). Někdy dítě ve snaze o co nejlepší výkon sklání hlavu příliš nízko, píše tzv. s „očima na papíře“, i když netrpí žádnou zrakovou vadou (tamtéž).

Richards (1999, in Crouch, Jakubecy, 2007) také poukazuje na časté gumování, nadměrný tlak na psací potřebu, vynechávání určitých částí písmen, tedy jejich detailů a mnohočetné chyby, které nemůžeme vysvětlit neznalostí gramatických pravidel. Děti s dysgrafií mají někdy tak nezvládnutý rukopis, že samy své poznámky v sešitě nepřečtou (tamtéž).

Příznaky dysgrafie se částečně překrývají se symptomy dyslexie a u jednotlivců se budou vzájemně odlišovat v závislosti na jejich věku a stupni vývoje (Deshler, 2014).

2.3 Dyskalkulie

Dyskalkulie je specifická porucha počítání, která se projevuje neschopností naučit se počítat, přestože celková inteligence dítěte je v pásmu široké normy a je vyučováno obvyklým způsobem (Strnadová, Evans, 2015; Kaufman, Von Aster, 2012). Jedná se o dysfunkci v oblasti číselného symbolu a může se objevit v jakémkoli stádiu procesu od čtení, zpracování až zápis číselných hodnot (Pejčochová, 2010). Kučerová (2015) dodává, že celistvá matematická dovednost neexistuje, což znamená, že dyskalkulie se projeví v oblasti *verbální* při zadávání úloh a jejich řešení (odpovědi na otázky v mluvené či psané podobě), *prostorové* (geometrické úlohy, psaní číslic v určitém pořadí, písemné dělení, násobení), *usuzování* a *paměti*.

Kuhn (2015) i Kaufman (2012) uvádí, že Mezinárodní klasifikace nemocí (MKS – 10) i Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM – 5) definují dyskalkulii jako poruchu matematických schopností, která není způsobena mentálním postižením ani nevhodným způsobem výuky. Jedná se o specifickou poruchu učení, kdy defekt spočívá především v neschopnosti běžného počítání, sčítání, odčítání, násobení a dělení, spíše než v abstraktních početních úkonech jako je algebra, trigonometrie, geometrie nebo vyšší matematika (MKS – 10).

Prevalence dyskalkulie se nejběžněji uvádí v rozmezí 3 – 6 % (Kucian, Von Aster, 2014; Kuhn et al., 2016; Snowling, 2005; Kuhn 2015; Kaufman, 2012; Pejčochová, 2010). Devina et al. (2013) uvádějí výskyt dyskalkulie vyšší, a sice až 10 % v běžné populaci. Některé studie uvádějí, že oproti ostatním specifickým poruchám učení bývá převaha výskytu dyskalkulie u dívek (Geary, 1996, in Pejčochová, 2010; Kucian, Von Aster, 2014). Autoři Kucian, Aster (2014), Kuhn et al. (2016) i Devina et al. (2013) ovšem dodávají, že výzkumy četnosti výskytu dyskalkulie u dívek a chlapců jsou velmi nejednotné. Častá bývá komorbidita s dyslexií a ADHD (Kuhn, 2015; Kuhn et al., 2016; Kaufman, Von Aster, 2012; Hall, 2008).

Početní dovednosti jsou v každodenním životě nezbytné (Kucian, Von Aster, 2014; Kuhn, 2015), přesto jsou mnohdy podceňovány (Kucian, Von Aster, 2014). Potíže s počítáním mají negativní dopad jednak ve škole, ale i později v oblasti profesní kariéry (tamtéž), a v dětství mohou výrazně snížit celkovou kvalitu života (Kuhn et al., 2016). Oblast počítání je navíc

nejen předmětem matematiky, jedná se o důležitou oblast i pro řadu dalších školních předmětů, např. fyziky nebo chemie (Strnadová, Evans, 2015; Kucian, Von Aster, 2015). Dyskalkulie tak přímo ovlivňuje nejen školní úspěšnost žáka, ale do jisté míry i jeho samostatnost v každodenním životě. S matematikou totiž souvisí i orientace v čase, manipulace s bankovkami, využívání váhy nebo například práce s mapou (tamtéž). Mnoho dětí s těmito obtížemi si k matematice vytvoří záporný vztah a postupně se u nich mohou projevit stavy úzkosti a dokonce až školní fobie (Krinzinger et al., 2006, in Kaufman, Aster, 2012; Snowling, 2005). Dospělí jedinci, u kterých jsou matematické dovednosti nedostačující, se ocitají v nevýhodě na trhu práce (Kaufman, Von Aster, 2012; Kucian, Von Aster, 2015). Tyto obtíže mohou mít dopad na psychické i fyzické zdraví (Kucian, Von Aster, 2015).

Kuhn et al. (2016) uvádí, že dyskalkulie je neurokognitivní porucha, která vzniká na biologickém podkladě. Je velmi pravděpodobné, že existují i genetické predispozice (Kaufman, Von Aster, 2012; Kuhn, 2015). Podle Pokorné (2001, in Strnadová, Evans, 2015) vznik podmiňují především dva faktory, a to dědičný sklon a lehká mozková postižení. Autoři Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2009) podobně popisují, že dyskalkulie vzniká na základě dědičných vlivů nebo narušením činností těch částí mozku, které mají vliv na utváření matematických schopností, což je kůra čelního mozkového laloku, kůra interparietální oblasti, frontální a temporální lalok levé hemisféry a kůra pravého temenního laloku. Svou roli hraje i netypická dominance hemisfér (Strnadová, Evans, 2015). Obtíže lexické a grafické v oblasti numerických hodnot jsou více vztaženy k levé hemisféře, kdežto defekt ve vizuospeciálních dovednostech je vázán na hemisféru pravou (Pejčochová, 2010; Snowling, 2005). Některé studie poukazují na deficity v pracovní paměti (Kuhn et al., 2016; Kaufman, Von Aster, 2012; Hall, 2008).

2.3.1 Symptomatologie

Příznaky dyskalkulie jsou velice pestré (Pejčochová, 2010) a její symptomy se u jednotlivců mohou velmi lišit (Strnadová, Evans, 2015). Podle symptomů můžeme dyskalkulii dělit do dalších typů (Pejčochová, 2010; Kuhn, 2015). Jednotlivé, kvalitativně odlišné typy mohou být co do intenzity a závažnosti symptomů odstupňované (Pejčochová, 2010).

U nás se otázkami dyskalkulie velmi důkladně zabýval L. Košč a rozdělil ji na následující typy:

- **verbální:** porucha slovního označování množství a počtu předmětů, názvu číslic a číslovek, dítě nezvládá vyjmenovat číselnou řadu, nedokáže jmenovat řadu lichých nebo sudých čísel ani slovně označit počet prvků;
- **praktognostická:** porucha manipulace s předměty nebo jejich symboly, neschopnost vytvořit skupinu o daném počtu předmětů a seřazení předmětů podle velikosti;
- **lexická:** porucha čtení číslic, čísel i operačních znaků, nejasnosti s pochopením poziční hodnoty číslic v čísle, tedy jednotek, desítek apod.;
- **grafická:** narušená schopnost psát číslice a kreslit geometrické tvary;
- **ideognostická:** porucha chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi;
- **operacionální:** narušena schopnost uskutečňovat matematické operace (Pejšochová, 2010).

Blažková (2009, in Tužilová, 2013) vytvořila klasifikaci dle oblastí učiva, ve kterých se dyskalkulie projevuje:

- **vytváření pojmu čísla**
- **čtení a zápis čísel**
- **operace s čísly**
- **slovní úlohy**
- **geometrická a prostorová představivost**
- **početní geometrie**
- **jednotky měr**

Podle Irské dyslektické společnosti (Dyslexia association of Ireland, in Dyscalculia: Types of Dyscalculia, 2017, on-line) se může dyskalkulie rozdělit na *kvantitativní* (deficit v oblasti počítání) a *kvalitativní* (problematické je porozumění instrukcím nebo osvojení si jednotlivých postupů pro výpočty).

Mezi dílčí projevy dyskalkulie řadíme velmi pomalé pracovní tempo, potíže s osvojením si násobilky, nápadně zvýšenou chybovostí ve výpočtech, nedostatečné osvojení si rozdílných strategií řešení (Snowling, 2005; Hall, 2008), dále pak potíže se samotným osvojením

si číslovek, poruchu aritmetických operací (sčítání, odčítání, násobení, dělení), poruchu matematického porozumění (problémy s osvojováním matematických pojmů a chápání vztahů mezi čísly), potíže v oblasti určování času (určování hodin, dnů, měsíců, ročních období), počítání bankovek, mincí i problémy s odhadem (Deshler, 2014; Kučerová, 2015). Kučerová (2015) dále zmiňuje, že těžkosti činí i předčíselné a číselné představy jako např. třídění předmětů podle barev nebo velikosti, určování počtu stejně x méně x více, řazení čísel podle velikosti, ukazování počtu prstů podle čísla např. na kartičce. Problémem je i vyjmenování vzestupné a sestupné řady čísel nebo vyjmenování řady sudých či lichých čísel (Strnadová, Evans, 2015). Výjimkou není ani zaměňování tvarově podobných čísel, např. 6 a 9 (tamtéž). Písemný projev je také často neúhledný a číslice nestejně velké (Kučerová, 2015). Autorka Jucovičová (2014) uvádí další příznaky, a sice nerozlišování geometrických tvarů, obtíže s vícecifernými čísly, s převodem jednotek, slovními úlohami, sníženou schopnost psát matematické znaky na diktát nebo přepisem, i určování souřadnic v zeměpise nebo práci s letopočty v hodinách dějepisu. Velmi častým projevem dyskalkulie je i počítání na prstech (Kuhn, 2015; Snowling, 2005). Do věku šesti let to bývá u dětí běžné (tamtéž). S přibývajícím věkem a většími znalostmi se tato potřeba vytrácí (Snowling, 2005). Kuhn (2015) uvádí, že pokud dítě používá k počítání prsty ještě na konci druhé třídy, tato strategie není úměrná jeho věku a může být indikátorem matematických obtíží.

Některé obtíže, které děti v matematice mají, nemusí být způsobeny přímo dyskalkulií. Může se jednat o promítání se jiných specifických poruch učení, jako je dyslexie, dysgrafie nebo dysortografie do oblasti matematiky (Jucovičová, 2014).

2.4 Dysortografie

Dysortografie se projevuje nápadnými obtížemi v oblasti pravopisu (Trojanová, 2012; Jucovičová, 2015; Pejčochová, 2010; Capellini, 2012; Dance-Schissel, on-line). Často se vyskytuje ve spojení s dyslexií (Tužilová, 2013) a i samotné příčiny dysortografie jsou obdobné jako příčiny dyslexie (Capellini, 2012). Jak píše Michalová (2001), podkladem bývá nedostatečně rozvinutá oblast sluchové percepce (analýza, syntéza, sluchová paměť, audiomotorická koordinace, fonemický sluch), obtíže mohou vyplývat také z dysfunkce pravé mozkové hemisféry, ale u některých dětí také na bázi poruchy dynamiky duševních procesů (hyper nebo hypoaktivita). Jucovičová (2015) zmiňuje, že příčinou dysortografie je především

deficit fonologických funkcí, tedy fonemického sluchu (vnímání a rozlišování fonémů a hlásek). Děti mívají obtíže s aplikací pravopisu při psaní na diktát, kdy jsou závislé pouze na sluchovém vnímání, ale specifická dysortografická chybovost bývá zaznamenána i při opisech a prepisech (tamtéž).

Dysortografii lze definovat jako: „*neschopnost naučit se gramaticky správně vyjadřovat, přestože dítě má přijatelné rozumové schopnosti a nechybí mu ani přiměřená výchovná stimulace a výukové vedení.*“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009, s. 649).

Autorka Dance-Schissel (on-line) uvádí jako nejčastější příznaky dysortografie deficit ve schopnosti odlišovat hlásky (problematický spelling), vynechávání písmen, komolení slov až konfabulace, obtíže v rozlišování souhlásek a samohlásek, neschopnost dodržovat pořadí písmen, tzv. inverze, specifické chyby při prepisu, zvýšené množství gramatických chyb a pomalé pracovní tempo. Mezi další dílčí příznaky se řadí zaměňování písmen vizuálně podobných, vynechávání nebo přesmykování slabik (Pejčochová, 2010) i nepřesné hranice slov, tedy spojování více slov v jeden větný celek (Trojanová, 2012). V českém jazyce jsou typické vynechávky nebo nesprávné umístění diakritických znamének, problémy ve slabikách a slovech se slabikotvorným r/ l, záměny hlásek zvukově podobných (především znělých a neznělých), dále záměny sykavkových hlásek, sykavkové asimilace (Jucovičová, 2015), záměny měkkých a tvrdých slabik a taktéž záměny dlouhých a krátkých slabik (Trojanová, 2012). Nesprávné rozlišování těchto slabik ovlivní i určování pravopisu podstatných a přídavných jmen podle vzorů, které na tyto slabiky končí (pán, hrad, žena, píseň, kost a stavení v množném čísle, vzory mladý, jarní). Druhotně je pak ovlivněn i pravopis shody přísudku s podmětem (Jucovičová, 2015). Narušeno bývá i vnímání rytmu a schopnost jeho reprodukce. Často bývá snížený i jazykový cit, čímž je ovlivněna schopnost skloňovat a časovat (Jucovičová, 2014).

Dysortografie se projevuje obtížemi v pravopise jednak českého jazyka, ale i potížemi při ovládnutí dalších cizích jazyků (Jucovičová, 2015; Tužilová, 2013) i naukových předmětů (Jucovičová, 2014). To opět omezuje školní úspěšnost, může negativně ovlivnit další studium a uplatnění v pracovním i praktickém životě (Jucovičová, 2015).

2.5 Dyspraxie

Dyspraxie je specifická vývojová porucha motorických funkcí (Snowling, 2005; Hall, 2008; Nowak et al. 2005; Trojanová, 2012; Payne, 2015), která se projevuje při nejrůznějších aktivitách každodenního života, ať už ve škole nebo v domácím či jiném prostředí (American Psychiatric Association, 2013, in Payne, 2015). Tato porucha se vyskytuje u 6 – 10 % dětské populace (Nowak et al. 2005) a ve většině případů je diagnostikována po nástupu dítěte do školy, kdy je možno výkony dítěte porovnávat se stejně starými vrstevníky (tamtéž). Portwood (2001) na základě dlouhodobého výzkumu uvádí, že 40 – 45 % dětí s dyspraxií trpí zároveň další vývojovou poruchou, a sice dyslexií, ADHD, autismem nebo Aspergerovým syndromem (Portwood 2001, in Zelinková, 2007).

Přesný původ tohoto onemocnění není stále příliš jasný. Pravděpodobně se jedná o působení několika příčin najednou (Snowling, 2005; Payne, 2015). Také Kirby (2000, in Zelinková 2007) uvádí, že v případě dyspraxie se jedná o přítomnost více symptomů, které nemají jednotné příčiny. Nejsou prokázány genetické příčiny, není ani signifikantní nález v neurologických zkouškách. Autorka Snowling (2005) zmiňuje zřejmý vizuoprostorový deficit a sníženou kinestetickou citlivost. Podle Ferguson et al. (2014, in Payne, 2015) jsou příčiny dyspraxie neurologického původu, Zwicker (2010, in Payne, 2015) spatřuje možnou příčinu ve zpoždění vývoje nervového systému a nedostatečnou stimulaci vyvíjejícího se mozku. Některé studie poukazují na skutečnost, že genetické predispozice mohou hrát významnou roli (Kirby et al., 2008, in Payne, 2015).

Dyspraxii můžeme nalézt pod různými označeními, např. vývojová porucha koordinace (Nowak et al., 2015; Trojanová, 2012), syndrom nešikovného dítěte (Hall, 1988, in Payne, 2015) vývojová dyspraxie (Portwood, 1996, in Payne, 2015) nebo senzomotorická dysfunkce (Riplay et al., 2002, in Zelinková, 2003, in Trojanová, 2012). Muller (in Zelinková, 2015, s. 208) definuje dyspraxii jako: „*poruchu vyšších korových procesů, která postihuje plánování a provádění naučených, volných, cílených pohybů za přítomnosti normálních reflexů, síly, svalového napětí, koordinace a citění.*“

Někteří odborníci rozlišují dyspraxii *ideativní*, která se projevuje neschopností plánovat pohyb, a dyspraxii *ideomotorickou*, neboli *exekutivní*, pro niž je charakteristická neschopnost provádět komplexní volní pohyby (Riplay et al., 2002, in Zelinková, 2007).

Dyspraxie se projevuje obtížemi při osvojování komplexních pohybových dovedností. Hrubá motorika je ve vývoji opožděná, dítě si obtížně osvojuje úkoly vyžadující i jemnou motoriku (Snowling, 2005, Hall, 2008). Častá je svalová ochablost a nepružnost nebo snížený svalový tonus doprovázený naopak zvýšenou pružností a pohyblivostí (Kirby, 2000, in Zelinková, 2007).

Dítě s dyspraxií na sebe vytrvale upozorňuje nepřekonatelnými obtížemi při osvojování nových pohybových dovedností (Payne, 2015). V oblasti hrubé motoriky působí obtíže skákání, běhání, chytání i házení míče, udržování rovnováhy (Snowling, 2005), jízda na kole nebo na bruslích (Hall, 2008). Deficit jemné motoriky se projevuje obtížemi při psaní, držení psací potřeby (Hall, 2008), zapínání knoflíků, zavazování tkaniček, při oblékání, sebeobsluze nebo manipulaci s přiborem (Snowling, 2005). Dítě má problém s přesností, vzájemnou spoluprací jednotlivých částí těla a střídáním pohybů (Trojanová, 2012). Více než 50 % jedinců, u kterých je diagnostikována dyspraxie, má obtíže při osvojování řeči. Jejich obtíže jsou evidentní spíše v řeči expresivní než receptivní (Portwood, 2001, in Zelinková, 2007).

Dyspraxie zhoršuje výkony dítěte ve škole i jeho sociální život. Následky jsou totiž vidět v každodenním životě a mohou dítě ovlivňovat zásadním způsobem. Dítě s dyspraxií bývá velmi často vyřazeno z kolektivu vrstevníků, protože není obratné, je nešikovné, nevěří si, všechno dělá pomaleji a hůř než ostatní. To se může projevit sníženou sebedůvěrou, úzkostností, problémy při navazování přátelství i vyhýbáním se fyzickým aktivitám, což může následně způsobovat obezitu i jiné zdravotní potíže (Nowak et al., 2015).

2.6 Dismúzie a dyspinxie

Termíny dyspinxie a dismúzie byly zavedeny v České republice. Svými projevy nejsou tak závažné pro vzdělávání jedince, projevují se až v oblasti výchovných předmětů. Je pochopitelné, že tyto poruchy nemají tak neblahé společenské důsledky jako ostatní poruchy učení. Vyskytují se poměrně vzácně a ani v rámci diagnostiky jim není věnována taková pozornost (Vitásková, 2006, in Smečková, 2013).

2.6.1 Dysmúzie

Dysmúzie je porucha osvojování si hudebních dovedností (Trojanová, 2012). Jedná se o snížený smysl pro hudbu, neschopnost zapamatovat si, vybavit si či reprodukovat melodii a rytmus (Michalová, 2001). Může jít o poruchu v *receptivní* složce (neschopnost správně rozpoznat tóny a melodie, identifikovat jednotlivé hudební nástroje poslechem apod.) nebo ve složce *expresivní* (nesprávné hlasové vyjadřování tónů, melodií a písní, neobratnost, např. při prstokladu nebo v zacházení se smyčcem), což se samozřejmě může vzájemně kombinovat (tamtéž). Autorka Čopíková (2009, on-line) zmiňuje poruchu v *motorické* složce, kdy je narušena motorická schopnost zpívat nebo hrát na hudební nástroj.

Podle Kremlíčkové a Novotné (1997, in Michalová, 2004) dělíme dysmúzii na *expresivní* a *totální*. Expresivní dysmúzie nedovoluje reprodukci i velmi známého motivu. Totální dysmúzie je nedostatek hudebního smyslu vůbec. Jedná se o celkovou ztrátu hudebních schopností, jedinec hudbu nechápe, neidentifikuje a nepamatuje si ji (tamtéž).

Dvořák (2001, s. 57, in Smečková, 2013) definuje dysmúzii jako „*vývojový nedostatek v oblasti hudební*.“ Při této poruše je narušen smysl pro rytmus, pro tóny, schopnost převést hudební vjemy do emocí, schopnost hudbu reprodukovat. Je narušena buď celková úroveň schopností pro hudbu, a tím je snížen celkový zájem o ni, nebo schopnost projevovat se hudebně např. zpěvem, případně narušení motoriky či hudebního sluchu. Typické bývá nesprávné určování výšky tónu, nesprávná reprodukce tónů a melodií bez uvědomování si chyb, problémy s určováním známých melodií a určováním chyb v hudební produkci jiných, těžkosti s určením hudebních nástrojů podle zvuku, absence smyslu pro rytmus, neschopnost naučit se číst noty i špatná manipulace s hudebními nástroji, s nimiž je průměrné dítě schopno zacházet (Michalová, 2001).

2.6.2 Dyspinxie

Dyspinxie je porucha kresebného aktu (Trojanová, 2012). Je charakteristická velmi nízkou úrovní kresby (Smečková, 2013). Projevuje se i v psaném projevu dítěte. Úzce tedy souvisí s levohemisférovou dyslexií, dysgrafií a grafickým typem dyskalkulie. Zde se výrazně projevuje spojitost poruch. Dítě, které není schopné naučit se psát, nemůže být ani dobrým kreslířem (Tužilová, 2013). Trojanová (2012) i Michalová (2001) dodávají, že samostatný výskyt dyspinxie bez spojení s dysgrafiemi je vzácný.

Jak uvádí Michalová (2001), porucha kreslení postihuje jak složku vizuální (neschopnost napodobit předlohu), tak motorickou (neobratnost). Dítě zachází s tužkou neobratně, tvrdě, nedokáže převést svou představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír, má potíže s pochopením perspektivy. Dítě trpící dyspinxií má také potíže s pochopením stereometrie a s rýsováním (Smečková, 2013). Objevují se deformace formálních znaků kresby, roztřesenost linií a čar, neodpovídající proporcionality kresby, neschopnost převedení hloubky prostoru do kresby a primitivnost kresby, která neodpovídá chronologickému ani mentálnímu věku dítěte (Trojanová, 2012). Držení kreslicích potřeb je křečovitě, tahy jsou tvrdé a nejisté. Tvary jsou nedokonalé. Nápadná je i disproporce jednotlivých částí těla kreslených postav, připojení částí těla je často na špatném místě, podstatné detaily jsou mnohdy vynechány. Dále se objevují nejrůznější bizarní tvary, používání geometrických tvarů, nápadná poloha postavy v prostoru a obtíže s členěním plochy papíru (Michalová, 2001).

2.7 Neverbální poruchy učení

Neverbální poruchy učení jsou charakterizovány jako deficity v oblasti motorické, vizuospeciálně organizační a sociální (Trojanová, 2012; Pejčochová, 2010; Hall, 2008; Dehler, 2014; Mammarella, Cornoldi, 2014; Semrud-Clikeman, Glass, 2008; Darrow, 2016). Doposud neexistuje jednotný názor, jestli se jedná o samostatný syndrom nebo jestli se neverbální poruchy učení pouze překrývají s jinými poruchami, především dyskalkulií a dyspraxií (Hall, 2008). Dehler (2014) uvádí, že i když se neverbální poruchy učení mohou prolínat s jinými poruchami učení, jedinci s těmito obtížemi mají navíc rozdílné, velmi specifické projevy.

Neuropsychologický deficit je spojený s pravou hemisférou (Pejčochová, 2014). Autorka Vitásková (2005, in Trojanová, 2012) taktéž uvádí, že porucha vzniká následkem poškození spojů v bílé hmotě pravé mozkové hemisféry. Výskyt této poruchy není tak častý, prevalence se uvádí v rozmezí 1 – 10 % (Semrud-Clikeman, Glass, 2008).

Je zajímavé, že jedinci s tímto oslabením mají poměrně charakteristický profil jak silných, tak slabých stránek (Pejčochová, 2010; Dehler, 2014). Relativně silná je sluchová percepce (Pejčochová, 2010; Dehler, 2014), selektivní sluchová pozornost a verbální paměť (Pejčochová, 2014). Vývoj řeči bývá v normě (Vitásková, 2005, in Trojanová, 2012;

Pejčochová, 2014), také oblast samotného čtení, verbálního vyjadřování a slovní zásoby bývá bez obtíží (Deshler, 2014). Užití jazyka je však často neúčinné, pedantické, necitlivé až sociálně nepřiměřené (Vitásková, 2005, in Trojanová, 2012). Pejčochová (2014) dodává, že i když základní řečové dovednosti nejsou postiženy, velmi nápadná je patologie v paralingvistických aspektech řeči a částečně i porozumění přečtenému.

Charakteristické jsou potíže v porozumění slovním hříčkám, metaforám, vtipům a nadsázce (Vitásková, 2005, in Trojanová, 2012). Další nápadností je bezradnost v prostorové orientaci (Vitásková, 2005, in Trojanová, 2012; Darrow, 2016; Pejčochová, 2010; Deshler, 2014). Dítě nezvládá kolektivní míčové hry, neumí přihrát, nepamatuje si, kterým směrem má napřít vlastní aktivitu. Celkově působí nemotorně (Darrow, 2016). Mají také potíže s rytmem, což se projeví jak v tělesné, tak hudební výchově (Vitásková, 2005, in Trojanová, 2012).

Neverbální poruchy učení se velmi výrazně projevují v sociální oblasti (Darrow, 2016; Semrud-Clikeman, Glass, 2008; Hall, 2008; Mammarella, Cornoldi, 2014). Při dobré paměti i intelektu mají děti s těmito poruchami problém např. vyřídit vzkaz, protože taková situace je pro ně nesnesitelně sociálně náročná (Darrow, 2016). Jejich smysl pro humor je velmi omezený (Semrud-Clikeman, Glass, 2008). Mají potíže s interpretací výrazů obličeje, přízvuku hlasu jiných osob (Vitásková, 2005, in Smečková, 2013), nepochopí gesta, ani jakékoliv jiné náznaky (Darrow, 2016). Často neodhadnou samotný kontext sociálních situací, dopouští se netaktností, mnohdy u druhých vyvolají negativní emoce. Takto se někdy stávají neoblíbenými (tamtéž). Z důvodů narušení sociální orientace mívají tito jedinci málo přátel (Vitásková, 2005, in Smečková, 2013). Mnohdy nerozumí tomu, proč jsou okolím kritizováni, neví, co udělali špatně (Darrow, 2016). Rourke (1989, in Pejčochová, 2010) ve svých studiích sledoval vztah neverbálních poruch učení a sociální adaptace s přesahem až do dospělosti. Uvádí, že charakteristická patologie v přizpůsobení se v sociální oblasti zahrnuje slabý sociální úsudek, potíže s identifikací a porozuměním výrazu obličeje, slabé sociální dovednosti, snížení počtu fyzických interakcí díky slabým takticko-percepčním a motorickým dovednostem a neporozumění významům v nonverbálních interakcích.

Děti s neverbální poruchou učení jsou v dospívání a dospělosti často úzkostné, vyřazovány z kolektivu, stávají se introvertními (Pejčochová, 2010; Semrud-Clikeman, Glass, 2008). Ve třídě bývají často ignorovány, což může vést až k sociální izolaci (Semrud-Clikeman, Glass, 2008). Mívají poruchy nálad až deprese, stávají se pasivními (Pejčochová, 2010). Protože mají obtíže stát se plnohodnotnými členy kolektivu a bývají neoblíbení u spolužáků i učitelů, postupně mohou o školu úplně ztratit zájem (Darrow, 2016).

3. Behaviorální a sociální aspekty specifických poruch učení

Kapitola sumarizuje dohledané poznatky o internalizujících i externalizujících obtížích v oblasti chování. Podrobněji budou popsány dohledatelné poznatky o úzkosti, frustraci, depresi, sebevědomí, sebehodnocení, sebedůvěře a sebepojetí dětí s SPU. Tato kapitola dále pojednává o souvislosti poruch učení s poruchami v oblasti chování. Stručně budou shrnuty poznatky o ADHD, jelikož komorbidita SPU a ADHD je poměrně častá a tyto poruchy se vzájemně ovlivňují. Také je zmíněna problematika sociálních aspektů poruch učení.

Děti s poruchami učení musí čelit mnoha výzvám nejen ve školním prostředí (El-Keshky, Emam, 2014; Deshler, 2014; Snowling, 2005; Foltová, Portešová, Kukla, 2013; Vágnerová, 2006; Maugham, Carrol, 2006; Terras, Thompson, Minnis, 2009). Poruchy učení mívají kromě specifických příznaků i další příznaky, které mohou být subjektivně i sociálně znevýhodňující, a ve svém součtu či interakci mohou zvyšovat riziko výukového i sociálního selhání (Vágnerová, 2006; Terras, Thompson, Minnis, 2009). Mohou být pro děti zdrojem dlouhodobých frustrací (Kemp, Smith, Segal, on-line), které jsou nejčastěji spojeny s jejich neschopností plnit očekávání druhých (Kocurová, 2002). Nezvládají úkony, které jejich spolužáci plní bez jakýchkoliv obtíží, mají strach z neúspěchu, z toho, že sami sebe ztrapní před třídou, mají problém vyjádřit se. Pocity frustrace mohou být o to větší u dětí, které jsou vysoce inteligentní, ale v oblasti učení mají potíže. Děti s SPU mnohdy neví, jak vyjádřit své pocity, jak ve stresu sami sebe uklidnit, jak si vysvětlit neverbální komunikaci druhých. To může způsobovat nelehkou situaci mezi jejich spolužáky ve třídě nebo vrstevníky (Kemp, Smith, Segal, on-line). Situace ve třídě je důležitým faktorem, protože spolužáci se mohou dítěti posmívat, ponižovat ho a v konečném důsledku jeho neurotické projevy prohlubovat (El-Keshky, Emam, 2014). Specifické poruchy učení a z nich plynoucí sekundární důsledky mohou u dětí postupně podněcovat vznik nízkého sebevědomí a sebehodnocení, způsobovat stranění se ostatních až sociální izolaci a v neposlední řadě nejrůznější potíže v oblasti chování (Terras, Thompson, Minnis, 2009; Kemp, Smith, Segal, on-line).

Psychosociální obtíže dětí s SPU nastávají nejčastěji tehdy, jestliže rodiče či učitelé očekávají od dítěte nedosažitelné výkony nebo škola není na jeho problémy dostatečně připravena (Pokorná, 2010, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013). Pro dítě je velkým traumatem, když na počátku školní docházky své rodiče zklame. Uvědomuje si, že postoj rodičů k němu se mění,

ale nerozumí tomu. Pokud je v rodině navíc úspěšnější sourozenec, může být situace ještě komplikovanější. Sourozenec je preferovaný, neustále je dávaný za příklad a dítěti se postupně snižuje sebevědomí (Křenková, on-line). Pokud k takové situaci dojde, mohou se objevit různé poruchy chování nebo úzkostné projevy. Ty mohou postupně vést až k depresím (Pokorná, 2010, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013). Snahy dítěte, rodičů nebo školy napravit nedostatky v učení co nejrychleji a v co největší možné míře mohou způsobovat dlouhodobé přetěžování, což může mít za následek neurotizaci dítěte nebo jeho různé psychosomatické reakce (Vágnerová, 2006). Výkonové nedostatečnosti mohou ovlivnit celou osobnost dítěte (Kocurová, 2002; Křenková, on-line).

Již Samuel Orton upozorňoval na emocionální aspekty dyslexie, když sledoval vzrůstající frustraci selhávajících dyslektiků ve škole (Kocurová, 2002). Největší pozornost na sebe nejprve pochopitelně připoutávaly markantnější symptomy poruch učení.

Teprve pokračující výzkum soustřeďuje pozornost i na aspekty emocionální, behaviorální i sociální. Problematika emocionality, chování a sociálních vztahů jedinců s SPU tedy nabývá zaslouženě na významu, a to v oblasti teoretické, tak v konkrétní péči. Těžištěm speciálního přístupu k těmto jedincům je pomáhat jim k pozitivnímu sebehodnocení, důstojnému sociálnímu zařazení a k efektivnímu vyrovnání se s jejich nelehkou situací (Kocurová, 2002).

3.1 Behaviorální aspekty specifických poruch učení

Výsledky mnoha výzkumů potvrzují spojitost mezi behaviorálními potížemi a specifickými poruchami učení (Maugham, Carrol, 2006; Foltová, Portešová, Kukla, 2013; Parhiala et al., 2014). Prevalence behaviorálních potíží jakéhokoliv druhu se uvádí v rozmezí 24 % až neuvěřitelných 84 % (Johnson, 2002, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013).

Behaviorální potíže se často v literatuře dělí na dvě základní oblasti, a sice na **externalizující** problémy (vzdor, impulzivita, agresivita, antisociální chování apod.) a **internalizující** problémy (odtažitost, úzkost, deprese) (Foltová, Portešová, Kukla, 2013; Parhiala et al., 2014; Snowling, 2007; Terras, Thompson, Minnis, 2009; Maugham, Carrol, 2006).

Autoři Heiervang et al. (2001) ve svém výzkumu, který byl zaměřen na behaviorální potíže dětí s SPU zjistili, že děti s dyslexií vykazují mnoho těchto symptomů, které se nedají přičíst rozdílům v sociálním prostředí, zdravotnímu stavu ani vývojovým rizikovým faktorům.

Zajímavé jsou výsledky longitudinálního výzkumu Foltové, Portešové a Kukly, týkající se behaviorálních, emočních a sociálních potíží dětí ve věku od 7 – 15 let v České republice z roku 2013. Poukazují na skutečnost, že velmi důležitou roli ve výskytu těchto obtíží hraje věk, tedy vývojová fáze dítěte. Výsledky studie prokázaly, že děti s poruchami učení vykazovaly největší potíže v sedmi letech, v jedenácti letech došlo k poklesu projevů a v patnácti letech opět došlo k jejich navýšení. Nejhorším obdobím je první rok strávený ve škole, kdy jsou na dítě kladeny vysoké nároky a dítě se s nimi snaží vyrovnat (Foltová, Portešová, Kukla, 2013).

3.1.1 Internalizující potíže

Internalizující problémy dětí s SPU souvisí s vnitřním prostředím samotného dítěte. Jedná se o poruchy charakterizované inhibicí chování a subjektivní nepohodou (Foltová, Portešová, Kukla, 2013; Kocurová, 2002). Autoři Parhiala et al. (2014) uvádí, že potíže tohoto typu mohou být způsobovány obtížemi a frustrací při samotném aktu učení a také následným porovnáváním výkonu žáka s SPU s ostatními spolužáky, kdy je jeho selhání evidentní. Autorka Kocurová (2002) doplňuje, že SPU působí jako zátěž a způsobuje tak u dítěte negativní emoční reakce, které mohou zpětně negativně ovlivňovat průběh a korekci poruchy.

Souvislost internalizujících problémů s poruchami učení je opakovaně výzkumně prokazována (Eissa, 2010; Heiervang et al. 2001; Terras, Thompson, Minnis, 2009).

Přítomností sekundárních psychologických problémů se např. zabývala Všeobecná dětská nemocnice v Penteli v Řecku. Cílem výzkumu bylo zjistit nejčastější typy psychologických obtíží u dětí (žáků) s SPU. Dotazníkové šetření proběhlo u 421 respondentů ve věku od 7 – 14 let. Děti byly rozděleny do tří skupin. První skupinu tvořili děti, které měly jen mírné potíže v oblasti učení, druhou skupinu pak děti s dyslexií a třetí skupina byla složena z dětí s SPU a přidruženým mentálním handicapem. Zjištěním bylo, že ze všech respondentů 29 % dětí má nízké sebevědomí, 32 % trpí úzkostnými stavy a 22 % dětí má příznaky deprese. Z výzkumu dále vyplynulo, že projevy úzkosti s věkem příliš nesouvisely, zatímco výskyt sníženého sebevědomí s věkem narůstal (Koulopoulou, 2001).

Zajímavý výzkum zaměřený na emocialitu dětí s SPU u nás provedla v 90. letech Žáčková. Sledovala úzkostnost, celkové sebepojetí a emocionální ukazatele v kresbě i písmu. Děti byli rozděleni na skupinu dětí ze specializovaných tříd a na děti běžných tříd základních škol. Výsledky doložily významně nižší úroveň sebepojetí u dětí s SPU, převážně pak u dětí z běžných tříd (Kocurová, 2002).

I když existuje mnoho studií, které se touto problematikou zabývají a propojenost SPU a internalizujících potíží jednoznačně potvrzují, existují ovšem také studie, které vzájemný vztah neprokázaly (Kempre et al., 2011, in Parhiala et al., 2014; Miller et al., 2005). Zdá se, že důležitým faktorem při posuzování vzájemné souvislosti je věk dítěte, protože sledované potíže se mohou v průběhu času a dospívání měnit (Foltová, Portešová, Kukla, 2013). Rozdíly výskytu internalizujících potíží se také vážou na pohlaví sledovaných jedinců s poruchami učení (Maughan et al., 2006), protože depresivní nálady byly prokázány mnohem častěji u chlapců (mladšího školního věku), než u jejich vrstevníků (tamtéž).

K internalizujícím potížím řadíme úzkost, depresivní stavy, somatizaci (Parhiala et al., 2014), dále pak snížené sebevědomí, sebepojetí, sebehodnocení, sníženou sebeúctu, různé emoční problémy jako jsou pocity nejistoty, frustrace, strachu, obavy z dalšího selhání i smutek (Matějček et al., 2006, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013). Převažující pocit pak závisí na tom, jaké má dítě bazální emoční ladění, typ temperamentu, emoční resilienci, ale také na přístupu učitelů a rodičů (tamtéž).

3.1.1.1 Úzkost

Úzkost je pocit strachu a obavy. Většinou se jedná o přirozenou reakci na zátěžovou situaci. Úzkost je pro člověka v kritických situacích důležitá. Pomáhá organismu bránit se a vyhnout se nebezpečí. Dokonce zvyšuje výkon a motivaci. Pokud však přeroste určitou míru, vede k vnitřnímu pocitu napětí a silným negativním emocím. Velmi často se vyskytuje společně s depresí (D'souza, 2016). Úzkostí trpí 10 – 20 % dětské populace (Gallegos et al. 2012). U žáků s poruchami učení se úzkost z emocionálních problémů vyskytuje nejčastěji (Kocurová, 2002; Gallegos et al., 2012). Podle autorů Kendal a Suveg (2006, in Gallegos et al., 2012) se stavy úzkosti často prolínají s depresivními stavy, psychosomatickými obtížemi, deviantním chováním a mívají vliv i na vznik drogové závislosti. Úzkost nepopíratelně ovlivňuje osobní, školní, sociální a rodinný život (Langley, Bergman, McCracken, Piacentini, 2001, in Gallegos et al., 2012). U dětí se zpravidla projevuje plačtivostí, strachem a nevhodným chováním (Margalit, Heiman, 1986, in Gallegos et al.,

2012), mohou se vyskytovat i útky ze školy (Vašutová, 2008). Tyto děti mívají také nízkou motivaci a mnohdy se cítí osamocené a bezmocné (Gallegos et al., 2012).

Úzkostné děti s SPU se cítí ohrožené i v běžných situacích, které jsou pro jejich vrstevníky považovány za banální. Mají strach z nových věcí, a proto trvají na stereotypech, které v nich posilují pocity jistoty. Ve škole upřednostňují stejný způsob výkladu a zkoušení, těžko si zvykají na nového učitele. I když pedagog vnímá výsledek dítěte jako přijatelný, dítě samotné ho může přijímat negativně (Vašutová, 2008).

3.1.1.2 Frustrace

Úzkost velmi úzce souvisí s frustrací (Kocurová, 2002) a právě přítomnost specifických poruch učení může být pro dítě zdrojem dlouhodobých frustrací (Panicker, Chelliah, 2016).

Pojem frustrace se vykládá jako stav vznikající ze skutečnosti, že jedinec nemohl náležitě uspokojit své potřeby. Frustrace je tedy definovaná jako: *„stav organismu, kdy je jeho integrita ohrožena a on musí zapojit všechny schopnosti na svoji ochranu.“* Může vyvolat agresi, úzkost a neurotické poruchy (Chomátová et al., 2006, str. 15).

Frustrace se u dětí s SPU projevuje nejen ve škole, ale i mimo ni, ve vlastních sociálních vztazích. Přirozená tendence vyhnout se zdroji frustrace a úzkosti je pak často mylně interpretována jako lenost nebo nesnášenlivost. Frustrace může rovněž vyvolávat hněv, někdy až agresivitu, kterou dítě s SPU obrací proti sobě nebo proti nejbližšímu okolí, tzn. nejčastěji proti matce, spolužákům a učitelí. Tímto způsobem se dítě dostává do začarovaného kruhu negativních emocí (Kocurová, 2002). Úzkosti, frustrace a pocity strachu jsou pro dítě mnohdy mnohem horší než porucha sama (Křenková, on-line).

Podle autorky Kelly (2017) má frustrované dítě pocit, že nezáleží na tom, jestli se do školy připravuje dvacet minut nebo dvě hodiny, protože ve výsledku stejně dostane špatnou známku. Dalším častým jevem je, že dítě se do určitého předmětu učí, ještě ráno si vše celkem dobře pamatuje, ale později při testu se mu jeho vědomosti nevybaví. Dítě je také frustrováno tím, že si všimá, že někteří spolužáci se s ním nechtějí kamarádit a on nerozumí tomu proč. Také je pro něj obtížné porozumět všemu co ve vyučovací hodině probíhá, i když se upřímně snaží.

Takové děti dříve nebo později dojdou k závěru, že jejich úsilí se nevyplácí, že i když se snaží sebevíc, výsledky se stejně nakonec nedostaví. Mohou ztratit o věci zájem a začne se u nich projevovat tzv. naučená bezmocnost. Dítě je v tomto případě vnitřně přesvědčeno, že není nic, co by mohlo udělat, aby dostávalo lepší známky, vytvořilo si nová kamarádství, aby ho někdo pochopil a vážil si ho. Chronicky frustrované dítě pak často pouze nečinně sedí ve třídě, o nic se nesnaží, nezapojuje se. To může některým učitelům i vyhovovat, protože tím není nijak narušován průběh vyučovací hodiny. Dítě se dopředu rozhodne nezkoušet nic nového, nechce nic riskovat, tuší, že by se mu to stejně nepovedlo. Někdy naopak ze sebe dělají frustrované děti třídního šaška, aby odpoutali pozornost od svého vlastního selhání (tamtéž).

3.1.1.3 Deprese

Dalším problémem emocionálního vývoje jedince s SPU jsou deprese (Kocurová, 2002; Traylor, Agarwal, 2009; Panicker, Chelliah, 2015).

O depresi hovoříme tehdy, pokud v náladě dítěte převládá smutek. Dítě pak prožívá pocity osamělosti, izoluje se od ostatních, odsuzuje sebe sama, má zhoršené studijní výsledky, často se nudí, ztrácí schopnost radovat se. Mohou se projevit i problémy ve vztazích, především v neschopnosti nebo neochotě běžně komunikovat s kamarády a se členy rodiny. Deprese se může následně manifestovat poruchami spánku, bolestmi hlavy, poruchou příjmu potravy, agresivním chováním až konzumací drog (Vašutová, 2008). Kocurová (2002) dodává, že deprese mají v dětském věku jinou, více maskovanou podobu, než jaká je typická u dospělých.

Za charakteristické rysy deprese bývají označovány tendence k negativnímu sebepojetí, k negativnímu vidění světa, nedostatek pozitivních zážitků a tendence k depresivnímu vidění budoucnosti. Podle autorky Navarette (1999) děti a adolescenti, kteří trpí depresí, na sebe častěji poukazují nevhodným chováním, ve větší míře se u nich objevuje záškoláctví, někteří nedbají o svůj vzhled, mohou se záměrně sebepoškozovat, pít alkohol a především u dívek se mohou rozvinout poruchy příjmu potravy jako bulimie nebo anorexie.

Autoři Traylor a Agarwal (2009, in Nelson, Harwood, 2011) uvádějí, že deprese bývá často u dětí a mládeže podceňována. Navíc u dětí s poruchami učení je riziko vzniku deprese mnohem vyšší. To potvrdily mnohé studie zabývající se depresivními syndromy u dětí s SPU a dětí bez poruch učení (Traylor, Agarwal, 2009). Tato skutečnost je způsobena obtížemi ve školním prostředí,

keré se v čase mohou začít projevovat právě depresivními stavy. Dítě se může postupně začít cítit naprosto bezcenné (tamtéž).

Některé studie poukazují na skutečnost, že výskyt deprese se váže více na určité typy poruch učení, a sice ty, které vznikají v důsledku narušené funkce pravé hemisféry. Ta hraje v emocionální oblasti důležitou roli (Navarette, 1999). Výsledky jiných výzkumů uvádí, že deprese postupně narůstá s věkem. Čím je dítě s poruchou učení starší, tím se snižuje jeho sebevědomí, více se porovnává se svými vrstevníky, více si uvědomuje, že v akademické oblasti za svými spolužáky zaostává. Cítí se odlišné. Jeho úspěchy v jiných oblastech, které mu nečiní obtíže, jsou mnohdy opomíjeny, zůstávají bez povšimnutí, bez pochvaly. Depresivní stavy se tímto ještě více prohlubují (Panicker, Chelliah, 2015).

3.1.1.4 Sebevědomí, sebehodnocení

Podle většiny autorů je u dětí s SPU velkým problémem také nízká úroveň sebevědomí a sebehodnocení (Kocurová, 2002; Stevens, 2012; Lahane et al., 2013; Terras, Thompson, Minnis, 2009; Alesi, Rappo, Pepi, 2012).

Stevens (2012) charakterizuje sebevědomí jako hodnotu, kterou jedinec připisuje sám sobě a projevuje se vlastním postojem jedince k sobě samému. Autoři Hartl a Hartlová (2000) popisují sebevědomí jako vědomí vlastní ceny, hodnoty, kvalit a schopností, provázené vírou v úspěšnost budoucích výkonů. Autorka Stevens (2012) doplňuje, že sebehodnocení se dá považovat za dimenzi celkového sebepojetí jedince a může se dělit na *akademické* a *globální*. To znamená, že děti s SPU mohou mít nízké akademické sebehodnocení, ale globální nikoliv (Stevens, 2012; Foltová, Portešová, Kukla, 2013). Sebehodnocení je u dítěte s poruchou učení díky úzkosti a frustraci negativně poznamenáno. Doba do deseti let věku je obdobím základního formování sebehodnocení a zároveň i dobou nejmarkantnějších projevů SPU. Negativní dopad těchto poruch je zřejmý (Kocurová, 2002) a může v dítěti navodit pocity méněcennosti (Singer, 2005).

Podle autorů Nalavanyho a Carawanové (2012, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013) existuje určitá provázanost mezi sebehodnocením a vnímáním podporujícího prostředí rodiny. Z jejich výzkumů dále plyne, že mediátorem tohoto vztahu je emoční prožitek související s poruchou učení. Důležité je, aby dítě cítilo podporu rodiny, a to dlouhodobě. Potřeba podpory ze strany rodičů dle jejich zjištění slábne až v průběhu střední dospělosti. Autoři Alesi, Rappo a Pepi

(2012) doplňují, že to, jak dítě samo sebe hodnotí, je ovlivňováno jednak mírou jeho úspěchů ale také oceněním ze strany dospělých, ať už doma nebo ve škole. To, jak je dítě svými rodiči hodnoceno a jeho výkony ve škole se vzájemně ovlivňují. Na jedné straně podceňované děti podávají ve škole nižší, méně jisté výkony, a na straně druhé slabší školní výkony dítěte zavádají důvod k nízkému hodnocení dítěte rodiči (Kocurová, 2002).

Z výzkumu Niemeyera (in Pokorná, 1997, in Kocurová, 2002) vyplývá, že děti s SPU:

- **zažívají nepříznivější situace v rodině** – jsou vychovávány převážně autoritativně, jsou častěji trestány, mnohdy jsou označovány jako líné, mají méně času na hraní, dokonce někdy dostávají menší kapesné;
- **zažívají negativní přijetí od učitelů** – jsou hodnoceny jako málo nadané, pomalé, bez motivace, s malou fantazií, jako nepozorné, líné, nepořádné, vzpurné, nesamostatné a zbrklé;
- **zažívají negativní přijetí od spolužáků** – jsou terčem posměchu, často jsou uráženy, mají málo přátel, častěji se cítí osamoceny (14 % nenavázalo pozitivní vztah k žádnému spolužákovi);
- **samy sebe vnímají negativněji** – popisují se jako lehce unavitelné, smutnější, hůře přizpůsobivé, vznětlivé, méně výkonné, hloupé, postihované smůlou;

Je zřejmé, že sebevědomí je odrazem postojů, jaké k dítěti zaujímá jeho okolí (Kocurová, 2002). Podle některých výzkumů souvisejí hlavní rozdíly v sebevědomí dětí se způsobem chování jejich rodičů. Děti velmi často přebírají a zvnitřňují si obraz, který si o nich vytvořili rodiče (Pokorná, 1997, in Kocurová, 2002).

Autoři Lahane et al. (2013) ve své práci zjistili, že pro sebehodnocení dítěte s SPU je také velmi důležité, jaký postoj zaujímají jeho rodiče k sourozenci (sourozencům) bez poruchy učení. Jejich studie se zúčastnilo 31 dětí s SPU (22 chlapců a 9 dívek) a 31 dětí bez poruchy (16 chlapců a 15 dívek) a jejich matky. Cílem této práce bylo porovnat sebehodnocení dětí s SPU a jejich sourozenců bez poruch učení a taktéž porovnat postoj matek ke svým rozdílným dětem. Výsledkem studie bylo, že děti s SPU mají nižší sebehodnocení, jsou toho

názoru, že jsou pro své okolí zklamáním. Z výzkumu také vyplynulo, že matky mají zpravidla lepší vztahy s dětmi bez poruch učení. Dítě s SPU pro ně představuje psychickou zátěž. Také díky tomu dítě s SPU mnohdy není na matku tak silně citově vázáno, jako jeho sourozenec a v důsledku toho se u něho mohou objevovat emoční potíže.

3.1.1.5 Sebepečetí

Velmi známým faktorem zjišťovaným u žáků s SPU je úroveň jejich sebepečetí (Kocurová, 2002). Autoři Blatný a Plháková (2003) popisují sebepečetí jako celkový souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová.

Pro diagnostiku sebepečetí se u nás využívá dotazník SPAS (Dotazník sebepečetí školní úspěšnosti) od autorů Matějčka a Vágnerové, který slouží k odhalení rozdílů v sebepečetí dětí s SPU (Kocurová, 2002). Dotazník poskytuje informace o postoji dítěte k vlastnímu školnímu výkonu. Umožňuje také řešit problematiku školního prospěchu a adaptace na školu (Psychodiagnostika, on-line). Ve škále *obecné schopnosti se* dítě vyjadřuje o svých intelektových schopnostech, o své bystrosti, pohotovosti a vlastnostech, které jsou předpokladem úspěchu ve školní práci. Ve škále *sebedůvěra* dítě vyjadřuje důvěru ve své schopnosti a hodnotí své postavení mezi ostatními spolužáky, tzn., jak dalece mezi nimi vyniká, nebo obostává v jejich konkurenci (Kocurová, 2002).

3.1.1.6 Sebedůvěra

Bandura (1997, in Idan, Margalit, 2012) charakterizuje sebedůvěru jako víru jedince ve své vlastní schopnosti dosáhnout svých stanovených cílů.

Moderní studie zabývající se sebedůvěrou ve školním prostředí potvrzují, že sebedůvěra přispívá k osobnímu růstu žáka (studenta) a k jeho akademickému rozvoji. Pocit úspěchu jedince i jeho osobní pohoda jsou sebedůvěrou posilovány. Jedinci, kteří si věří, vnímají obtíže nebo problémy jako výzvu spíše než ohrožení, kterému je třeba se vyhnout. Stanovují si poměrně vysoké cíle a jdou si za nimi (Schunk, Pajeras, 2002, in Idan, Margalit, 2012).

Je známo, že sebedůvěra u žáků (studentů) s poruchami učení je nižší, stejně jako je nižší jejich úspěšnost v akademickém prostředí (Klassen, 2007, in Idan, Margalit, 2012), i jejich motivace (Alivernini, Ludici, 2011).

Některé výzkumy poukazují na to, že i když jsou školní výsledky některých dětí s SPU relativně v normě, ve srovnání se svými vrstevníky stále vykazují známky emocionálních obtíží, včetně nedostatečné sebedůvěry (Sharabi, Margalit, 2009, in Idan, Margalit, 2012). V souvislosti s žáky se specifickými poruchami učení autor Klassen (2002) rozlišuje nízkou úroveň sebedůvěry ve všeobecné akademické oblasti (academic self-efficacy) a dále nízkou sebedůvěru projevující se jen v určitých školních předmětech (subject-specific self-efficacy).

Míra důvěry ve své vlastní schopnosti u žáka s SPU ovlivňuje to, jaké aktivity si vybere, na kterých úkolech se bude podílet, to, jak dlouho při určitém úkolu nebo aktivitě setrvá, množství úsilí, které bude muset vynaložit a celková pravděpodobnost úspěchu (Klassen, 2002). Jak zjistili některé studie, míra sebedůvěry se dá ovlivnit pozitivním zpevněním. Pokud žák určitý úkol zvládne, příště si bude pravděpodobně více věřit. Důležitá je i zdravá míra optimismu, ovšem ta právě u žáků s poruchami učení často chybí (tamtéž).

Autor Bandura (1993, in Klassen, 2002) doplňuje, že žáci potřebují více než pouhou schopnost nebo dovednost splnit určitý úkol. Důležité je předem si věřit, že úkol bude splněn správně, naučené pak umět použít a dále své schopnosti rozvíjet. Velmi důležitou roli hraje učitel, který by měl sebedůvěru především u žáků s SPU neustále posilovat (Klassen, 2002).

3.1.2 Externalizující potíže

Externalizující potíže jsou zaměřené vůči okolí a projevují se především rušivým chováním. Děti s externalizovanými poruchami mají větší sklon k projevům zlosti, impulzivity a nižší schopnost seberegulace (Malec, 2014, on-line).

Souvislost mezi problémy v učení a problémovým chováním již byla mnohokrát prokázána (Prochnov et al., 2013; Deshler, 2014; Heiervang et al. 2001; Maughan, Carrol, 2006; Snowling, 2010; Hall, 2008; Everatt et al., 2007). Autoři Prochnov et al. (2013) ovšem uvádí, že příčiny společného výskytu nebyly dosud přesně objasněny. Doplnují, že existují čtyři modelové situace, ve kterých je vzájemný vztah SPU a problémového chování evidentní. Tyto čtyři možnosti popisují následovně:

- poruchy učení a behaviorální potíže mají společnou příčinu, jako např. genetické predispozice;
- prvotní nepozornost a neadekvátní chování mají přímý negativní vliv na výsledky učení, protože proces učení je nevhodným chováním narušován;

- obtíže při učení jsou spouštěčem nepozorného chování, protože dítě učivu nerozumí, nudí se a je frustrováno;
- SPU a poruchy chování se průběžně ovlivňují navzájem;

Mnoho autorů popisuje u jedinců s poruchami učení vysokou pravděpodobnost výskytu specifických problémů ve vztahu k okolí, školnímu prostředí i sobě samému (Kejřová, Krejčová, 2015). SPU mohou být spojeny s různými sekundárními projevy, včetně projevů nežádoucího chování. Jedinci s těmito problémy mohou mít zvýšenou tendenci kompenzovat své potíže způsobem, kterým na sebe upozorňují. Mohou usilovat o prosazení se ve skupině a o posílení sebedůvěry takovým chováním, které je nepřijatelné, což dále jejich postavení jen zhoršuje (Foltová, Portešová, Kukla, 2013).

Na nárůst frekvence agresivity, antisociálního a delikventního chování v populaci s potížemi v učení především v období adolescence upozorňují Heiervang et al. (2001). Také McNamara, Vervaeke a Willoughby (2008, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013) ve své práci zjistili, že adolescenti s poruchami učení častěji pijí alkohol, kouří, užívají marihuanu a vykazují delikventní a agresivní chování.

Závažnost dopadů poruch učení na životní dráhu je také zjevná na základě výsledků mnoha výzkumů poukazujících na souvislost mezi SPU (především dyslexie) a kriminalitou. Prožitá negativní zkušenost v rámci příslušného sociálního okolí (škola, vrstevníci, rodina), pocit nedostatečného porozumění a podpory se téměř vždy otiskne do hlubších struktur jedince (Muller et al. 2011, in Kejřová, Krejčová, 2015). Někteří pak mohou být dlouhou dobu vystaveni zvýšenému stresu, který napomáhá k rozvoji sekundární neurotizace, což může jedince dále ovlivňovat v jeho chování (Kejřová, Krejčová, 2015).

Tým odborníků pod vedením Maughana (1996, in Kejřová, Krejčová, 2015) následovně popsal tři možné modely, které poukazují na souvislosti mezi dyslexií a kriminálním chováním:

- dyslexie může být považována za jeden z primárních zdrojů při vzniku kriminálního chování (dyslexie je popisována jako faktor předcházející dalším a závažnějším poruchám osobnosti);

- poruchy osobnosti, které jsou primární, s sebou mohou přinášet problémy v oblasti čtení a psaní;
- etiologie dyslexie a poruchy přizpůsobení jsou totožné;

Tyto modely se vzájemně překrývají a etiologie kriminálního chování a dyslexie může záviset ještě na mnoha dalších proměnných (Kejřová, Krejčová, 2015). Podle autorů McNamara, Vervaeke a Willoughby (2008, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013) jsou mediátorem mezi SPU a zapojením se do rizikového chování psychosociální faktory, a to především vztah adolescenta k matce, angažovanost ve škole a mimoškolních aktivitách, duševní pohoda a pocit oběti. Zajímavé je také zjištění, že kriminalita v pozdějším věku ani tak nesouvisí s obtížemi ve čtení jako takovém, ale především se špatnou školní docházkou (zejména záškoláctvím, kterému většinou předchází špatné sebepojetí jedince a jeho subjektivní pocit problému, který jiným způsobem řešit neumí (Kejřová, Krejčová, 2015).

Matějček et al. (2006, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013) uvádějí, že problémy v chování mívá 15 – 20 % dětí s SPU a až 30 % z nich vykazuje komorbiditu s ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Heirvang et al. (2001) hovoří o 20 %, Karande a Kulkarni (2009) o 20 – 20 %, Konicarová (2014) a Hall (2008) s odkazem na různé zdroje 15 % dětí. Autoři Huang et al. (2016) uvádí komorbiditu SPU a ADHD vyšší, a sice 20 – 60 % a potvrzují, že společný výskyt ADHD a poruch učení je častý.

3.1.2.1 ADHD

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) je porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. Projevuje se obtížemi se soustředěním, nepřiměřeně zvýšenou aktivitou a impulzivitou dítěte (Deshler, 2014; Hall, 2008; Chronis et al., 2004; Paclt, 2016; Masopust et al., 2014). Porucha narušuje školní výkonnost dětí s normálním intelektovým potenciálem (Hall, 2008; Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2014), jejich špatné školní výsledky dobré intelektové výbavě neodpovídají (Paclt, 2016).

Kategorie ADHD byla dříve chápána jako diagnóza typická pro období dětství, event. adolescence (Chronis et al., 2004; Uhlíková, Ptáček, Ptáčková, 2014; Paclt, 2016). Nová revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti DSM 5 nicméně diagnostická kritéria reviduje a poruchu klasifikuje jako celoživotní (Uhlíková, Ptáček, Ptáčková, 2014; Masopust et al., 2014). Paclt (2016)

dodává, že příznaky mohou přetrvávat do dospělosti až v polovině případů. Autoři Masopust et al. (2014) uvádějí, že příznaky ADHD vykazují v dospělosti až dvě třetiny pacientů.

DSM 5 rozlišuje 3 podtypy ADHD:

- ADHD s převažující poruchou pozornosti;
- ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou;
- kombinovaný typ;

V praxi se setkáváme nejčastěji s dětmi s kombinovaným typem (Jucovičová, 2014).

Manuál MKN-10 platný v České republice tuto diagnózu nezná a jím popisovaná *hyperkinetická porucha* (dělená na poruchu aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování) má přísnější diagnostická kritéria. Dříve se pro tuto poruchu používal název LMD (lehká mozková dysfunkce), který je již zastaralý (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2014).

ADHD je druhou nejčastější duševní poruchou u dětí a dorostu (Paclt, 2016). Podle autorky Hall (2008) má téměř polovina dětí s ADHD (s typem poruchy pozornosti, spíše než s hyperaktivním typem) dyspraxii, což situaci ve školním prostředí ještě více znesnadňuje. V kombinaci s ADHD se kromě specifických poruch učení vyskytují i další onemocnění, např. poruchy opozičního vzdoru, úzkostné poruchy, poruchy chování, poruchy spánku a jiné (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2014). V souvislosti se společným výskytem ADHD a SPU autorka Konicarová (2014) uvádí, že podle posledních výzkumů se i u ADHD i SPU (především dyslexie) objevují potíže se spellingem a čtením. V případě dyslexie se jedná o chyby způsobené fonologickým a ortografickým deficitem, v případě ADHD o deficit v oblasti pozornosti. Hall (2008) dodává, že tyto poruchy se vzájemně prolínají, a pochopitelně se tím příznaky obou násobí.

ADHD se vyskytuje asi u 5 – 6 % dětské populace, přičemž poměr chlapců a dívek je 3 – 5 : 1 (Paclt, 2016). ADHD existuje napříč různými kulturami a má významný celosvětový dopad (tamtéž).

Mezi příčiny této poruchy se řadí faktory genetické, neurobiologické a faktory zevního prostředí (Paclt, 2016). Hall (2008) i Čermáková, Papežová, Uhlíková (2014) jako příčinu

zmiňují také předčasné narození plodu, prenatalní, perinatální a postnatální vlivy i anorexii nebo drogovou závislost matky. Tyto příčiny vedou k dysfunkci zejména prefrontálního laloku a bazálních ganglií (Paclt, 2016). ADHD tedy nezpůsobuje nesprávná výchova, nicméně vhodnými výchovnými postupy lze projevy této poruchy značně eliminovat (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2014).

Mezi základními projevy jsou uváděny poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita (Paclt, 2016, Deshler, 2014; Jucovičová, 2014; Uhlíková, Ptáček, Ptáčková, 2014). Často se ale přidružují i další obtíže, jako percepčně-motorické poruchy (které často vedou ke vzniku specifických poruch učení), poruchy kognitivních funkcí (paměti, myšlení, řeči) a emoční poruchy (Jucovičová, 2014). Charakteristický je začátek již u dětí před 3.–4. rokem, kombinace nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol (Paclt, 2016). Dítě s ADHD se snaží práci co nejrychleji dokončit (Paclt, 2016) a to bez ohledu na kvalitu (Tužilová, 2013). Hlavním problémem již v předškolním věku je nesoustředěnost, hyperaktivita, event. agresivita, tyto děti si neumí hrát s ostatními, berou jim hračky, křičí, pláčou apod. (Paclt, 2016). Ve škole pak dítě nemá dostatek trpělivosti, nepřečte si celé zadání nebo nevyslechne instrukce učitele a už začíná pracovat. Tím, jak je dítě neustále aktivní a nedaří se mu zklidnit, má často problémy vůbec s nějakou aktivitou začít (Tužilová, 2013). U písemného projevu vynechává písmena, koncovky či interpunkční znaménka (tamtéž). Dítěti s ADHD také činí obtíže udělat určité rozhodnutí nebo aktivitu naopak oddálit, práci si předem naplánovat, zorganizovat. Není schopno sebekontroly a často nedokáže předvídat důsledky svého chování (Hall, 2008).

Přítomnost ADHD u dítěte má dopad na mnoho aspektů jeho vývoje, včetně adaptace na sociální, školní a pracovní-profesní funkce (Paclt, 2016). Pro své okolí je toto dítě považováno za zlobivé, protože je neustále nějak aktivní (pobíhá, mluví, přenáší věci z místa na místo, ani na chvíli se nezastaví). Není to však projev zlobení, ale zvýšená potřeba aktivity a upoutání zájmu okolí (Tužilová, 2013).

Tato porucha není plně vyléčitelná. Existují ovšem postupy, které mohou symptomy potlačit natolik, že jedinec s ADHD může žít spokojený plnohodnotný život a dostát nárokům moderní společnosti. Odborníci se shodují v tom, že nejúčinnější je individuální a komplexní přístup (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2014).

3.2 Sociální aspekty specifických poruch učení

Důsledky přítomnosti poruch učení se jen velmi zřídka odrážejí pouze ve výsledcích ve škole. Většinou bývá ovlivněno mnohem více oblastí života dítěte. Jedná se o jeho postavení ve své rodině, vztahy s kamarády, působení v mimoškolních aktivitách i osobní postoj dítěte, který je důležitý k zvládnutí každodenních situací (Learning Disabilities Association of America, on-line).

Výsledky mnoha výzkumů a pozorování jasně poukazují na skutečnost, že jedinci s poruchami učení nebývají vždy svými vrstevníky akceptováni (Lavoie, 2005; Stanberry, 2016), jejich chování a interakce v různých sociálních kontextech bývá mnohdy neadekvátní (Lavoie, 2005; Stanberry, 2016; Kaufman, Kinnealey, 2015; Brooks et al., 2015), jsou ohroženi sociální exkluzí (Nowicki et al., 2014; Brooks et al., 2015), samotou (Brooks et al., 2015) i šikanou (Singer, 2005; Brooks et al., 2015; Tužilová, 2013). Děti s SPU nemají vždy vytvořenu stejnou sociální síť a ustálená přátelství jako jejich vrstevníci bez poruch učení (Farrugia, Hudson, 2006, in Rzepecka, 2009). Deficity v sociálních dovednostech a obtíže v porozumění sociálním situacím mohou zapříčinit vznik sociálního stigmatu až úplné odmítnutí vrstevníky (Rzepecka, 2009; Novicki, Brown, 2013).

Mnozí rodiče ani pedagogové si neuvědomují, že specifické poruchy učení mohou významně ovlivňovat vztahy, které si dítě vytváří ke členům své vlastní rodiny, k dospělým, i svým spolužákům (Stanberry, 2016).

Podle autora Lavoie (2005) existují dvě základní teorie týkající se příčin snížené sociální kompetentnosti. Zastánci jedné uvádějí, že deficit v sociální oblasti je výsledkem stejné neurologické patologie, která způsobuje samotné poruchy učení. Druhá teorie považuje za příčinu chronickou školní neúspěšnost dítěte s SPU, která se může projevit i tím, že dítě, které je v důsledku své odlišnosti odmítáno až izolováno od ostatních, nemá dostatek příležitostí si potřebné sociální dovednosti osvojit (tamtéž).

Autorka Singer (2005) zmiňuje několik faktorů, které mohou ovlivňovat přítomnost sociální dysfunkce, a sice neuropatologii, oslabení paměti, kognitivních funkcí i snížené sebevědomí, které může postupně přispívat k pocitům méněcennosti. Lavoie (2005) dodává, že mezi faktory ovlivňující deficit v oblasti sociálního chování patří také závažnost poruchy učení, pohlaví dítěte a případná přítomnost hyperaktivity.

Rozsah a dopad SPU na sociální dovednosti dítěte závisí na osobnosti dítěte, na jeho temperamentu (Stanberry, 2016; Singer, 2005) a na konkrétních specifických jeho poruchy (Stanberry, 2016). Singer (2005) navíc zmiňuje důležitost postoje rodičů a porozumění vlastním obtížím dítětem samotným.

To, jak dítě vychází s ostatními, je stejně důležité, jako zvládnání požadavků školy (Lavoie, 2005). Již v předškolním věku dítě získává důležité zkušenosti, které jsou přínosem pro rozvoj jeho adaptivního sociálního chování. Jednak má možnost pozorovat chování ostatních dětí, učí se i skrze zapojování se do společných her a nejrůznějších aktivit. Tyto vrstevnické interakce posilují žádoucí sociální chování (Brooks et al., 2015). Je nezbytné, aby si děti s SPU vytvořily správné sociální dovednosti a sociální kompetence (Stanberry, 2016) a byly svými vrstevníky nejen akceptovány, ale i podporovány (Lavoie, 2005).

Sociální dovednosti zahrnují schopnost komunikovat, činit samostatná rozhodnutí, porozumět mezosobním vztahům i umět řešit problémové situace (Griswold, Townsend, 2012, in Kaufman, Kinnealey, 2015). Pomáhají dětem (adolescentům) spolu vycházet, být rovnoprávnými partnery při učení i při hře, napomáhají rozvíjet a udržovat přátelství (Kaufmann, Kinnealey, 2015).

Autorky Kaufmann a Kinnealey (2015) uvádějí, že sociální dovednosti v sobě zahrnují:

- **vhodné sociální chování** (např. udržování očního kontaktu, střídání rolí komunikátorů při konverzaci, u dětí požádání např. o půjčení hračky nebo školní potřeby)
- **ovládání chování a emocí** (schopnost potlačit negativní projevy)
- **sociálněkognitivní procesy** (schopnost porozumět různým sociálním situacím a kontextům, např. porozumět záměrům druhého)
- **sociální vědomosti** (např. vědět, co to znamená být přítel, kamarád)

Sociální kompetence se dají charakterizovat jako sociální způsobilosti nezbytné k efektivní interakci jedinců, přičemž zahrnují prvky verbálních i neverbálních projevů chování, které

jsou společensky uznávané, a očekává se, že vzbudí pozitivní přijetí ostatních (Osman, in Stanberry, 2016). Sociální kompetence se dají naučit a výzkumy ukazují, že jejich procvičování přináší pozitivní výsledky (Kaufmann, Kinnealey, 2015).

Pokud má dítě specifické poruchy učení, může mít potíže v porozumění tomu, co druhá osoba říká nebo jak to, co říká, myslí (Nowicki et al., 2013). Pro dítě může být taktéž obtížné vyjádřit své myšlenky a nápady (Stanberry, 2016). Jestliže je k SPU navíc přidružena porucha pozornosti, dítě má problémy dlouhodoběji vnímat řeč druhého, nesoustředí se, nechá se zaujmout jinými vjemy z okolí. Ve spojení s hyperaktivitou může dítě skákat druhým lidem do řeči a není schopno počkat, až na něho přijde řada (tamtéž).

Autorka Stanberry (2016) poukazuje na tři elementy sociální interakce a vysvětluje, v jakých oblastech má dítě s SPU obtíže. Jedná se o:

- **sociální vnímání** (všímání si a porozumění řeči jiné osoby, vnímání intonace, neverbální komunikace i chování v souladu s jedincovou kulturou)

Pro sociální interakci je důležité, aby dítě dokázalo pochopit obsah sdělení a tzv. číst mezi řádky. Pochopení mluveného slova i neverbálních projevů komunikace je velmi komplexní jev. Pro dítě s SPU může být problematické porozumět jednak samotnému sdělovanému obsahu, ale také např. momentálnímu rozpoložení osoby, která s dítětem komunikuje. Giller (in Stanberry, 2016) v souvislosti s výše uvedeným uvádí tři potenciální problémové oblasti. Je to oslabení schopnosti dítěte s SPU porozumět výrazům obličeje, gestům a fyzickým postojům druhého, dále nerozlišování užití nebo významu rozdílného tónu hlasu a také nepochopení významu proxemiky, tedy vyjádření vztahu mezi lidmi prostřednictvím vzdálenosti, kterou k sobě komunikující subjekty zaujímají.

- **vnitřní zpracování** (interpretace toho, co druhá osoba sděluje, uvědomování si přítomnost vlastních emocí a reakcí)

Potom, co dítě přijme prvotní sdělení, je zapotřebí, aby tyto informace dále zpracovalo a adekvátně se v dané situaci chovalo. Brown (in Stanberry, 2016) tuto schopnost nazývá emocionální inteligencí, což dále popisuje jako druh sociální

inteligence zahrnující schopnost korigovat nebo ovládat své emoce, schopnost umět rozlišovat jednotlivé pocity a to vše použít k řízení vlastního myšlení a k následným reakcím. Pokud dítě s SPU význam slov, náznaky nebo náladu druhé osoby odhadne mylně, vnitřní zpracování informací bude nesprávné nebo neúplné (Stanberry, 2016). Tomuž následně vést ke špatným závěrům a nevhodným reakcím (Stanberry, 2016; Brooks et al., 2015). Když je dítě s SPU navíc impulsivní, může začít jednat mnohem dříve, než vše promyslí (Stanberry, 2016).

- **sociální výdej** (způsob komunikace s druhými a konkrétní reagování skrze mluvenou řeč, gesta apod.)

Reakce dítěte jsou ve srovnání s výše uvedenými snadno pozorovatelné. Někdy jsou ovšem velmi nevhodné a mohou být pro okolí frustrující. Neadekvátní chování dítěte s SPU může nabírat různých forem, od šklebení se, chichotání, smíchu, i nevhodných komentářů nebo irrelevantních odpovědí. Některé děti reagují nepřiměřeně věku, jsou vulgární, jiné naopak nereagují vůbec. Tyto reakce vedou pochopitelně ke konfliktům s rodiči, kamarády, učiteli a spolužáky (Stanberry, 2016).

Mezi další nedostatečně rozvinuté sociální dovednosti dítěte s SPU patří:

- snížená schopnost zvládnout komplexnější sociální interakce, jako je vyjednávání, přemlouvání, přijímání kritiky
- snížená adaptace na neočekávané nebo nově vzniklé sociální situace (Lavoie, 2005)
- vytváření nesprávných úsudků,
- nedostatečné promyšlení a pochopení sociálního kontextu
- nelogické uvažování
- nevyzrálé, panovačné chování
- nízká frustrační tolerance projevující se nevhodným chováním (Learning Disabilities Association of America, on-line)
- v případě neshody s kamarádem často reagování strkáním, bitím a jinými nevhodnými neverbálními způsoby
- děti se málo ptají za účelem získání potřebných informací

- v oblasti interakce a konverzace je potřeba dítě s SPU více podněcovat (Zelinková, 2003, in Vašutová, 2008)

Významnou referenční skupinou pro každé dítě ve škole představují spolužáci (Brooks et al., 2015; Kauffman, Kinnealey, 2015). Ve středním školním věku narůstá potřeba konformity, děti kladou důraz na stejnost a zároveň stupňují odmítání projevů odlišností (Vágnerová, 2006, in Foltová, Portešová, Kukla). Normy třídy mohou být v tomto věku nastaveny velmi nesmlouvavě a radikálně (Tužilová, 2013). Ještě v mladším školním věku většinou stačí, aby model chování nastavil učitel, žáci ho vnímají jako autoritu a přebírají jeho chování. Stačí tedy s dětmi promluvit a problémy na úrovni jejich chápání vysvětlit. V období pubescence již převažují názory vrstevníků, školní třída chce zůstat konformní jako jeden celek, takže se častěji může stát, že třída znevýhodněného spolužáka s SPU odmítne začlenit do svých řad. Navíc si na něm mohou potvrdit svou moc a ve třídě může propuknout šikana (tamtéž). Žáci se specifickými poruchami učení jsou sociálně rizikovou skupinou (Kocurová, 2002), bývají spolužáky a někdy i učiteli odmítáni a negativně hodnoceni (Foltová, Portešová, Kukla, 2013). I když dnes je již běžné, že žáci s SPU jsou ve škole často vzděláváni formou integrace společně s ostatními dětmi, děti s poruchami učení jsou svými intaktními spolužáky stále méně akceptovány (Wiener, 2004, in Brooks et al., 2015; Nowicki et al., 2014).

Podle autorů Nowicki et al. (2014) existuje několik důvodů, proč děti nejsou v některých případech svými vrstevníky přijati. Aby se mohlo vytvořit plnohodnotné přátelství, je nutný opravdový vztah mezi dvěma jedinci, kteří se vnímají jako rovnocenní (Bagwell, 2004, in Nowicki et al., 2014). Dítě, které je ostatními považováno za méněcenné a které postrádá nezbytné sociální dovednosti potřebné k vytváření trvalejších kamarádství, je ostatními opomíjeno nebo zavržováno (Nowicki et al., 2014). Dalším důvodem sociálního vyloučení v dětství jsou rozdíly v zájmech, zálibách a schopnostech (Markson, Fawcett, 2007, in Nowicki et al., 2014), normy a chování skupiny (Jackson, 2011, in Nowicki et al., 2014), oblíbenost nebo neoblíbenost ve skupině, předsudky skupiny (Aboud, 2003, in Nowicki et al., 2014) a také hodnotové orientace a očekávání rodičů (Bandura, 1977, in Nowicki et al., 2014).

Protože děti s SPU ne vždy porozumí verbálnímu nebo neverbálnímu sdělení v určitém sociálním kontextu, jejich chování může být jinými dětmi vnímáno jako podivné, trapné nebo neobvyklé (Nowicki et al., 2014; Stanberry, 2016). Z důvodu negativních postojů třídy může

být přijetí odlišného dítěte spolužáky náročné (Nowicki, Brown, 2013; Brooks et al., 2015). Doporučuje se vysvětlit ostatním spolužákům konkrétní situaci dítěte s SPU, podat jim relevantní a věku přiměřené informace (Nowicki, Brown, 2013). I to může být někdy obtížné, protože výzkumy dokazují, že děti v určitém stupni kognitivního vývoje nejsou schopny některým skutečnostem porozumět (Nowicki, Brown, 2013) a nemusí si vědět rady s tím, jak někoho odlišného, s jinými reakcemi, než je běžné, přijmout mezi sebe (Tužilová, 2013). Je pak pochopitelné, že spolužáci mají obtíže vytvořit si a následně používat vhodné strategie vedoucí k sociálnímu začlenění svého handicapovaného spolužáka (tamtéž).

Autoři Nowicki a Brown (2013) doporučují na začlenění dítěte s SPU v kolektivu cílevědomě pracovat. Vhodné jsou společné aktivity napříč školou, peer tutoring, plánování takových činností, při kterých dochází k vzájemné interakci dětí s poruchami i dětí intaktních, anebo zařazování různorodých aktivit a forem při práci, jako je např. sezení v kruhu nebo práce na společném úkolu. Brooks et al. (2015) doporučují zaměřit se na mimoškolní aktivity, které pomáhají sociální dovednosti dětí s SPU rozvíjet. Ty mohou být formální (např. sportovní aktivity s předem danými pravidly) anebo neformální, jako je např. hra s kamarády, ať už venku, nebo u kamaráda doma.

Pokud se dítě s SPU podporuje a sociálními dovednostmi se učí, je více pravděpodobné, že zvládne např. požádat učitele o pomoc nebo vhodně reagovat, pokud se mu ostatní spolužáci posmívají. Protože je dítě nejrůznějšími sociálními situacemi denně obkloповáno, cílevědomá pomoc v této oblasti je na místě (Stanberry, 2016).

4. Stresové a resilienční faktory rodičů dětí s SPU

Kapitola se zabývá problematikou rodičovství dítěte s SPU, stresovými faktory, zátěží a různorodými zdroji stresu, které na rodinu i dítě mohou působit. Dále popisuje dohledatelné poznatky, které se týkají resilienčních faktorů a sumarizuje i strategie vyrovnávání se stresem.

4.1 Rodičovství dítěte se specifickými poruchami učení

Problematika rodičovství dětí se specifickými poruchami učení nabývá na významu (Strnadová-Lednická, 2005; Krejčová, Strnadová, 2006). Velká většina rodičů vkládá do svého potomka značné naděje (Smith, 2002) a pro rodiče dětí s SPU zpravidla není snadné přijmout fakt, že jejich dítě je odlišné (Dyson, 2002). Uvědomí si, že jeho způsob učení nebude odpovídat běžným normám a že bude nutné tento fakt respektovat a nalézt řešení, jak obtíže překonat (tamtéž). Matějček, Vágnerová a kol. (2006) uvádějí, že rodiče jsou pro dítě s dyslexií nejvýznamnějšími osobami, které ovlivňují jejich pocity sebejistoty a sebedůvěry i motivaci k nápravě jejich potíží. Protože jsou ale v obtížné situaci, někdy se ke svým dětem chovají méně přiměřeně, mají na ně příliš vysoké nároky, anebo naopak na jejich školní práci rezignují. Školní selhávání dítěte představuje i pro ně určitou zátěž, s níž se musí vyrovnat, a ne vždy se jim to podaří (tamtéž).

Mezi nejčastější rysy rodiny s dítětem s SPU patří:

- vyšší výskyt stresu, úzkosti (AlYagon, Margalit, 2002) a pocitů viny (Brock, Shute, 2001)
- nižší celková spokojenost jednotlivých členů (AlYagon, Margalit, 2002)
- obavy o budoucnost dítěte (Brock, Shute, 2001)
- hyperprotektivní přístup k dětem (AlYagon, Margalit, 2002)
- obtíže s přijetím SPU jako životní realitu (Brock, Shute, 2001) a vyšší požadavky na sourozence bez poruchy (AlYagon, Margalit, 2002)
- důraz na zavedení určitého systému fungování rodiny ale i konflikty z něho plynoucí (AlYagon, Margalit, 2002)

Výchova a podpora dítěte s SPU může velmi ovlivnit celkovou kvalitu života jeho rodičů (Karande, Kulkarni, 2009; Saeedifard et al., 2015). To, do jaké míry se rodičům daří danou situaci zvládat, záleží na osobnostních rysech dítěte, osobnostních rysech obou rodičů, sourozenců i na rodině jako celku (Raskind, Margalit, 2016). Velmi záleží také na tom, jakým způsobem si rodiče poruchu interpretují. Nichols (2000) rozlišuje tři interpretační modely výkladu SPU, kteréo vlivňují i rodičovské chování:

- SPU je chápána rodiči jako *kognitivní porucha* (oslabení v oblasti poznávacích schopností, pozornosti, paměti, apod.)
- SPU je přijímána jako *vývojově podmíněná* (rodiče mají naději, že je to problém dočasný)
- Neúspěch dítěte ve škole plyne z nedostatku jeho *motivace, neochoty až lenosti*. (Tento postoj bývá častější na počátku výskytu problémů, většina rodičů postupně pochopí, že dítě za poruchu nemůže)

Obavy a nejistoty v rodině dítěte s SPU často začínají ještě dříve, než je postižení diagnostikováno. Rodiče tuší, že s jejich dítětem není něco v pořádku (Strnadová-Lednická, 2005). Již samotné objevování příznaků poruchy může být pro rodiče matoucí (Smith, 2002; Learning Disabilities Association of America, on-line; D'souza, 2016). Ne vždy jsou schopni rozlišit, zda jsou problémy dítěte v jeho věku ještě přiměřené nebo jestli už se jedná o patologii (Smith, 2002), především pokud se jedná o prvorozené dítě a rodiče nemají srovnání (tamtéž). Někdy je ale odhalení poruchy pro rodiče něčím nečekaným, zpočátku mohou být příznaky mírné a těžko rozpoznatelné (D'souza, 2016). V těchto případech si špatných školních výsledků všimne většinou nejprve učitel (Child Development, on-line; D'souza, 2016). Jakmile je diagnóza SPU potvrzena, rodiče mnohdy začnou s obavami vyhlížet budoucnost dítěte a s úzkostí očekávají, jaké potíže tato porucha přinese (Dyson, 2010). Někteří rodiče existenci poruchy u svého dítěte z počátku popírají (Child Development, on-line).

Vychovávat dítě s poruchami učení může být velmi náročné, frustrující a únavné. I ty nejběžnější denní aktivity dítěte s SPU mohou vyžadovat asistenci rodičů, která u dětí bez poruchy není nutná (Padeliadou, Chideridou, 2013; Smith, 2002). Rodiče nejsou často na neočekávané požadavky svého dítěte připraveni (Kamaruddin, Mamat, 2015). Tráví velké množství času tím, že svému dítěti pomáhají připravit se na vyučování, s domácími úkoly,

někteří opakovaně řeší problémové chování dítěte anebo se naopak snaží dítěti dodat odvalu a posílit jeho sebevědomí. Podpora dítěti je záležitostí dlouhodobou, může trvat mnoho let (Padeliadou, Chideridou, 2013). Rodiče zažívají nejrůznější konflikty (Raskind, Margalit, 2016), napětí, frustraci i výčitky (Padeliadou, Chideridou, 2013). Tato forma rodičovství vyžaduje čas a trpělivost s dítětem, podporu v jeho boji s obtížemi, které SPU obnáší i překonávání předsudků v okolí (Krejčová, Strnadová, 2006).

Důležitá je celková atmosféra v rodině i výchovný styl rodičů, který se vztahuje na způsob, jakým rodiče dítě vychovávají (D'souza, 2016; Bartoňová, 2005). Pokud rodiče dávají dítěti srozumitelné instrukce, dovedou ho pochválit a jejich přístup je celkově pozitivní, pomáhá to jim samotným, protože cítí, že svou rodičovskou roli zvládají, i dítěti s SPU, které se v takovém prostředí cítí v bezpečí (D'souza, 2016).

Autorka D'souza (2016) uvádí, že podle psycholožky Baumrid můžeme rozlišovat následující čtyři typy výchovných stylů:

- autoritativní (rodiče na dítě kladou požadavky a jejich plnění je kontrolováno, dávají dítěti i jistou míru nezávislosti, ale zároveň jsou předem stanoveny dané hranice)
- autoritářský (rodiče jsou přísní, používají tvrdé tresty, dítě musí poslouchat, vyžaduje se naprostá poslušnost)
- shovívavý (rodiče o dítě projevují zájem, ale výchova je příliš tolerantní a bez kontroly)
- nezúčastněný (požadavků je jen velmi málo, rodiče se na výchově příliš nepodílí, komunikace je nedostatečná)

Ideální pro výchovu je taková výchova, kdy jsou přesně určeny hranice toho, co dítě smí a co ne, dítě ví, jaké je v jeho rodině místo, že je milováno a chráněno. Rozumí ale i tomu, že má své povinnosti a že existuje i možnost trestu. Ty ale většinou nebývají tělesné. Dítě má určitou míru volnosti, rodiče v něm pěstují vědomí příslušnosti k vlastní rodině s naplněním pocitu lásky, bezpečí a jistoty (Bartoňová, 2005).

Při výchově dětí s poruchami učení se můžeme setkat s nesprávnými až extrémními přístupy rodičů (Padeliadou, Chideridou, 2013). Děti jsou někdy nepřiměřeně ochraňovány, jejich chyby jsou tolerovány a nevyžaduje se od nich plnění běžných školních povinností a úkolů.

Výsledkem je nezralá osobnost, která není schopna reálně vnímat a hodnotit sama sebe (tamtéž) a v budoucnu může být vystavena mnohým zbytečným traumatům (Dyson, 2010). Naopak, při necitlivém srovnávání s ostatními dětmi jsou děti s SPU vystaveny permanentním stresům, pěstuje se v nich pocit vlastní neschopnosti, trvalého selhávání, upevňuje se v nich představa, že jsou neschopní, hloupí a líní (Dyson, 2010). Některé děti jsou dokonce za svou neschopnost a lenost nadměrně trestány (Alias, Dahlan, 2015).

Rodiče mnohdy přesně neví, jak se mají zachovat, jakou výchovu zvolit, co jejich dítě může a co ne. Děti s SPU mohou být na jednu stranu velmi chytré a důvtipné, ale přesto neumí číst a psát. Učitelé nebo další členové rodiny mohou dítěti i rodičům neustále připomínat, že se musí více snažit. I když dítě dělá své maximum a pracuje mnohonásobně více, než jeho spolužáci, stále se najdou takoví, kteří ho označí za lenocha. Pro rodiče je těžké odhadnout, jestli mají přinutit své dítě pracovat více nebo jestli v zájmu dítěte od svých představ a požadavků upustit (Smith, 2002). Podle autorů Yotyodying a Wild (2016) není ani tak důležité, jaké množství času rodiče obětují, aby se mohli s dítětem připravovat do školy, ale právě způsob, jakým rodiče ke svému dítěti přistupují.

Jak uvádí Bartoňová (2005), péči o děti s poruchami učení ve většině případů zastává v rodině matka. Ta často jedná s dítětem správně, protože jí v tom napomáhá intuice, ale potřebuje v tom podporu. Musí čelit nejrůznějším stížnostem na dítě ze strany okolí a to může vést k její nejistotě, jestli je její výchovný styl ten správný. Autoři Alias a Dahlan (2015) ve své práci zjistili, že matky dětí s SPU se musí vyrovnat s různými těžkostmi. Někdy jsou zklamány, že dítě nesplňuje jejich očekávání, že není jako ostatní děti, nedochází k uspokojení mateřských ambicí (tamtéž). Mají obavy o budoucnost svého dítěte (Karande, Kulkarni 2009), často jsou unavené a mohou se u nich projevovat i příznaky jako nechutenství, úbytek na váze nebo poruchy spánku (Chien, Lee, 2013, in Alias, Dahlan, 2015). Mohou pociťovat nedostatek energie k tomu, aby mohly podle svých představ udržovat domácnost, chybí jim zapálení pro práci, zažívají pocity celkové a dlouhodobé nespokojenosti (Karande, Kulkarni 2009), přepadávají je pocity smutku, méněcennosti a často mívají i snížené sebevědomí (Saeedifard et al., 2015). Někdy zažívají stavy beznaděje (tamtéž). Komplikací může být i zaměstnanost matky a s tím související celková vyčerpání (Kouřilová, 2013). Situace bývá o to horší, pokud je matka svobodná nebo rozvedená (Strnadová, 2006). Autorky Raskind a Margalit (2016) dodávají, že míra stresu matky dítěte s SPU závisí na věku matky (mladší matky situaci zvládají hůř), na jejím psychickém stavu a na míře podpory okolí. Matějček

a Vágnerová (2006) doplňují, že záleží i na konkrétním postavení matky v rodině i ve společnosti a na jejich dosavadních životních zkušenostech.

Zajímavé jsou výsledky výzkumu Klégrové (Klégrová, 1999, in Vašutová, 2008). Ta se zabývala rozdílným postojem matek a otců k dětem s SPU v souvislosti s tím, jak se rodiče s touto situací vyrovnávají. Zjistila, že otcové se s odlišností dítěte smiřují obtížněji. Je to proto, že do svého dítěte vkládají více svých tužeb a představ a mnohdy se ke svému dítěti chovají tak, jako by žádnou poruchu nemělo. To ovšem vyvolává v dítěti pocity úzkosti až zlosti. Terčem jeho hněvu se pak může stát matka, k otci pocituje větší respekt a také strach, i když to ne vždy dává najevo. Dítě nechce otce zklamat, přijímá ho jako osobu s velkou autoritou a zároveň se obává trestu z jeho strany.

Vašutová (2008) upozorňuje, že jedním z nejvíce viditelných znaků rodiny s dítětem s SPU je sourozenecká rivalita. Landieri et al. (2000) doplňují, že konflikty mezi sourozenci jsou v takových případech častým jevem, ale podotýká, že existuje i mnoho rodin, kde sourozenci spolu vycházejí dobře a přítomnost poruchy učení nemá na jejich vzájemný vztah žádný zásadní vliv. Na druhou stranu vztahy mezi sourozenci mohou být složité i bez specifických poruch učení, s nimi to může být o to těžší (Vašutová, 2008). Autoři Lahane et al. (2013) upřesňují, že pokud je v rodině dítě s poruchou učení, ale sourozenec tyto potíže nemá, může se to u rodičů projevit rozdílnými postoji i přístupy k nim. Pokud se rodiče nechovají ke svým dětem stejně, u dítěte s SPU to může narušit vztahy jak k rodičům, tak sourozenci (tamtéž). Když je v rodině sourozenec, který je v mnohém úspěšnější, rodiči je preferován a neustále dáván za příklad, je velmi pravděpodobné, že méně výkonné dítě s poruchou učení bude prožívat pocity méněcennosti (Vašutová, 2008).

Autorky Raskind a Margalit (2016) podotýkají, že i sourozenec bez poruchy se může ocitnout v nelehké situaci. Rodiče mu nevěnují tolik pozornosti, nemají na něho tolik času, někdy se cítí být ignorován. Musí se smířit s tím, že jeho sourozenec je v něčem odlišný a občas potřebuje rodiče více. Podle Boyse (2009) může dítě bez poruchy dokonce pocítovat vinu za své negativní pocity vůči svému znevýhodněnému sourozenci. Vašutová (2008) dodává, že úspěšnější sourozenec může i žárlit. I když je neustále dáván za vzor, je ze svého pohledu ohrožen menším zájmem rodičů a obává se jejich odmítnutí. Je tedy poměrně časté, že děti mezi sebou o přízeň matky i otce soupeří. Boyse (2009) zmiňuje ale i dobré stránky takového soužití sourozenců. Dítě bez poruchy učení se učí trpělivosti, empatii, ohleduplnosti, soucitu a dokáže lépe akceptovat odlišnosti.

Život rodin s dítětem s SPU je proces, který se v čase mění a ovlivňuje ho řada faktorů. Jsou to měnící se projevy poruchy, věk dítěte a jeho způsoby zvládnání poruchy, měnící se přístupy rodičů k SPU, postoje školy a též proměňující se přístup společnosti (Kouřilová, 2013).

4.2 Stresové faktory

Péče o děti se specifickými poruchami učení se může u jejich rodičů projevovat zvýšeným množstvím stresu (Pentuliuk, 2002; Schechtman, Gilat, 2005; Lahane et al., 2013; Kamaruddin, Mamat, 2015; Strnadová-Lednická, 2005; Karande, Kulkarni, 2009; Saeedifard et al., 2015; Dyson, 2003; Raskind, Margalit, 2016).

Stres zpravidla vzniká v případě, kdy jedinec vnímá rozpor mezi požadavky danými situací a vlastní schopností těmto požadavkům dostát (Kelso et al., 2005). Jedná se o vnitřní pocit napětí a nežádoucího nátlaku (Kamaruddin, Mamat, 2015). Rodiče dětí se speciálními vzdělávacími potřebami zakoušejí více obtíží spojených s výchovou dítěte, stresu spojeného s osobou dítěte i stresu spojeného s rodičovstvím, než rodiče dětí bez potíží (Kelso et al., 2005).

Dítě s SPU pro rodinu většinou neznamena takovou zátěž, jako dítě s např. mentálním nebo tělesným postižením. V rodinách s dětmi s těžkým postižením může dlouhodobý stres vést až k úplnému rozpadu rodiny. Obtíže spojené s SPU většinou nebývají hlavním důvodem takto vyhoceného řešení rodinné situace, pravděpodobně proto, že zásah do rodinného života není tak extrémní a nevyžaduje jeho zásadní proměnu. Ani péče o dítě nebývá tak náročná, jako je tomu v případě dítěte s těžkým zdravotním postižením. Nicméně i přesto je přítomnost SPU u dítěte zásahem do rodinného fungování. Zvyšuje potenciál konfrontací nejen mezi rodičovskými partnery navzájem, ale též mezi rodiči a jejich širší rodinou a samozřejmě i mezi rodiči a dítětem (Kouřilová, 2013). Dyson (2001) objasňuje, že stres rodičů dětí s SPU bývá také často spojován se zdánlivou „neviditelností“ poruchy.

Se stresem rodičů dítěte s SPU souvisí nejrůznější faktory. Přítomnost stresu je ale ovlivněna především dlouhodobými požadavky, kterým rodina s takovýmto dítětem (nebo dětmi) musí čelit. V rodině se objevují nežádoucí konfliktní situace. To může být pro všechny její členy

velmi náročné (Pentyliuk, 2002). Rodiny, ve kterých rodiče vychovávají dítě s SPU, mohou prožívat mnoho negativních emocí. Rodiče mívají pocit viny, že jejich dítě po nich poruchu zdědilo, cítí se provinile, že netráví tolik času se sourozencem dítěte s SPU, objevují se manželské neshody, převažují pocity nedostatečné vzájemné opory a v rodině může být celkově zvýšené napětí (Dyson, 2010). Rodiče se také někdy nemohou shodnout na vhodném přístupu k dítěti, na postupech pro eliminování nevhodného chování dítěte nebo na jeho umístění do běžné anebo speciální školy (Pentyliuk, 2002). Reakce rodiny bývají individuální a různorodé (Boyse, 2009).

Reakce na zátěž související s SPU dle Matějčka a Vágnerové (2006) probíhá v několika následujících fázích, v průběhu kterých dochází ke změně chápání a zvládnutí těžkostí:

- **Obtíže v učení na počátku školní docházky** (rodiče zjistí, že dítě nezvládá požadavky školy, specifika poruchy ještě neznají, objevuje se nejistota)
- **Diagnostikování SPU** (na jednu stranu přináší vysvětlení potíží, na druhou může znamenat stigma, což může být pro rodiče hůře přijatelné, někdy rodiče hledají viníka a zažívají pocity nespravedlnosti, vzteku, smutku)
- **Počátek nápravy a snahy o vytvoření přijatelných podmínek** (rodiče znají obtíže dítěte, většinou jim je poskytnuta vhodná forma podpory, jako např. hodiny nápravy, poradenské služby nebo i přeřazení do speciální třídy, ovšem zvyšují se nároky na jejich spoluúčast, s dítětem se musí učit, je nutné časté procvičování a ne vždy se jim dostane pochopení ze strany ostatních členů rodiny nebo učitelů)

4.2.1 Zdroje stresu

Zátěžové momenty rodičů dětí spojené se SPU u dítěte se prolínají do mnoha oblastí (Kouřilová, 2013; Dyson, 2010; Pentyliuk, 2002).

4.2.1.1 Spolupráce se školou

Spolupráci se školou přikládají rodiče velký význam a mnozí z nich považují spolupráci rodiny a školy za nedostačující (Earey, 2013; Strnadová-Lednická, 2005). Pokud se vyskytne situace, kdy škola z pohledu rodičů selhává a spolupráce s ní je neadekvátní, rodiče se ke škole staví negativně a přičítají jí vinu za neúspěchy dítěte (Strnadová-Lednická, 2005).

Ve škole může docházet k ponižování dítěte, např. zesměšňování dítěte učitelem před celou třídou (Strnadová-Lednická, 2005). Objevuje se také nepřipravenost některých učitelů na práci s dětmi s SPU. Tito učitelé vykazují sníženou schopnost empatie, nedostatek trpělivosti, někteří nevhodně vychvalují úspěšnější žáky jak před samotným dítětem s poruchou, tak před rodiči na třídních schůzkách (tamtéž). Někdy jsou to dokonce rodiče, kdo mají větší znalosti o dané poruše, stejně jako o možnostech podpory (Earey, 2013). Je důležité, aby každý učitel, který pracuje se žáky s touto poruchou, neustále inovoval své teoretické poznatky, protože pouze informovaný učitel dokáže pochopit aktuální obtíže dítěte s SPU a mít vůči němu zcela reálná očekávání, která se promítají do smysluplné intervence (Michalová et al., 2012; Earey, 2013). Autor Slavín (2008, in Michalová et al., 2012) dodává, že v tomto směru nekompetentní učitel někdy vykládá instrukce ke splnění práce zbytečně složitě, nejednoznačně, nepřesvědčí se, zda dítě s SPU zadání správně pochopilo a ani neposkytne důležitou zpětnou vazbu. Pedagog i rodiče pak bývají zaskočeni horším výsledkem práce dítěte a neumí si vysvětlit důvod selhání (Michalová et al., 2012). Také Earey (2013) zdůrazňuje, že učitel, který nerozumí podstatě poruch učení, nemůže potřeby dítěte správně identifikovat, ani dítě dle individuálních potřeb podporovat.

Některé rodiče znepokojuje, že učitel na jejich dítě mluví zvýšeným hlasem. Dítě pak nechce číst nahlas před celou třídou, čtení se vyhýbá, aby na něho učitel přede všemi nekřičel. Rodiče si také stěžují na častou podrážděnost učitelů, obviňování dítěte, že je líné, na ignorování dítěte, dokonce i na používání tělesných trestů, jako je např. bití přes prsty, čímž učitel dává dítěti najevo, že je líné hezky psát a trestá ho za to. Učitelé také mohou rodiče vystresovat nevhodnými komentáři, jako např. že z dítěte nic nebude nebo že v budoucnu bude moci vykonávat jen velmi jednoduchou práci (Alias, Dahlan, 2015).

Stresující může být i nedostatek pravidelné a smysluplné komunikace se školou (Dyson, 2010). Rodiče dětí s SPU komunikují s učiteli častěji než ostatní rodiče, ovšem v některých případech na komunikaci dojde až v situaci, která je již vyhrocená, kdy učitel potřebuje neprodleně řešit aktuální potíže. Tyto nenadálé interakce rodinu stresují. Komunikace se školou je pro rodiče důležitá a z jejich pohledu by měla být pravidelná a systematická. Doporučuje se používání zápisníku, skrze který může učitel dítěte psát rodičům vzkazy, pravidelné konzultační schůzky i předem smlouvené telefonní konzultace, např. jednou týdně nebo měsíčně. Systematická komunikace formální i neformální cestou zvyšuje důvěru rodičů,

rodiče jsou průběžně informováni o situaci a nemusí se obávat, že budou kontaktováni pouze v případě, kdy se objeví problém. Takto nastavená spolupráce rodičovský stres snižuje (Pentyliuk, 2002).

Někdy je pro rodiče vyčerpávající, když jsou nuceni informovat o přítomnosti SPU u svého dítěte každého učitele, který žáka učí a když se navíc tato situace musí opakovat na začátku každého školního roku (Rose, 2009, in Earey, 2013). Dalším stresorem pro rodinu dítěte s SPU může být u žáka druhého stupně plánovaná příprava na přijímací zkoušky na střední školu. Ne vždy jsou rodiče s přípravou poskytovanou školou spokojeni (Strnadová-Lednická, 2005; Tétreault et al. 2013). Rodiče také mnohdy na škole postrádají přítomnost školního psychologa, logopeda nebo speciálního pedagoga (Tétreault et al. 2013). Deshler (2014) v souvislosti se školou zmiňuje i zvýšenou pravděpodobnost výskytu šikany.

4.2.1.2 Spolupráce s dalšími odborníky

Dítě s SPU i jeho rodiče v České republice nejčastěji spolupracují především s pracovníky poradenských zařízení, psychology nebo praktickým lékařem. Častým jevem, který rodiče může stresovat, je nedostatečná schopnost odborníků informovat rodiče kvalitním a pro ně srozumitelným způsobem, ať už o příčinách poruchy, symptomech nebo možnostech nápravy. Pro rodiče může být obtížné porozumět odborné terminologii. Takový přístup u rodičů zvyšuje pocity zodpovědnosti, mohou mít obavy, že o poruše téměř nic neví a navíc se mohou cítit provinile (Strnadová-Lednická, 2005). Kouřilová (2013) jako potenciální problém zmiňuje i střídání pracovníků, k nimž dítě dochází.

Autoři Tétreault et al. (2013) zjistili, že rodiče Kanadské provincie Quebec, kteří využívají kombinaci zdravotních a sociálních služeb pro péči o dítě s SPU, postrádají dostatečnou podporu již při samotném vyhledávání těchto podpůrných služeb. Rodiče by uvítali větší množství informací, které by jim osoby k tomu způsobilé podali již při procesu diagnostiky a následně i po stanovení diagnózy. Je pro ně zátěží, když nemají přehled o nabídce a možnostech poskytovaných služeb, ani konkrétní kontakty na ně. Informace, kam mají rodiče s dítětem jít a jakou formou mohou dítěti pomoci, rodiče obdrží obvykle až po několika měsíčním čekání když na ně přijde řada v pořadníku. Někteří nabyli pocitu, že o své místo v oblasti služeb musí doslova bojovat, že pokud si služby nezařídí sami, nikdo jim nepodá pomocnou ruku. Rodiče si stěžují, že celý systém podpory je příliš komplexní a svým způsobem jsou po dlouhou dobu od jakékoli pomoci izolováni, protože si vše musí zařídit

úplně sami, což je proces poměrně zdlouhavý. Ne vždy jsou také seznámeni s propojeností a návazností zdravotnických a sociálních služeb. Musí se sami zorientovat v tom, jak tyto dva resorty vzájemně spolupracují a někdy jsou dokonce zodpovědní za předání aktuálních informací jednoho sektoru druhému. Mnozí rodiče taktéž nemají představu o tom, jak v praxi s těmito resorty spolupracuje samotná škola, protože je o tom nikdo neinformoval. Rodiče se setkali i s takovou situací, kdy vzájemná spolupráce všech zainteresovaných osob vůbec neexistovala, názory odborníků odlišných resortů nebyly jednotné, jedni přesouvali zodpovědnost na druhé a rodiče byli v konečném důsledku pochopitelně téměř bezradní.

Deshler (2014) a McBryer et al. (2013) zmiňují, že někteří rodiče raději vyhledávají pomoc přes internet. Podle McBryer et al. (2013) je to z toho důvodu, že tito rodiče dítěte s SPU nemají s poskytovatelem služeb dobré zkušenosti či vytvořeny dobré vztahy, nebo se z jejich strany cítí zastrašování, anebo se domnívají, že odborníci k nim nemají dostatečný respekt.

Jedná se o vnější faktory, které rodiče nemohou nijakým způsobem ovlivnit, není v jejich silách změnit předem nastavený systém (Brock, Shute, 2001; Strnadová, 2006). Pentyliuk (2002) zdůrazňuje, že je nezbytné, aby byla podpora rodičům poskytnuta co nejdříve. Doporučuje psychickou podporu, poskytnutí všech relevantních informací, užívání terminologie, které rodiče porozumí, vyzdvihování nejen slabých ale i silných stránek dítěte a postupování ohleduplným způsobem, aby rodiče dítěte nebyli vším nadměrně zahlceni, potažmo stresováni.

4.2.1.3 SPU jako postižení samo o sobě

Mezi nejčastější stresové faktory patří skutečnost prožívání rodičovství dítěti s SPU, samotné projevy poruchy učení a propast mezi normální hodnotou IQ a školním prospěchem (Strnadová-Lednická, 2005). Stává se, že z počátku rodiče někdy záměrně příznaky poruchy přehlížejí, nevěnují jim velkou pozornost, doufají, že projevy selhávání ve škole pominou. Nechtějí si připustit, že by jejich dítě bylo jiné než ostatní. Protože vnímají, že jejich dítě je inteligentní, porucha učení jim u svého dítěte přijde nepravděpodobná (Alias, Dahlan, 2015). Většinou to bývá otec, kdo přítomnost poruchy zpochybňuje. To je dáno především tím, že tráví s dítětem a jeho přípravou do školy méně času a není frustracím a neúspěchům dítěte vystavován každodenně (Child Development, on-line).

Rodiče dětí s SPU se někdy těžko smiřují s projevy poruchy i jejich odrazem na školní výkony dítěte. Z jejich pohledu bývá velkým problémem nedostatek času a trpělivosti (Strnadová-Lednická, 2005; Alias, Dahlan, 2015; Brock, Shute, 2001). Musí trávit více času domácí přípravou dítěte, která je neúměrně dlouhá, navíc množství času a vynaložené úsilí následně školním výsledkům neodpovídají (Strnadová-Lednická, 2015). Především pro matky bývá obtížné najít si dostatek času. V týdnu jim zbývá jen velmi málo prostoru a některé nemají jinou možnost, než se s dítětem učit o víkendu. Situace je o to obtížnější, pokud má rodina více dětí. Nejen že i tito sourozenci vyžadují čas svých rodičů, ale mnohdy odvádí pozornost rodiče, který se s dítětem s SPU učí do školy a příprava se takto stává méně efektivní (Alias, Dahlan, 2015). Pro mnohé rodiče je únavné a psychicky náročné učit se spolu s dítětem, které neudrží pozornost, od práce odbíhá, má sníženou schopnost soustředit se a brzy zapomíná to, co už jednou dobře umělo (Strnadová-Lednická, 2005). Dalším zdrojem frustrace je fakt, že rodiče jsou již příliš dlouho ze školy na to, aby si pamatovali učivo, které se jejich dítě učí. Neschopnost dítěti poradit pro ně bývá skličující. Umocňuje se v nich pocit, že jejich dítě má určitou poruchu, trpí a oni mu nejsou schopni pomoci. Pro některé rodiče bývá také těžké vcítit se do obtíží svého dítěte, i když mají o poruše dostatek informací. Taktéž určité projevy dítěte mohou být pro rodiče nepochopitelné, může být pro ně těžké uvěřit, že jejich dítě nic nepředstírá, že se nesnaží vyhnout se učení (tamtéž). Rodiče mnohdy sledují, jak jejich dítě úkol předčasně vzdá, vzteká se nebo naopak začne dávat najevo, že se nudí. Trpělivost rodičů je nezbytná, ale také velmi vyčerpávající (Alias, Dahlan, 2015).

4.2.1.4 Pocity viny

Pocit viny je poměrně častým jevem (Padeliadou, Chideridou, 2013; Strnadová-Lednická, 2005; Alias, Dahlan, 2015; Kamaruddin, Mamat, 2015; Saeedifard et al., 2015). Objevuje se v souvislosti s utkvělou představou, že dítě poruchu zdědilo, že právě rodič může za postižení svého dítěte (Strnadová-Lednická, 2005; Alias, Dahlan, 2015) a v případě, že má rodič potvrzeno, že dítě zdědilo poruchu po něm, nabývá pocit viny mnohdy neúnosných rozměrů (Strnadová-Lednická, 2005). Autoři Alias a Dahlan (2015) ve své práci zjistili, že mnoho rodičů se obviňuje, protože jsou svědky útrap svého dítěte, vidí, jak to má v porovnání se svými vrstevníky těžké. Také je pro ně nelehké posílat dítě na nejrůznější doučování, např. do dyslektického centra, když je znatelné, že je dítě unavené nebo dokonce úplně vyčerpané (tamtéž).

Další příčinou pocitů viny je zpoždění v odhalení poruchy dítěte. Někteří rodiče si vyčítají, že dítě poslali na odborné vyšetření příliš pozdě a litují, že dítěti nebyla poskytnuta relevantní pomoc mnohem dříve (tamtéž). Autorka Strnadová-Lednická (2005) doplňuje, že rodiče si poměrně často vyčítají, že svému dítěti před stanovením diagnózy křivdili, když ho považovali za lenocha a také se cítí provinile, že mu nadávali za špatný prospěch.

4.2.1.5 Reakce okolí

Reakce okolí a výskyt předsudků patří k velmi často zmiňovaným faktorům ovlivňujícím vyrovnávání se rodičů s poruchou učení u svého dítěte. Jedná se okolí nejbližší (manžel, manželka), blízké (prarodiče a další příbuzní), vzdálenější (kolegové ze zaměstnání) i vzdálené okolí (např. prezentace v masmédiích). Lidé většinou hledají ve svém okolí oporu. Možnost podělit se o své problémy a obavy může mít povzbuzující účinky. Je-li ale reakce okolí negativní, může dojít ke zhoršení již tak dost náročné situace. Rodič nese velmi těžce negativní reakci svého partnera, např. pokud si partner myslí, že dítě je prostě hloupé. Neméně stresující jsou předsudky od prarodičů a dalších příbuzných, kteří poměrně často považují specifickou poruchu učení za mentální postižení. Někteří rodiče se dokonce rozhodnou prarodiče o přítomnosti SPU u dítěte neinformovat, protože jsou přesvědčeni, že by to nepochopili. Rodiče dále stresuje, pokud prarodiče dítě nadměrně litují. Tyto reakce považují za únavné, někdy až neúnosné. Jsou si vědomi toho, že tento přístup může negativně ovlivnit sebevědomí dítěte. Také je pro ně obtížné, pokud jim okolí vyčítá, že jejich výchovný styl je špatný a dítě má potíže především v důsledku jejich výchovy (Strnadová-Lednická, 2005).

Deshler (2014) zmiňuje, že i když jsou SPU přítomny u miliónů lidí, je stále běžným jevem, že v populaci kolují neúplné nebo nesprávné informace, ať už se týkají příčin poruch nebo jejich důsledků. Nedostatečné pochopení podstaty SPU znamená riziko stigmatizace pro takto postižené jedince, snížené očekávání druhých (podceňování) a promeškané příležitosti ve škole, na pracovišti i ve společnosti (tamtéž).

Deshler (2014) popisuje zajímavý výzkum z roku 2012, který provedlo Národní centrum pro poruchy učení (National Centre for Learning Disabilities). Cílem bylo zjistit povědomí veřejnosti o této problematice. Zúčastnilo se ho 1980 respondentů a proběhl formou dotazníku on-line. Účastníky byli muži i ženy. Co se týče příčin vzniku SPU, z výsledků vyplývá, že 22 % respondentů je toho názoru, že SPU mohou vznikat v důsledku nadměrného sledování televize, 31% věří, že příčinou je nesprávná strava a 24 % se přiklání k názoru,

že vznik SPU je ovlivněn očkovaním. Více než 1/3 uvádí za příčinu neadekvátní anebo pozdní intervenci ze strany rodiny či školy. 43 % respondentů považuje SPU za mentální postižení. Z výzkumu dále vyplývá, že až 55 % respondentů je přesvědčeno, že některé poruchy učení může pozitivně ovlivnit nosení brýlí nebo kontaktních čoček. 1/3 respondentů je toho názoru, že zaměstnavatel má právo vědět, jestli je u jedince SPU přítomna, i když je toto tvrzení mylné.

4.2.1.6 Ekonomická situace rodiny

Ekonomická situace rodiny jakožto zdroj stresu se vykytuje především v souvislosti s nutností zaopatřit dítěti soukromé hodiny doučování. Někteří rodiče přihlásí dítě i do zájmového kroužku (např. hudebního), aby se dítě dokázalo učit efektivněji. Tímto se navýší výdaje rodiny nejen za poplatky za nejrůznější kurzy, ale i za cestovní výdaje s tímto spojené. Dále rodiče mnohdy přikupují doplňující materiály pro nápravu, jako např. obrázkové kartičky nebo tabuli pro domácí procvičování (Alias, Dahlan, 2015). Autorka Strnadová-Lednická (2005) uvádí, že situace je obtížná pro sociálně slabší rodiny. Matky samoživitelky nebo rodiny, kde jsou jeden či oba partneři nezaměstnaní, nemají dostatek finančních prostředků své dítě podpořit. Kamaruddin a Mamat (2015) doplňují, že navýšené výdaje mohou pro rodinu dítěte s SPU znamenat jednak finanční břímě, ale také vyvolat pocity úzkosti až stresu.

4.3 Resilienční faktory a strategie vyrovnávání se stresem

Ačkoliv stres může být závažným problémem, nemusí vždy vést k vyhocení situace nebo dysfunkci rodiny. Klíčovou roli tu hraje resilience rodiny jakožto systému i jednotlivých členů rodiny (Strnadová, 2007).

Podle amerického psychologa Cowana (1996, in Strnadová, Květoňová, 2010, s. 15) představuje resilience myšlenku, podle které „*někteří jednotlivci či rodiny mají fyziologickou sílu, psychologickou pohotovost a mezilidské schopnosti, které jim umožňují úspěšně reagovat na závažnější výzvy a touto zkušeností růst.*“ Garnezy a Masten (1991, in Hardardóttir et al., 2015) popisují resilienci jako proces nebo schopnost zvládnání nepříjemných životních podmínek a adaptaci na ně. Podobně autorka Sobotková (2004, in Strnadová, 2006) uvádí, že pojem resilience se vztahuje na různé koupingové strategie a proces adaptace. Resilience je proměnlivou charakteristikou (Saeedifard et al., 2015; Strnadová, Květoňová, 2010;

Sobotková, 2004, in Strnadová, 2006), na jejíž vývoj působí jak protektivní, tak rizikové faktory (Strnadová, Květoňová, 2010). Resilience není pouze pouhým přežitím událostí, ale překonáním (Strnadová, 2006). Podle autorského kolektivu Saeedifard et al. (2015) se resilience nevztahuje jen na schopnost vypořádat se s obtížnou situací jakýmkoli pasivním způsobem, naopak, znamená to přistupovat k životním podmínkám aktivně a konstruktivně. Resilienci jedince zvyšuje pozitivní přístup k situaci, zaměření pozornosti na sebe, namísto problému, dále kognitivní schopnosti, jako je především schopnost uvědomit si situaci jako takovou, dokázat ji adekvátně zhodnotit. To následně vede k lepšímu zvládnutí vlastních emocí i vytváření koupingových strategií (tamtéž).

Mezi rizikové faktory působící na rodinu jako celek patří skutečnost přítomnosti člena rodiny s určitým znevýhodněním. Postupem času a působením mnoha různých faktorů se v takovéto rodině vytváří určité paradigma rodinného života. Na to, jakou kvalitu bude toto paradigma mít, má zásadní vliv právě resilience rodiny a jejich jednotlivých členů (Strnadová, Květoňová, 2010). Autorka Strnadová (2006) uvádí, že termín rodinná resilience se podle Sobotkové (2004, in Strnadová, 2006) vztahuje k ovládacím strategiím a adaptačním procesům v rodině. Míra resilience rodiny je ovlivňována mnoha faktory, především závažností stresoru, zranitelností rodiny, typem rodinného fungování, způsobem hodnocení stresové situace rodinou, strategiemi řešení a zvládání zátěže, osobností obou rodičů a zdroji odolnosti rodiny. Tyto zdroje jsou vnitřní a vnější. Zdroje vnější jsou např. socioekonomická stabilita rodiny či sociální podpůrná síť. Vnitřní zdroje rozděluje Sobotková (2004, in Strnadová, 2006) na *rodinné* (soudržnost, flexibilita rodiny, sdílená duchovní orientace apod.) a *osobní* (inteligence, znalosti, sebedůvěra, apod.). Z hlediska pedagogické intervence mají největší potenciál strategie zvládání zátěže směřované na vnější zdroj stresu (Strnadová, Květoňová, 2010).

Boss (2002) zmiňuje následující faktory ovlivňující resilinci v rodinách:

- Typy reakcí
- Styly rozhodování
- Kognitivní styly (např. způsob vnímání, myšlení, optimistické či pesimistické ladění)
- Sociální dovednosti (začleňování do společnosti či sklony k izolaci)
- Schopnosti řešení problémů (např. vyhledávání pomoci jiných nebo samostatné řešení)

Autorka Strnadová-Lednická (2006) řadí mezi základní resilientní činitele rodiny dítěte s SPU:

- Rodinnou dynamiku
- Kulturní hodnoty vyznávané rodinou
- Životní situace rodiny jako celku
- Životní situace jednotlivých rodinných příslušníků
- Povahové vlastnosti rodinných členů

To, jakým způsobem rodina zvládá zátěž spojenou s výchovou dítěte s SPU je velmi individuální (Boss, 2002). Lazarus a Folkman (1984, in Kelso et al., 2005) popisují zvládání zátěže jako proces zvládání požadavků, které jsou vyhodnoceny jako namáhavé, nebo přesahují možnosti jedince. Stejní autoři rozlišují strategie zvládání zátěže na ty, které jsou zaměřené na řešení konkrétních problémů, a ty, které jsou zaměřené více na jejich emocionální zvládání.

Strategie vyrovnávání se stresem hrají velmi důležitou roli v tom, jakým způsobem je rodina schopna obtížnou situaci zpracovat. Některé rodiny takováto zkušenost dokonce posune dál (Strnadová-Lednická, 2006). D'souza (2016) uvádí, že i když to může trvat určitou dobu, rodiče i dítě mohou dospět k závěru, že být jiný neznamena být horší a že to dokonce může mít i určitá pozitiva. Podle Padelidou a Chideridou (2013) může výchova dítěte s SPU život rodiny v konečném důsledku obohatit, protože se postupně učí odolnosti, pochopení a soucitu.

Účinné strategie zvládání stresu jsou podle Matějčka a Vágnerové (2006):

- **Zeměření se na eliminování stresorů**

V tomto případě může rodina zvážit zařazení dítěte do specializované třídy pro žáky s SPU, přeřazení dítěte do jiné školy nebo mohou např. požádat o změnu učitele. Podstatou je co nejvíce omezit pravděpodobnost nebo četnost výkytu problémů.

- **Zaměření se na získání pomoci nebo opory**

Rodiče mohou požádat o pomoc jinou osobu, např. dalšího člena rodiny, anebo nalézt vhodnou instituci, která by jim mohla s péčí o dítě pomoci. Důležité je, aby se rodiče

nezdráhali o podporu požádat. Také je nezbytné aktivní navázání kontaktu s jinými osobami.

- **Zaměření se na pochopení podstaty problému a přijatelný způsob jeho interpretace**

To, jak se rodiče k problému staví je ovlivněno vícero faktory. Záleží na celkovém postoji k životu, na jejich temperamentu, na tom, jestli mohou problém vnímat spíše jako výzvu, jako něco, co mohou překonat a co je může i obohatit. Závisí i na tom, jestli se rodiče ze situace viní nebo zda přisuzují potíže faktorům vnějším, což je bezpochyby pro jejich psychický stav příhodnější. Důležité je, aby rodiče v souvislosti s nastalou situací dále rozvíjeli své kompetence, aby nezaujali postoj pasivní rezignace a nepocíťovali bezmoc, ale aby si naopak dokázali udržet pozitivní sebehodnocení i pozitivní přístup ke svému dítěti. Dítěti by se měl problém přiměřeně jeho věku vysvětlit.

- **Zaměření se na zvládání negativních pocitů**

Rodina jako celek by se měla zaměřit na volnočasové aktivity, ať už rodičů nebo dětí, aby přítomnost poruchy rodinný život zcela nepohltila. Vzhledem k nedostatku času to může být obtížné, ale příjemné prožitky jsou pro všechny členy důležité. Je vhodné, pokud si dítě svou slabou stránku kompenzuje v oblastech, které mu umožňují zažít pozitivní zkušenosti a vnímat radostné pocity, jako např. při sportu nebo třeba při hře na hudební nástroj. Radostně prožité chvíle pomáhají rodině vyrovnat se s jejich nelehkou situací.

To, co může být některými rodiči považováno za zdroj stresu, může být jinou rodinou vnímáno jako resilientní činitel. Dříve popsaná spolupráce se školou a spolupráce s odborníky mohou působit jako stresor, ale také jako pozitivní přínos, a to jak pro rodiče, tak pro dítě. Pokud dítě navštěvuje školu, ve které se mu věnuje ohleduplný učitel, jeho způsob práce je žádoucí a je celkově dítětem oblíbený, rodičům i dítěti to přináší pocit spokojenosti. Podobně i dobré vzájemné vztahy a spolupráce s odborníky může působit podpůrně, zejména pokud pracovníci projeví osobní zájem, přátelský či pozitivní přístup a volí efektivní metody práce (Strnadová-Lednická, 2006).

Tatáž autorka uvádí strategie rodičů, které se při práci s jejich dítětem osvědčily:

- **Pravidelnost v práci s dítětem**

Pravidelností je myšlena každodenní příprava na školu, pokud možno i ve stejnou dobu. Zdánlivě ztracený čas rodičů se v konečném důsledku brzy vrátí.

- **Práce s dítětem přitažlivou formou**

Protože dítě s SPU musí číst více a častěji než ostatní děti, je vhodné vybrat knihu, kterou si dítě samo zvolí, která ho bude bavit. Dítě se pak na čtení může i těšit.

- **Rozvíjení sebevědomí dítěte**

Positivní přístup, pochvala, trpělivost i soucitnost napomáhají dítěti, aby se vnímal jako rovnocenný. Vzniká tak nižší riziko sníženého sebevědomí dítěte.

- **Podpora učebního stylu**

Důležitá je vnímavost ke stylu učení, který dítěti vyhovuje. Může se jednat o předčítání, kdy rodič dítěti předčítá např. báseň anebo slovní zásobu či text do hodin cizího jazyka. Cílem je dítěti učení zjednodušit.

Z jiného úhlu pohledu, autoři Hsiao a Higgins (2014) upřesňují, že to, jak se rodiče vypořádávají s obtížemi jejich dítěte, potažmo jejich rodinnou situací, by nemělo záviset jen na jejich vůli, schopnostech a osvědčených strategiích. V ideálním případě instituce, které s rodiči a dítětem spolupracují (především škola), by měly zvážit a aplikovat své vlastní strategie, aby se stres rodičů hned z prvopočátku co nejvíce zredukoval. Vymezuji následujících pět základních oblastí podpory:

- **Podpora rodičů již během diagnostiky a počátečního plánování**

Důležité je rodičům vysvětlit celkový proces, postupy a možnosti. Zvýší se tak pravděpodobnost, že rodiče se v situaci lépe zorientují a pochopí možnosti i limity dítěte.

- **Poskytnutí podpory skrze práci ve skupinách (counseling groups)**

Counseling groups mohou poskytnout sociální i emocionální podporu. Rodičům je předkládáno, že nejsou v této situaci sami, lépe si uvědomí, že mají kde požádat o radu nebo o pomoc. Osvědčené jsou návštěvy a rozhovory rodičů s nově diagnostikovanou poruchou dítěte s již zkušenějšími rodiči, kteří si celým procesem v minulosti prošli a mají bohaté zkušenosti, o které se mohou podělit. Z počátku by se k aktivitám ve skupince měl připojit i učitel, aby byl rodičům k dispozici a aby skupinku vedl a podpořil. Vhodné jsou diskuse, debaty, rozebírání rodinných dilemat a problémů, kterým rodiče musí čelit. Tyto aktivity pomáhají rodičům otevřeně promluvit o svých pocitech, především těch negativních, ať už k samotnému dítěti, tak rodině nebo ke škole, a to v bezpečném prostředí a s vědomím, že ostatní rodiče pravděpodobně zažívají totéž. Toto sdílení jim také pomáhá vytvořit si důvěrnější vztah k ostatním. Rodiče si lépe uvědomí faktory, které stres a konflikty způsobují. Cílem práce ve skupině je především poskytnutí místa, kde rodiče naleznou pochopení a kde mohou stres i stresory spojené s přítomností SPU u svého dítěte s jinými členy skupinky vzájemně prodiskutovat.

- **Pomoc rodičům identifikovat sociální a emocionální potřeby dítěte**

Kromě potíží v akademické oblasti by se učitelé i další odborníci měli zaměřit i na potíže dítěte v chování a sociální oblasti. Na základě svých pozorování by měli rodičům poskytnout doporučení, jak mohou ke svému dítěti přistupovat.

- **Vytvoření efektivního systému komunikace**

Formy komunikace mezi všemi zúčastněnými by měly být předem promyšleny a naplánovány.

- **Využívání místních zdrojů podpory**

Pokud je to možné, je vhodné rodině poskytnout podporu a informace dostupné v nejbližším okolí. Mohou to být již zmíněné skupinky, různé organizace, dokonce i aktivity zaměřené na sourozence dětí s SPU. V případě, že komunita tyto vymoženosti nemá, škola může rodičům poskytnout relevantní webové adresy, které se na tuto problematiku zaměřují.

I když existuje řada faktorů, které ke stresu a frustraci rodičů přispívají, škola, učitelé i jiní odborníci mohou pomoci tyto faktory identifikovat a rodiče dětí s SPU v jejich nelehké situaci podpořit (tamtéž).

5. ZÁVĚR

Specifické poruchy učení jsou heterogenní skupinou obtíží ve školním prostředí, které neodpovídají rozumovým schopnostem, ani věku dítěte (Snowling, 2005; Hall, 2008; Deshler, 2014). Do této skupiny spadají výukové obtíže, které vznikají jako důsledek dílčích dysfunkcí potřebných pro osvojení různorodých školních dovedností, jako je především čtení, psaní, počítání a zvládnání pravopisu (Michalová et al., 2012). V posledních letech došlo ke změně pohledu na specifické poruchy učení. Odborné kruhy si začaly uvědomovat, že nestačí věnovat pozornost pouze neuroanatomickým příčinám SPU a zkoumat jen nervovou soustavu a její jednotlivé části, ale že je nezbytné zaměřit se i na překážky, na které ve společnosti jedinci se specifickými poruchami učení narážejí (Krejčová, Strnadová, 2006). Důsledky SPU mohou být patrné i ve vztazích k ostatním lidem, mohou se odrážet v chování dítěte i v prožívání jeho subjektivní reality. Tyto poruchy ovlivňují nejen život jeho nositele, ale ve velké míře i jeho okolní svět, především jeho nejbližší rodinu. I rodiče dítěte s SPU prožívají nejrůznější úskalí, kterým musí čelit a výchova jejich dítěte pro ně může být zdrojem frustrací a stresu (Foltová, Portešová, Kukla, 2013).

Cílem práce bylo předložit informace o dosud publikovaných aktuálních poznatcích o vlivu symptomů specifických poruch učení na školní výkonnost, chování, emoční prožívání a sociální potíže u dětí a adolescentů a předložit informace o dosud publikovaných aktuálních poznatcích o stresových a resilienčních faktorech jejich rodičů.

Pro zpracování práce byly stanoveny 3 konkrétní cíle, jejichž naplnění je obsahem textu uvedeného níže. Všechny tři cíle diplomové práce byly splněny.

Cíl 1: Předložit aktuální relevantní dohledatelné poznatky o specifických poruchách učení a jejich symptomech.

Specifické poruchy učení jsou poruchy způsobující problémy v rámci vzdělávacího procesu (Snowling, 2005; Hall, 2008; Deshler, 2014), jsou neurologického původu (British Dyslexia Association, 2017, on-line) mají různou závažnost (Deshler, 2014; Snowling, 2005; Reid, 2011) a bývají nejčastěji odhaleny na počátku školní docházky (Snowling, 2005). I když se projevují především potížemi při čtení, psaní a počítání (Hall, 2008; Deshler, 2014; Jucovičová, 2014), mohou zasahovat i celou osobnost (Hall, 2008). Často bývají přidruženy

sekundární důsledky, které se projevují v oblasti chování nebo emočního prožívání (Hall, 2008; Deshler, 2014; Vágnerová, 2006 in Foltová, Portešová, Kukla, 2012). Děti s SPU jsou okolím často vnímány jako líné nebo neschopné (Alsobhi, 2014; Schulte-Corne, 2010; Vágnerová, 2006 in Foltová, Portešová, Kukla, 2012) a někteří laici jsou dokonce přesvědčeni, že dítě s SPU má sníženou inteligenci (Tužilová, 2013). Jucovičová (2014) zdůrazňuje, že některé děti s SPU mají naopak inteligenci nadprůměrnou. SPU nejsou způsobeny postižením zraku, sluchu, motoriky, mentální retardací, psychickou poruchou nebo vlivy prostředí (Tužilová, 2013; Deshler, 2014) a mají trvalý charakter (Deshler, 2014). V případě nedostatečné reedukace přetrvávají do dospělého věku (Law et al., 2009) a mohou být důvodem nižšího vzdělání i postavení v zaměstnání (tamtéž).

Prevalence výskytu těchto poruch je autory udávána různě. Autoři Deshler (2014), Pierangelo, Giuliani (2006) a Schulte-Corne (2010) uvádějí nejvyšší četnost, a sice 5 % dětí a žáků oficiálně diagnostikovaných v USA. Navíc upozorňují, že pravděpodobně existuje dalších 15 %, u kterých diagnostika nebyla provedena. Ve Velké Británii se uvádí prevalence nižší. Autorka Jeyachea (2015) zmiňuje výskyt okolo 2 %. Čeští autoři uvádějí výskyt SPU od 3.6 % (Kejřová, Krejčová, 2015) po 5 % (Zelinková, 2003). Většina studií potvrdila, že výskyt SPU je častější u chlapců (Snowling, 2005; Deshler, 2014; Zelinková, 2003; Schulte-Corne, 2010), což je pravděpodobně dáno biologicky (Snowling, 2005) a souvisí s činností obou hemisfér (Matějček, in Lechta 2003). Autoři Hall (2008), Hallahan, Kauffman (2003, in Pierangelo, Giuliani, 2006) a Riddick (2009) ovšem upozorňují, že toto tvrzení není zcela prokazatelné. Přiklání se k názoru, že vyšší výskyt SPU u chlapců je zapříčiněn jejich častějším vyšetřením z důvodu nevhodného či hyperaktivního chování.

Terminologie SPU je nejednotná (Pokorná, 2010; MacKay, 2009) a může způsobovat nedorozumění (MacKay, 2009). Zatímco ve Velké Británii (VB) se pro SPU užívá výrazu learning difficulties, v USA se pro tytéž poruchy užívá termín learning disabilities, což je ale ve VB považováno za poruchy učení s přítomností sníženého IQ. Podle MacKaye (2009) jsou důvody k různorodé terminologii postupně nastolené změny, jako např. odklon od medicínského pojetí, nálepkování, škatulkování, psychometrie a změny v otázkách lidských práv. Autoři MacKay (2009), Jucovičová (2014) a Moreau (2014) zmínili i užívání různých termínů rozdílnými skupinami odborníků, kteří se SPU zabývají. Také v české literatuře najdeme různá označení, jako poruchy učení, specifické poruchy učení, specifické vývojové poruchy školních dovedností a jiné (Zelinková, 2003; MKF, 2014; Smečková,

2013), v čemž ale autorka Pokorná (2010) spatřuje i určitou výhodu, protože daný problém inspiruje k vytváření otevřených systémů.

SPU dělíme dle oblasti deficitu na několik typů (Pejšochová, 2010). Mezi základní typy patří u nás i v zahraničí dyslexie, dysgrafie a dyskalkulie (Deshler, 2014; Bartoňová, 2007), někteří autoři ze zahraničí k základním typům přiřazují i dyspraxii (Hall, 2008; Snowling, 2010; The Learning Disability Association, on-line; British Dyslexia Association, on-line), která je ale u nás vyčleňována zvlášť (Smečková, 2013). V České republice také rozlišujeme na rozdíl od zahraničí specifické poruchy psaní od pravopisu (Vitásková, 2006) a k typům SPU řadíme i dyspinxii a dysmúzii (Bartoňová, 2007), což jsou typy poměrně vzácné (Vitásková, 2006, in Smečková, 2013). Do SPU spadají i neverbální poruchy učení (Trojanová, 2012; Pejšochová, 2010; Hall, 2008; Deshler, 2014; Mammarella, Cornoldi, 2014; Semrud-Clikeman, Glass, 2008; Darrow, 2016) a někteří zahraniční autoři k SPU řadí i oslabení sluchové a zrakové percepce (Deshler, 2014; Hall, 2008; The Learning Disability Association, on-line).

Nejčastější poruchou učení je **dyslexie** (Foltová, Portešová, Kukla, 2012; Tužilová, 2013; Deshler, 2014; Hall, 2008). Jedná se o specifickou poruchu čtení (Pejšochová, 2010; Foltová, Portešová, Kukla, 2012; Tužilová, 2013; Deshler, 2014; Hall, 2008; Nandakumar, 2008), která se nejčastěji manifestuje v dětství (Norquist, 2017) a její projevy úzce souvisí s jazykem, kterému se dítě učí (Riddick, 2009). Nejčastěji uváděné procentuální zastoupení se pohybuje v rozmezí od 4 – 7 % (Hall, 2008), autor Eissa (2010, in Foltová, Portešová, Kukla) uvádí hodnoty o něco vyšší (5 – 17 %). Nejnižší prevalence je uváděna v Japonsku (1 %), nejvyšší pak v jihoamerických studiích (až 30 %). V České republice se v nejnovějších studiích odhaduje počet 5 – 10 % jedinců v běžné populaci (Kejřová, Krejčová, 2015). Mezi projevy dyslexie patří obtíže se čtením, psaním, hláskováním (Reid, 2011), problémy v oblasti rozeznávání fonémů, vizuální deficit, potíže s písemným vyjádřením myšlenek (Jucovičová, 2014), problémy s porozuměním textu (International Dyslexia Association, 2002, in Krejčová, Stehlík, Bodnárová, 2016), obtíže s intonací a melodií věty, horší orientace v textu (Jucovičová, 2014) a podle autora Norquista i opoždění ve vývoji (i vývoje řeči), pomalejší tempo učení, nedostatečná koordinace, potíže v pravolevé orientaci, inverzní změny, oslabení pozornosti, obtíže při vyjadřování i zvýšení přítomnosti autoimunních onemocnění. V českém jazyce symptomy dyslexie navíc zahrnují vynechávání diakritických znamének a obtíže v měkčení (Michalová, 2001).

Dysgrafie je specifická porucha psaní (Jucovičová, 2014; Deshler, 2014; Crouch, Jakubecy, 2007; Pejčochová, 2010; Snowling, 2005), která postihuje grafickou stránku písemného projevu, její čitelnost a úpravu (Trojanová, 2012). Autoři Volman, Schendel a Jongmans (2006) uvádějí prevalenci v rozmezí 5 – 27 %, Rosenblum et al. (2004) uvádějí prevalenci vyšší, a sice 10 – 30 %. Dominujícím příznakem je nečitelné písmo (Adi-Japha et al. 2007) a snížená kvalita písemného projevu (Jucovičová, 2014). Autoři Adi-Japha et al. (2007) uvádějí, že písmena nemají správný tvar, chybí se ve spellingu, objevuje se snížená schopnost vyjádřit své myšlenky a zapomínání tvaru písmen. Dítě má problém vybavit si podobu písmene nebo aritmetického symbolu (Crouch, Jakubecy, 2007). Podle Trojanové (2012) je typická neschopnost používat správnou velikost grafémů, psaní v pravolevém směru, vynechávání písmen slabik i slov. Častá je i roztřesenost linií a silný tlak na tužku (Trojanová, 2012; Crouch, Jakubecy, 2007). Autoři Crouch a Jakubecy (2007), Deshler (2014) a Jucovičová (2014) se shodují, že tím, že se dítě příliš soustředí na psaní, bývá běžné i nesprávné uchopení psací potřeby. Deshler (2014) zmiňuje i rychlý nástup únavy, nepřiměřenou velikost mezer mezi písmeny či slovy, problémy s organizací textu, tvořením vět, slovosledem, gramatikou i nesprávnou polohou těla při sezení. Richards (1999, in Crouch, Jakubecy, 2007) také poukazuje na časté gumování a vynechávání detailů písmen.

Dyskalkulie je specifická porucha počítání (Strnadová, Evans, 2015; Kaufman, Von Aster, 2012), při které defekt spočívá v neschopnosti běžného počítání, sčítání, odčítání, násobení a dělení (MKS-10). Prevalence dyskalkulie se uvádí v rozmezí 3 – 6 % (Kucian, Von Aster, 2014; Kuhn et al., 2016; Snowling, 2005; Kuhn 2015; Kaufman, 2012; Pejčochová, 2010), ovšem Devina et al. (2013) udávají výskyt dyskalkulie podstatně vyšší, a sice až 10%. Některé studie uvádějí, že dyskalkulie se častěji vyskytuje u dívek (Geary, 1996, in Pejčochová, 2010; Kucian, Von Aster, 2014), ale autoři Kuhn et al. (2016) a Devina et al. (2013) dodávají, že výzkumy četnosti výskytu dyskalkulie u dívek a chlapců jsou nejednotné. Příznaky i typy dyskalkulie bývají různé (Pejčochová, 2010; Kuhn, 2015). Košč rozlišuje dyskalkulii podle toho, které faktory ovlivňují řešení matematických úkolů (Pejčochová, 2010). Blažková (2009) vytvořila klasifikaci dle oblastí učiva, ve kterých se dyskalkulie projevuje a podle Irské dyslektické společnosti se může dyskalkulie rozdělit na kvantitativní a kvalitativní. Mezi projevy dyskalkulie řadíme potíže s osvojením si násobilky, zvýšenou chybovost ve výpočtech (Snowling, 2005; Hall, 2008), poruchu aritmetických operací a matematického porozumění, potíže v oblasti určování času, počítání bankovek

(Deshler, 2014; Kučerová, 2015), problematické třídění předmětů dle kritérií, řazení čísel podle velikosti (Kučerová, 2015), vyjmenování vzestupné a sestupné řady čísel nebo řady sudých či lichých čísel, zaměňování tvarově podobných čísel (Strnadová, Evans, 2015), nerozlišování geometrických tvarů, obtíže s vícecifernými čísly, s převodem jednotek, slovními úlohami, snížená schopnost psát matematické znaky (Jucovičová, 2014) i počítání na prstech (Kuhn, 2015; Snowling, 2005).

Dysortografie se projevuje obtížemi v pravopise (Jucovičová, 2015; Tužilová, 2013; Trojanová, 2012; Pejčochová, 2010; Capellini, 2012). Mezi symptomy patří problematický spelling, vynechávání písmen, komolení slov, obtíže v rozlišování souhlásek a samohlásek, neschopnost dodržovat pořadí písmen (Dance-Schissel, on-line), zaměňování písmen vizuálně podobných, přesmykování slabik (Pejčochová, 2010), nepřesné hranice slov (Trojanová, 2012), nesprávné umístění diakritických znamének, záměny hlásek zvukově podobných, sykavek (Jucovičová, 2015), záměny měkkých, tvrdých, dlouhých a krátkých slabik (Trojanová, 2012), nesprávné určování pravopisu podstatných a přídavných jmen, chyby v pravopisu týkajícího se shody přísudku s podmětem (Jucovičová, 2015) i snížení jazykového citu způsobující sníženou schopnost skloňovat a časovat (Jucovičová, 2014).

Dyspraxie je specifická porucha motorických funkcí (Snowling, 2005; Hall, 2008; Nowak et al. 2005; Trojanová, 2012; Payne, 2015) a projevuje se obtížemi při osvojování komplexních pohybových dovedností (Snowling, 2005; Hall, 2008). Terminologie dyspraxie je nejednotná. Kromě termínu dyspraxie se užívá názvů vývojová porucha koordinace (Nowak et al., 2015; Trojanová, 2012), syndrom nešikovného dítěte (Hall, 1988, in Payne, 2015) vývojová dyspraxie (Portwood, 1996, in Payne, 2015) i senzomotorická dysfunkce (Riplay et al., 2002, in Zelinková, 2003, in Trojanová, 2012). Projevuje se obtížemi při osvojování nových pohybových dovedností (Payne, 2015), při skákání, běhání, míčových hrách, snaze udržet rovnováhu (Snowling, 2005), jízdě na kole, bruslích, obtížemi při psaní, držení psací potřeby (Hall, 2008), zapínání knoflíků, zavazování tkaniček, oblékání, sebeobsluže i manipulaci s přiborem (Snowling, 2005). Dítě má problém s přesností, spoluprací jednotlivých částí těla a střídáním pohybů (Trojanová, 2012). Více než 50 % dětí má i obtíže při osvojování řeči (Portwood, 2001, in Zelinková, 2007).

Termíny **dyspinxie** a **dysmúzie** se používají pouze v České republice (Vitásková, 2006, in Smečková, 2013). Dysmúzie je porucha osvojování si hudebních dovedností (Trojanová,

2012) se sníženým smyslem pro hudbu (Michalová, 2001). Autorky Kremličková a Novotná (1997, in Michalová, 2004) ji dělí na expresivní a totální. Podle Michalové (2001) se jedná o poruchy v receptivní či expresivní složce, Čopíková (2009) zmiňuje složku motorickou. Při této poruše je narušen smysl pro rytmus, pro tóny, schopnost převést hudební vjemy do emocí a schopnost hudbu reprodukovat (Michalová, 2001). Dyspinxie je porucha kresebného aktu (Trojanová, 2012) a je charakteristická velmi nízkou úrovní kresby (Smečková, 2013). Zacházení s tužkou je neobratné (Smečková, 2013), objevují se deformace znaků kresby, roztřesenost čar (Trojanová, 2012), disproporce, bizarní tvary i obtíže s využitím plochy papíru (Michalová, 2001).

Neverbální poruchy učení jsou deficity v oblasti motorické, vizuospeciálně organizační a sociální (Trojanová, 2012; Pejčochová, 2010; Hall, 2008; Dehler, 2014; Mammarella, Cornoldi, 2014; Semrud-Clikeman, Glass, 2008; Darrow, 2016). Jedinci s tímto oslabením mají profil jak silných, tak slabých stránek (Pejčochová, 2010; Dehler, 2014). Bez obtíží bývá sluchová percepce (Pejčochová, 2010; Dehler, 2014), sluchová pozornost i verbální paměť (Pejčochová, 2014). Objevují se ale potíže v užití jazyka (které je často sociálně nepřiměřené) (Vitásková, 2005, in Trojanová, 2012), potíže v porozumění slovním hříčkám, metaforám, vtípům, nadsázce (Vitásková, 2005, in Trojanová, 2012), typické jsou problémy v prostorové orientaci (Vitásková, 2005, in Trojanová, 2012; Darrow, 2016; Pejčochová, 2010; Dehler, 2014), nemotornost (Darrow, 2016) a potíže s rytmem (Vitásková, 2005, in Trojanová, 2012). Projevují se i v sociální oblasti (Darrow, 2016; Semrud-Clikeman, Glass, 2008; Hall, 2008; Mammarella, Cornoldi, 2014), tzn., že dítě s touto poruchou často nepochopí kontext sociálních situací, dopouští se netaktností (Darrow, 2016), má snížený smysl pro humor (Semrud-Clikeman, Glass, 2008) a potíže s interpretací výrazů obličeje, gest i přízvuku hlasu (Vitásková, 2005, in Smečková, 2013).

Cíl 2: Předložit aktuální relevantní dohledatelné poznatky o behaviorálních a sociálních aspektech souvisejících se specifickými poruchami učení.

Poruchy učení mívají kromě specifických příznaků i další příznaky, které mohou být subjektivně i sociálně znevýhodňující (Vágnerová, 2006; Terras, Thompson, Minnis, 2009). Děti s SPU nezvládají úkony, které jejich spolužáci plní bez obtíží (Kemp, Smith, Segal, on-line). Mají strach z neúspěchu, z toho, že zklamou své rodiče (Kocurová, 2002) a že se jim ostatní spolužáci budou posmívat (El-Keshky, Emam, 2014). U dítěte se mohou postupně

začít objevovat neurotické projevy, může se stranit ostatních a jeho nelehká situace se může začít manifestovat i potížemi v oblasti chování (Terras, Thompson, Minnis, 2009; Kemp, Smith, Segal, on-line). Situace může být pro dítě o to obtížnější, pokud má sourozence, který mu je neustále dáván za příklad a je rodiči preferován (Křenková, on-line).

Výsledky mnoha výzkumů potvrzují spoujitost mezi behaviorálními potížemi a SPU (Maugham, Carrol, 2006; Foltová, Portešová, Kukla, 2013; Parhiala et al., 2014). Behaviorální potíže se dělí na **externalizující** (projevují se např. vzdorovitým chováním, hyperaktivitou, impulzivitou, agresí) a **internalizující** (projevy úzkosti, deprese apod.) (Foltová, Portešová, Kukla, 2013; Parhiala et al., 2014; Snowling, 2007; Terras, Thompson, Minnis, 2009; Maugham, Carrol, 2006). Internalizující problémy souvisí s vnitřním prostředím samotného dítěte (Foltová, Portešová, Kukla, 2013; Kocurová, 2002). SPU působí u dítěte jako zátěž a způsobuje negativní emoční reakce (Kocurová, 2002). Mnoho výzkumů potvrdilo, že děti s SPU internalizující potíže mají (Eissa, 2010; Heiervang et al. 2001, Terras, Thompson, Minnis, 2009). Např. v Řecké studii byla u 29 % dětí zjištěna přítomnost nízkého sebevědomí, u 32 % byla zjištěna přítomnost úzkosti a u 22 % dětí deprese (Koulopoulou, A., 2010). Taktéž výzkum Žáčkové zaměřený na emocialitu dětí s SPU potvrdil nižší úroveň sebepojetí u těchto dětí. Nicméně existují také studie, které vzájemný vztah SPU a internalizujících potíží neprokázaly (Kempre et al., 2011, in Parhiala et al., 2014; Miller et al., 2005). Podle Foltové, Portešové a Kukly (2006), kteří v České republice provedli ojedinělý longitudinální výzkum, se zdá, že důležitým faktorem při posuzování vzájemné souvislosti je věk dítěte, protože sledované potíže se mohou v průběhu času a dospívání měnit.

K internalizujícím potížím řadíme **úzkost**, která se z emocionálních problémů vyskytuje nejčastěji (Kocurová, 2002; Gallegos et al., 2012) a ovlivňuje osobní, školní, sociální a rodinný život dítěte (Langley, Bergman, McCracken, Piacentini, 2001, in Gallegos et al., 2012). Projevuje se plačtivostí, strachem, nevhodným chováním (Margalit, Heiman, 1986, in Gallegos et al., 2012), mohou se vyskytovat i útky ze školy (Vašutová, 2008), nízká motivace, pocity samoty a bezmoc (Gallegos et al., 2012). Dalším internalizujícím projevem u dětí s SPU je **frustrace** (Panicker, Chelliah, 2016), která se projevuje nejen ve škole, ale i mimo ni (Kocurová, 2002). Frustrace může vyvolávat hněv až agresivitu, kterou dítě s SPU obrací proti sobě nebo proti nejbližšímu okolí, což může být mylně interpretováno jako lenost nebo nesnášenlivost (Kocurová, 2002). Podle autorky Kelly (2017) má frustrované dítě pocit,

že nezáleží na tom, jestli se do školy připravuje, protože naučené stejně při testu zapomene a ve výsledku stejně dostane špatnou známku. Může se u něj začít projevovat až naučená bezmocnost. Dítě je také frustrováno tím, že si všimá, že někteří spolužáci se s ním nechtějí kamarádit (tamtéž). Dalším problémem emocionálního vývoje jedince s SPU jsou **deprese** (Kocurová, 2002; Traylor, Agarwal, 2009; Panicker, Chelliah, 2015), kdy v náladě dítěte převládá smutek (Vašutová, 2008). Dítě pak prožívá pocity osamělosti, izoluje se od ostatních, odsuzuje se, má zhoršené studijní výsledky, nudí se, ztrácí schopnost radovat se. Mohou se projevit problémy ve vztazích, v neschopnosti komunikovat s kamarády a se členy rodiny. Deprese se může manifestovat i poruchami spánku, bolestmi hlavy, poruchou příjmu potravy, agresivním chováním, konzumací drog (Kocurová, 2002) nebo i záškoláctvím, sebepoškozováním a pitím alkoholu (Navarette, 1999). Podle většiny autorů je u dětí s SPU velkým problémem také nízká úroveň **sebevědomí** a **sebehodnocení** (Kocurová, 2002; Stevens, 2012; Lahane et al., 2013; Terras, Thompson, Minnis, 2009; Alesi, Rappo, Pepi, 2012). Sebehodnocení se může dělit na akademické a globální (Stevens 2012) a podle autorů Stevens (2012), Foltové, Portešové a Kukly (2013) je třeba zdůraznit, že děti s SPU mohou sice mít nízké akademické sebehodnocení, ale globální nikoliv. Podle autorů Nalavanyho a Carawanové (2012, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013) existuje provázanost mezi sebehodnocením a vnímáním podporujícího prostředí rodiny. Pro sebehodnocení dítěte s SPU je navíc důležité, jaký postoj zaujímají jeho rodiče k němu samotnému, ale také k jeho sourozenci (Lahane et al., 2013). Titěž autoři porovnávali sebehodnocení dětí SPU s jejich sourozenci a výsledkem studie bylo, že děti s SPU mají nižší sebehodnocení a že matky mají zpravidla lepší vztahy s dětmi bez poruch učení, což se u dítěte s SPU může projevoat emočními potížemi. Sebevědomí je také prokazatelně spojeno se stylem výchovy (Pokorná, 1997, in Kocurová, 2002). Dalším projevem internalizujících obtíží u dětí s SPU je snížená **sebedůvěra** (Sharabi, Margalit, 2009, in Idan, Margalit, 2012; Schunk, Pajeras, 2002, in Idan, Margalit, 2012). Klassen (2002) rozlišuje v souvislosti s žáky s poruchami učení nízkou úroveň sebedůvěry ve všeobecné akademické oblasti a nízkou sebedůvěru projevující se pouze v určitých školních předmětech.

Mezi externalizující potíže patří **problémové chování** a u dětí s SPU již bylo mnohokrát prokázáno (Prochnov et al., 2013; Deshler, 2014; Heiervang et al. 2001; Maughan, Carrol, 2006; Snowling, 2010; Hall, 2008; Everatt et al., 2007). Nárůst frekvence agresivity, antisociálního a delikventního chování nastává především v období adolescence (Heiervang et al. 2001). Mc Namara, Vervaeke a Willoughby (2008, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013)

uvádí, že adolescenti s SPU pijí častěji alkohol, kouří, užívají marihuanu, vykazují delikventní a agresivní chování. Mnohé výzkumy dokonce potvrdily souvislost mezi SPU a kriminalitou (Kejřová, Krejčová, 2015). Matějček et al. (2006, in Foltová, Portešová, Kukla, 2013) uvádějí, že problémy v chování mívá 15 – 20 % dětí s SPU a až 30 % z nich vykazuje komorbiditu s ADHD, což je porucha, která se projevuje obtížemi se soustředěním, nepřiměřeně zvýšenou aktivitou a impulzivitou dítěte (Deshler, 2014; Hall, 2008; Chronis et al., 2004; Pacit, 2016; Masopust et al., 2014) a výchovu i vzdělávání dítěte SPU ještě více znesnadňuje (Hall, 2008). Huang et al. (2012) uvádí komorbiditu SPU a ADHD vyšší, a sice 20 – 60 % a potvrzují, že společný výskyt ADHD a SPU je častý.

Děti a adolescenti s SPU mívají obtíže i v **sociální oblasti**. Nebývají vždy akceptováni svými vrstevníky (Lavoie, 2005; Stanberry, 2016), jejich chování a interakce jsou mnohdy neadekvátní (Lavoie, 2005; Stanberry, 2016; Kaufman, Kinnealey, 2015; Brooks et al., 2015), jsou ohroženi sociální exkluzí (Nowicki et al., 2014; Brooks et al., 2015), samotou (Brooks et al., 2015) i šikanou (Singer, 2005; Brooks et al., 2015; Tužilová, 2013). Dítě s SPU může mít potíže v porozumění tomu, co druhá osoba říká (Nowicki et al., 2013), odhadnout momentální rozpoložení osoby, která s dítětem komunikuje, porozumět výrazům jeho obličeje, gestům, fyzickým postojům a tónu hlasu (Stanberry, 2016). Problematické bývá i vnitřní zpracování informací. To může být nesprávné nebo neúplné a vést ke špatným závěrům a nevhodným reakcím. Neadekvátní chování může nabírat různých forem (šklebení, chichotání, smích, nevhodné komentáře apod.), což často vede ke konfliktům (tamtéž). Chování dětí s SPU může být spolužáky vnímáno jako podivné (Nowicki et al., 2014; Stanberry, 2016) a ne vždy ho spolužáci automaticky mezi sebe přijmou (Nowicki, Brown, 2013; Brooks et al., 2015). Foltová, Portešová a Kukla (2013) shodně uvádí, že žáci se specifickými poruchami učení bývají spolužáky a někdy dokonce i učiteli odmítáni a negativně hodnoceni.

Cíl 3: Předložit aktuální relevantní dohledatelné poznatky o stresových a resilientních faktorech rodičů dětí se specifickými poruchami učení.

Problematika rodičovství dětí s SPU nabývá na významu (Strnadová-Lednická, 2005; Krejčová, Strnadová, 2006). Nejen pro dítě, ale i pro rodiče představuje školní selhávání dítěte zátěž, se kterou se musí vyrovnat (Matějček, Vágnerová, 2006). Nejčastější rysy rodiny s dítětem s SPU jsou vyšší výskyt stresu a úzkosti (AlYagon, Margalit, 2002), pocity viny (Brock, Shute, 2001), nižší celková spokojenost (AlYagon, Margalit, 2002), obavy

o budoucnost dítěte (Brock, Shute, 2001), hyperprotektivní přístup (AlYagon and Margalit, 2002), obtíže s přijetím SPU jako životní realitu (Brock, Shute, 2001), vyšší požadavky na sourozence (AlYagon, Margalit, 2002) a důraz na zavedení systému fungování rodiny (AlYagon, Margalit, 2002). Vychovávat dítě s poruchami učení může být náročné, frustrující a únavné (Padeliadou, Chideridou, 2013; Smith, 2002). Mnoho rodičů ani přesně neví, jak se mají v určitých situacích zachovat, jakou výchovu zvolit (Smith, 2002). Můžeme se setkat s nesprávnými přístupy rodičů (Padeliadou, Chideridou, 2013) od nadměrně protektivního, až po necitlivý, který v dítěti umocňuje pocit jeho neschopnosti (Dyson, 2010). Ve většině případů v rodině zastává péči matka (Bartoňová, 2005), což pro ni přináší řadu těžkostí (Alias, Dahlan, 2015). Mohou zažívat stavy zklamání (Alias, Dahlan, 2015), bývají unavené, mohou se u nich projevovat příznaky jako nechutenství, úbytek na váze i poruchy spánku (Chien, Lee, 2013, in Alias, Dahlan, 2015), někdy jsou smutné, cítí se méněcenné (Saeedifard et al., 2015) a mívají obavy o budoucnost svého dítěte (Karande, Kulkarni 2009). Mnoho výzkumů prokázalo, že postižení dítěte více ovlivňuje matky, hůře situaci snáší, daná situace jim způsobuje více stresu (Kamaruddin, Mamat, 2015). Míra stresu matky závisí podle Raskind a Margalit (2016) na jejím věku, psychickém stavu, míře podpory okolí a podle Matějčka a Vágnerové (2006) i na postavení matky v rodině, ve společnosti a jejích životních zkušenostech. Co se týče otázky vyrovnávání se s nastalou situací, dle výzkumu Klégrové (Klégrová, 1999, in Vašutová, 2008) se otcové s odlišností dítěte smiřují obtížněji. Dalším důležitým faktorem rodiny dítěte s SPU je přítomnost sourozence bez postižení (Vašutová, 2008). Pokud se rodiče nechovají ke svým dětem stejně, u dítěte s SPU to může negativně narušit vztahy jak ke svým rodičům, tak sourozenci (Lahane et al., 2013), ovšem podle Boyse (2009) je důležité si uvědomit, že ani situace dítěte bez poruchy není jednoduchá.

Péče o děti s SPU se může u jejich rodičů projevovat zvýšeným množstvím **stresu** (Pentuliuk, 2002; Schechtman, Gilat, 2005; Lahane et al., 2013; Kamaruddin, Mamat, 2015; Strnadová-Lednická, 2005; Karande, Kulkarni, 2009; Saeedifard et al., 2015; Dyson, 2003; Raskind, Margalit, 2016), který je ovlivňován požadavky a konfliktními situacemi v rodině (Pentuliuk, 2002). Jako zdroje stresu jsou autory uváděny spolupráce se školou (Earey, 2013; Strnadová-Lednická, 2005; Slavin, 2008, in Michalová et al., 2012; Alias, Dahlan, 2015; Dyson, 2010; Pentuliuk, 2002; Rose, 2009, in Earey, 2013; Tétreault et al. 2013; Deshler, 2014), spolupráce s dalšími odborníky (Strnadová-Lednická, 2005; Kouřilová, 2013; Tétreault et al., 2013; Deshler, 2014; Mc Bryer et al., 2013; Brock, Shute, 2001; Strnadová, 2006; Pentuliuk, 2002), SPU jako postižení samo o sobě (Strnadová-Lednická, 2005; Alias, Dahlan, 2015; Brock,

Shute, 2001), pocity viny (Padeliadou, Chideridou, 2013; Strnadová-Lednická, 2005; Alias, Dahlan, 2015; Kamaruddin, Mamat, 2015; Saeedifard et al., 2015), reakce okolí (Strnadová-Lednická, 2005; Deshler, 2014) a ekonomická situace rodiny (Alias, Dahlan, 2015; Kamaruddin, Mamat, 2015; Strnadová-Lednická, 2005).

Rodinná **resilience** se podle Sobotkové (2004, in Strnadová, 2006) vztahuje k ovládacím strategiím a adaptačním procesům v rodině a je ovlivňována mnoha faktory (Strnadová, Květoňová, 2010). Podle Bosse (2002) to jsou typy reakcí v rodině, styly rozhodování, kognitivní styly, sociální dovednosti a schopnosti řešení problémů. Podle Strnadové-Lednické (2006) záleží také na rodinné dynamice, kulturních hodnotách rodiny, životní situaci rodiny jako celku i jednotlivých rodinných příslušníků a na povahových vlastnostech všech členů. Jakým způsobem rodina zvládá zátěž spojenou s výchovou dítěte s SPU je velmi individuální (Boss, 2002). Strategie vyrovnávání se stresem hraji důležitou roli především v tom, jakým způsobem je rodina schopna obtížnou situaci zpracovat. V některých případech dokáže takováto zkušenost rodinu dokonce i obohatit (Strnadová-Lednická, 2006; D'souza, 2016). Matějček a Vágnerová (2006) rodině doporučují zaměřit se na eliminování stresorů, na získání pomoci, na pochopení podstaty problému a přijatelný způsob jeho interpretace a na zaměření se na zvládání negativních pocitů. Strnadová-Lednická (2006) upozorňuje na skutečnost, že to, co může být některými rodiči považováno za zdroj stresu, může být jinou rodinou vnímáno jako resilientní činitel, a jako příklad uvádí spolupráci se školou a spolupráci s odborníky. Tatáž autorka uvádí strategie rodičů, které se při práci s jejich dítětem osvědčily, a sice pravidelnost v práci s dítětem, práce s dítětem přitažlivou formou, rozvíjení sebevědomí dítěte a podpora učebního stylu. Hsiao a Higgins (2014) upozorňují, že stres rodiny dítěte s SPU by neměl být ponechán pouze na resilientních faktorech rodiny. Zdůrazňují, že instituce, které s rodiči a dítětem spolupracují, by měly aplikovat své vlastní strategie, aby se stres rodičů co nejvíce zredukoval. Doporučují podpořit rodiče již během procesu diagnostiky, poskytnutí podpory skrze práci ve skupinách, pomoc rodičům identifikovat sociální a emocionální potřeby dítěte, vytvořit efektivní systém komunikace, a pokud je to možné, využívání místních zdrojů podpory.

6. SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ – REFERENČNÍ SEZNAM

ABOUD, F. The formation of in-group favouritism and out-group prejudice in young children: are there distinct attitudes? In NOWICKI, A., BROWN, J., STEPIEN, M. Childrens thoughts on the social exclusion of peers with intellectual or learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013, vol. 58, no. 4, pp. 346–357. ISSN neuvedeno.

ADI-JAPHA, E., LANDAU, Y., FRENKEL, L., TIECHER, M., GROSS-TSUR, V., SHALEY, R. ADHD and Dysgraphia: Underlying Mechanisms. *Cortex, A Journal Devoted To The Study Of The Nervous System And Behaviour*. 2007, vol. 43, no. 6, pp. 700–9. ISSN 0010-9452.

AL-YAGON, M., MARGALIT, M. Relations between Mother's Sense of Coherence, Children's Experience of Loneliness, and Family Climate Profiles among Kindergartners At-Risk for Developing Learning Disabilities. *Thalamus*. 2002, vol. 20, no. 1, pp. 40–49. ISSN neuvedeno.

ALESI, M., RAPPO, G., PEPI, A. Self-esteem at school and self-handicapping in childhood: comparison of groups with learning disabilities. *Psychological Reports: Disability & Trauma*. 2012, vol. 111, no. 3, pp. 952–962. ISSN 0033-2941.

ALIAS, N., DAHLAN, A. Enduring Difficulties: The challenges of mothers in rating children with dyslexia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015, vol. 202, pp. 107–114. ISSN 1877-0428.

ALIVERNINI, F., LUDICI, F. Relationship between social context, self-efficacy, motivation, academic achievement, and intention to drop out of high school: A longitudinal study. *The Journal of Educational Research*. 2011, vol. 4, no. 1, pp. 241–252. ISSN neuvedeno.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edn. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

BAGWELL, C. *Friendship, peer network, and antisocial behaviour*. In NOWICKI, A., BROWN, J., STEPIEN, M. Childrens thoughts on the social exclusion of peers with intellectual or learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2014, vol. 58, no. 4, pp. 346–357. ISSN 1365-2788.

BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*. 1993, vol. 28, no. 2., pp. 117–148. ISSN neuvedeno.

BANDURA, A. Social Learning Theory. In NOWICKI, A., BROWN, J., STEPIEN, M. Childrens thoughts on the social exclusion of peers with intellectual or learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2014, vol. 58, no. 4, pp. 346–357. ISSN 1365-2788.

BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení II*. Brno: MU, 2006. 152 s. ISBN 80-210-3822-5.

BARTOŇOVÁ, M. *Specifické poruchy učení. Text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. 237 s. ISBN 978-80-7315-232-1.

BLATNÝ, M., PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: Sdružení SCAN, 2003. 150 s. ISBN 80-86620-05-0.

BLAŽKOVÁ, R. *Dyskalkulie a další specifické poruchy učení v matematice*. In TUŽILOVÁ, E. *Specifické poruchy učení a chování, mimořádné nadání*. On-line. 2005. Dostupný z WWW: <http://www.nidv.cz/cs/download/pzus/materialy/Specialni-vzdelavaci-potreby.pdf>. [cit. 2017-04-24]

BOSS, P. *Family Stress Management: A Contextual Approach*. London: Sage Publications, 2002. 215 p. ISBN 0-8039-7390-X.

BOYSE, K. *Siblings of Kids with Special Needs*. 2009. On-line. Dostupný z WWW: <http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/specneed.htm>. [cit. 2017-15-05].

British Dyslexia Association. On-line. Dostupný z WWW: <http://www.bdadyslexia.org.uk/>. [cit. 2017-15-03].

BROCK, A., SHUTE, R. Group Coping Skills Program for Parents of Children with Dyslexia and Other Learning Disabilities. *Australian Journal Of Learning Disabilities*. 2001, vol. 6, no. 4, pp. 15–25. ISSN neuvedeno.

BROOKS, B., FLOZD, F., ROBINS, D., CHAN, W. Extracurricular activities and the development of social skills in children with intellectual and specific learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2015, vol. 59, no. 7, pp. 678–687. ISSN0964-2633.

BROWN, T. In STANBERRY, K. *Learning difficulties and social skills: what's the connection?* On-line. Dostupný z WWW: <http://www.greatschools.org/gk/articles/learning-difficulties-and-social-skills/>. [cit. 2017-20-05].

CAPPELINI, S. Relationship between phonological abilities and auditory processing in children with developmental dyslexia. *Psicol. Esc. Educ.* 2012, vo. 12, no. 7, pp. 235–251. ISSN 1413-8557.

CHIEN, W., LEE, I. *An exploratory study of parents perceived educational needs for parenting a child with learning disabilities.* In ALIAS, N., DAHLAN, A. *Enduring Difficulties: The challenges of mothers in rating children with dyslexia. Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2015, vol. 202, pp. 107–114. ISSN 1877-0428.

Child Development. On-line. Dostupný z WWW: https://childdevelopmentinfo.com/learning/learning_disabilities/. [cit. 2017-05-02].

CROUCH, A., JAKUBECY, J. Dysgraphia: How It Affects A Student's Performance and What Can Be Done About It. *Teaching Exceptional Children Plus*, 2007. vol. 3, no. 3, pp. 13. ISSN 1553-9318.

ČERMÁKOVÁ, M., PAPEŽOVÁ, H., UHLÍKOVÁ, P. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD – příručka pro dospělé).* 2014. On-line. Dostupný z WWW: http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/35/ADHD-ADD_dospeli_brozura.pdf.

ČOPÍKOVÁ, L. *Specifické poruchy učení – dyspinxie, dyspraxie, dysmúzie.* 2009. On-line. Dostupný z WWW: <http://babetko.rodinka.sk/vychovavame/poruchy-a-terapie/dyspinxia-dyspraxia-dysmuzia/>. [cit. 2017-04-05].

DARROW, A. Unspokenwords: Understanding on verbal learning disabilities. *General music today.* 2016, vol. 29, no. 2., pp. 35–38. ISSN 1931-3756.

DANCE-SCHISSEL, D. On-line. Dostupný z WWW: <http://study.com/academy/lesson/what-is-dysorthografia-symptoms-treatment.html>. [cit. 2017-04-16].

DESHLER, D. *The State of Learning disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues.* New York: National Center for Learning Disabilities. 2014. On-line. Dostupný z WWW: <http://www.nclld.org/wp-content/uploads/2014/11/2014-State-of-LD-FINAL-FOR-RELEASE.pdf>. [cit. 2017-05-02].

DEVINE, A., SOLTÉSZ, F., NOBES, A., GOSWAMI, U., SZUCS, D. Gender differences in developmental dyscalculia depend on diagnostic kriteria. *Learning and Instruction.* 2014, vol. 27, pp. 31–39. ISSN 0959-4752.

Dyslexia association of Ireland. On-line. Dostupný z WWW: <https://www.altruism.ie/charity/dyslexia-association-of-ireland?gclid=CKfx7ee5z9QCFeYp0wods9QAVQ>. [cit. 2017-05-18].

Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti. On-line. Dostupný z WWW: http://www.psychodiagnostika-sro.cz/cz/Katalog_popis.asp?kod=589&ZozArg=1&Kateg=2 [cit. 2017-05-05].

D'SOUZA, R. The impact of parenting styles on anxiety and depression in children with learning disabilities. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2016, vol. 7, no. 9, pp. 916–919. ISSN 2321-3698.

DYSON, L. Unanticipated Effects of Children with Learning Disabilities on Their Families. *Learning Disability Quarterly*. 2010, vol. 33, no. 1, pp. 43–55. ISSN 2168-376X.

EAREY, A. Parental experiences of support for pupils with dyslexia: ignoring the effect on parents. *British journal of Learning Support*. 2013, vol. 28, no. 1, pp. 35–40. ISSN 1467-9604.

EDIGER, M. Assessing handwriting achievement. *Reading Improvement*. 2002, vol. 39, no. 3, pp. 103–110. ISSN 0034-0510.

EISSA, M. Behavioral and emotional problems associated with dyslexia in adolescence. *Current Psychiatry*. 2010, vol 17, no. 1, pp. 39–47. ISSN 1110-5925.

EL-KESHKY, A., MAHMOUD, E. Emotional and behavioural difficulties in children referred for learning disabilities from two Arab countries: A cross-cultural examination of the Strengths and Difficulties Questionnaire Mogeda. *Research in Developmental Disabilities*. 2014, vol. 36, pp. 459–469. ISSN 0891-4222.

ENGER-YEGEL, B., NAGAUKER-YANUV, L., ROSENBLUM, S. Handwriting performance, self reports and perceived self-efficacy among children with dysgraphia. *American Journal of Occupational Therapy*. 2009, vol. 63, no. 2, pp. 182–192. ISSN 1943-7676.

FARRUGIA, S., HUDSON, J. *Anxiety in adolescents with asperger syndrome: Negative thoughts, behavioral problems, and life interference.* In RZEPECKA, H. *An investigation into the relationship between sleep problems, anxiety and challenging behaviour in children and young people with learning disabilities and/or autism spectrum disorder.* On-line. Thesis. Edinburgh: The University of Edinburgh, 2009. Dostupný z WWW: <https://www.era.lib.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/4064/Rzepecka2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2017-14-05].

FEIFER, S. *Subtypes of language-based dysgraphias.* Handout from workshop „Learning Of the Brain: Using Brain Research To Leave No Child Behind“ at the Hyatt Regency. Boston, MA: Public Information Resources.

FOLTOVÁ, L., PORTEŠOVÁ, Š., KUKLA, L. Behaviorální, emoční a sociální potíže dyslektických dětí během školní docházky – longitudiální výzkum. *Československá psychologie*. 2013, roč. 57, č. 6, s. 505–520. ISSN 0009-062X.

GALLEGOS, J., LANGLEY, A., VILLEGAS, D. Anxiety, Depression, and Coping Skills Among Mexican School Children: A Comparison of Students With and Without Learning Disabilities. *Learning Disability Quarterly*. 2012, vol. 35, no. 1., pp. 54–61. ISSN 07319487.

GILLER, J. In STANBERRY, K. *Learning difficulties and social skills: what's the connection?* On-line. Dostupný z WWW: <http://www.greatschools.org/gk/articles/learning-difficulties-and-social-skills/>. [cit. 2017-20-05].

GRISWOLD, L., TOWNSEND, S. *Assesing the sensitivity of the evaluation of social interaction: Comparing social skills in children with and without disabilities*. In KAUFFMAN, N., KINNEALEY, M. *Comprehensive Social Skills Taxonomy: Development and Application. The American Journal of Occupational Therapy*. 2015, vol. 69, no. 2, pp. 1–10. ISSN 02729490.

HALL, D. Clumsy Children. *British Medical Journal*. 1998, vol. 296, no. 6619, pp. 375-376. ISSN neuvedeno.

HARDARDOTTIR, S., JULIUSDOTTIR, S. Understanding Resilience in Learning Difficulties: Unheard Voices od Secondary School Students. *Child Adolesc Soc Work Journal*. 2015, vol. 32, no. 4, pp. 351–358. ISSN 0738151.

HALL, A. Specific learning difficulties. *Psychiatry*. 2008, vol. 7, no. 6, pp. 260–265. ISSN 14761793.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 2000, s. 525. ISBN 80-7178-303-X.

HEIERVANG E., STEVENSON, J., LUND, A. Behaviour problems in children with dyslexia. *Nord J Psychiatry*. 2001, vol. 55, no. 4, pp. 251–256. ISSN0803-9488.

HYEROVSKÁ, Y. *Špatné držení pera může způsobovat celou řadu problémů*. On-line. 2013. Dostupný z WWW: <https://www.novinky.cz/zena/deti/310375-spatne-drzeni-pera-muze-zpusobovat-celou-radu-problemu.html>. [cit. 2017-22-04].

HOOVER, A., GOUGH, P. The simple view of reading. *Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal*. 1990, vol. 2, pp. 127–160. ISSN neuvedeno.

HSIAO, Y., HIGGINS, K. Five Ways to Reduce Stress for Parents of Students with Learning Disabilities. 2014. On-line. Dostupný z WWW: ctserc.org/assets/documents/initiatives/specific-learning-disabilities-dyslexia/archive/Reduce-Stress-for-Parents-of-Children-with-SLD.pdf. [cit. 2017-21-05].

HUANG, F., SUN, L., QIAN, Y., LIU, L., MA Q., YANG, L., CHENG, J., CAO, Q., SU, I., GAO, Q., WU, Z. Cognitive Function of Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Difficulties: A Developmental Perspective. *Chinese Medical Journal*. 2016, vol. 129, no. 16, pp. 1922–1928. Issn 03666999.

CHIEN, W., LEE, M. An exploratory study of parents perceived educational needs for parenting a child with learning disabilities. In ALIAS, N., DAHLAN, A. Enduring difficulties: The challenges of mothers in raising children with dyslexia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015, vol. 202, pp. 107–114. ISSN 1877-0428.

CHOMÁTOVÁ, K., CHOMÁTOVÁ, H. *Duševní hygiena*. Praha: Česká zemědělská univerzita. 2006. ISBN 978-80-213-1152-7.

CHRONIS, A., CHACKO, A., FABIANO., G., WYMBS, B., PELHAM, W. Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children With ADHD: Review and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2004, vol. 7, no. 1. ISSN 1096-4037.

IDAN, O., MARGALIT, M. Socioemotional Self-Perceptions, Family Climate, and Hopeful Thinking Among Students with Learning Disabilities and Typically Achieving Students From the Same Classes. *Journal of Learning Disabilities*. 2012, vol. 20, no. 10., pp. 136–152. ISSN 00222194.

JACKSON, L. *The Psychology of Prejudice: From Attitudes to Social Action*. In NOWICKI, A., BROWN, J., STEPIEN, M. Childrens thoughts on the social exclusion of peers with intellectual or learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013, vol. 58, no. 4, pp. 346–357. ISSN 1365-2788.

JOHNSON, B. *Behaviour problems in children and adolescents with learning disabilities*. In FOLTOVÁ, L., PORTEŠOVÁ, Š., KUKLA, L. Behaviorální, emoční a sociální potíže dyslektických dětí během školní docházky – longitudiální výzkum. *Československá psychologie*. 2013, roč. 57, č. 6, s. 505–520. ISSN 0009 – 062X.

JOŠT, J. *Čtení a dyslexie*. Praha: Grada, 2011. 384 s. ISBN 978-80-247-3030-1.

JEYACHEYA, D. *Exploring the nature of oppression as experienced by people with learning disabilities* On-line. Thesis. Coventry: Coventry University, 2015. Dostupný z WWW: <https://core.ac.uk/download/pdf/78654207>. [cit. 2017-25-04].

JUCOVIČOVÁ, D. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Karolinum, 2014. 68 s. ISBN 978-80-7290-657-4.

KAMARUDDIN, K., MAMAT, N. Stress among the Parents of Children with Learning Disabilities: A Demographical Analysis. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education*. 2012, vol. 2, no. 9, pp. 194–200. ISSN 2349-0373.

KARANDE, S., KULKARNI, S. Quality of life of parents of children with newly diagnosed specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2009, vol. 55, no. 2, pp. 97–103. ISSN 0022-3859.

KAUFFMAN, N. Specific learning disabilities and difficulties in children and adolescents: psychological assessment and evaluation. *Cambridge child and adolescent psychiatry*. 2003, vol 12, no. 6. pp. 108–110. ISSN 1522-7219.

KAUFFMAN, N., KINNEALEY, M. Comprehensive Social Skills Taxonomy: Development and Application. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2015, vol. 69, no. 2, pp. 1–10. ISSN 02729490.

KAUFMANN, L., VON ASTER, M. The Diagnosis and Management of Dyscalculia. *Deutsches Arzteblatt International*. 2012, vol. 109, no. 45, pp. 767–778. ISSN 18660452.

KEJŘOVÁ, K., KREJČOVÁ, L. Výskyt dyslexie u osob ve výkonu trestu odnětí svobody v České republice. *Psychologie v praxi*. 2015, roč. 3, č. 4, s. 75–87. ISSN 1803-8670.

KEMP, G., SMITH, M., SEGAL, S. *Learning Disabilities and Disorders: Types of Learning Disorders and Their Signs*. Helpguide.org., 2017. On-line. Dostupné z WWW: <https://www.helpguide.org/articles/learning-disabilities/learning-disabilities-and-disorders.htm>. [cit. 2017-01-05].

KELSO, T., FRENCH, D., FERNANDEZ, M. Stress and coping in primary caregivers of children with a disability: a qualitative study using the Lazarus and Folkman Process Model of Coping. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 2005, vol. 5, no. 1, p. 3–10. ISSN 1471-3802.

KELLY, K. *Helping your child cope with anger and frustration*. On-line. 2017. Dostupný z WWW: <https://www.understood.org/en/friends-feelings/managing-feelings/anger-frustration/helping-your-child-cope-with-anger-and-frustration>. [cit. 2017-05-05].

KEMPE, C., GUSTAFSON, S., SAMUELSSON, S. *A longitudinal study of early reading difficulties and subsequent problem behaviours*. In PARHIALA, P., TORPPA, M., EKLUND, K., ARO, T., POIKKEUS, A., HEIKKILÄ, R., AHONEN, T. Psychosocial Functioning of Children with and without Dyslexia: A Follow-up Study from Ages Four to Nine. *Dyslexia*. 2014, vol. 21, no. 3, pp. 197–211. ISSN 10990909.

KENDAL, P., SUVEG, C. *Treating anxiety disorders in youth*. In GALLEGOS, J., LANGLEY, A., VILLEGAS, D. Anxiety, Depression, and Coping Skills Among Mexican School Children: A Comparison of Students With and Without Learning Disabilities. *Learning Disability Quarterly*. 2012, vol. 35, no. 1., pp. 54–61. ISSN 07319487.

KIRBY, A. *Nešikovné dítě*. Portál: Praha, 2000. 206 s. ISBN 80-7178-424-9.

KIRBY, A., EDWARDS, L., HUGHES, A. Parents' Concerns about Children with Specific Learning Difficulties: Insights Gained from an Online Message Centre. *Support for Learning*. 2008, vol. 23, no. 4, pp. 193–200. ISSN 0268-2141.

KLASSEN, M. A question of calibration. A Review of the Self-Efficacy Beliefs of Students with Learning Disabilities. *Learning Disability Quarterly*. 2002, vol. 25, no. 2, pp. 88–102. ISSN 0731-9487.

KLASSEN, M., 2007. Using predictions to learn about the self-efficacy of early adolescents with and without learning disabilities. *Contemporary Educational Psychology*. 2007, vol. 32, pp. 173–187. ISSN 0361-476X.

KLÉGROVÁ, J. *Školní sebepojetí žáků 7. ročníku speciální třídy pro děti s poruchami učení*. In VAŠUTOVÁ, M. *Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a násilí ve školním prostředí*. 1.vyd. Ostrava: Repronis, 2008. 278 s. ISBN 978-80-7368-525-6.

KOCUROVÁ, M. Emocionální a sociální aspekty specifických poruch učení. *Speciální pedagogika*. 2002, roč. 12, č. 1., s. 1–13. ISSN 1211-2720.

KOULOPOULOU, A. Anxiety and depression symptoms in children – comorbidity with learning disabilities. *European Psychiatry*. 2010, vol. 25, pp. 432-432. ISSN 0924-9338.

KOUŘILOVÁ, J. *Mateřské zvládnání zátěže spojené se specifickou poruchou učení*. On-line. Disertační práce. České Budějovice: Univerzita Karlova v Praze. 2013. 158 s. Školitel: Prof. PhDr. et RNDr. Marie Vágnerová, CSc. Dostupný z: WWW <http://docplayer.cz/22077084-Materske-zvladani-zateze-spojene-se-specifickou-poruchou-uceni.html>. [cit. 2017-06-04].

KREJČOVÁ, L., STEHLÍK, L., BODNÁROVÁ, Z. Specifické procedurální výukové obtíže jako možná příčina dyslexie. *Československá psychologie*. 2016, roč. 60, č. 3, s. 225–277. ISSN 18046436.

KREJČOVÁ, L., STRNADOVÁ, I. Vliv sociálních faktorů na děti se specifickými poruchami učení. *Speciální pedagogika*. 2006, roč. 16, č. 2, s. 115–127. ISSN 1211-2720.

KRINZINGER, H., KAUFMANN, L. *Rechenangst und Rechenleistung*. In KAUFMANN, L., VON ASTER, M. The Diagnosis and Management of Dyscalculia. *Deutsches Arzteblatt International*. 2012, vol. 109, no. 45, pp. 767–778. ISSN 18660452.

KŘENKOVÁ, J. *Specifické vývojové poruchy učení*. Dyskalkulie a její reedukace. On-line. Dostupný z WWW: <http://mujweb.cz/dyskalkulie/SPECPOR.htm>. [cit. 2017-02-05].

KUCIAN, K., ASTER, M. Developmental dyscalculia. *European Journal of Pediatrics*. 2015, vol. 174, no. 1, pp. 1–13. ISSN 03406199.

KUČEROVÁ, K. *Dysklakulie – když vám nejde počítání*. 2015. On-line. Dostupné z WWW: <http://www.opsychologii.cz/clanek/214-dyskalkulie-kdyz-vam-nejde-pocitani/>. [cit. 2017-01-05].

KUHN, J. Developmental dyscalculia: Neurobiological, cognitive, and developmental perspectives. *Zeitschrift für Psychologie*. 2015, vol. 223, no. 2, pp. 69–82. ISSN 2151-2604.

KUHN, J., ISE, E., RADDATZ, J., SCHWENK CH., DOBEL CH. Basic numerice processing, calculation, and working memory in children with dyscalculia and/or ADHD symptoms. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2016, vol. 44, no. 5, pp. 365–375. ISSN 0301-6811.

KULHÁNKOVÁ, E., MÁLKOVÁ, G. Fonematické uvědomování a jeho role ve vývoji gramotnosti. *E-psychologie*. 2008, roč. 2, č. 4, s. 24–37. ISSN 1802-8853.

KUSHKI A., SWELLNUS, H., ILYAS, F., CHAU, T. Changes in kinetics and kinematics of handwriting during a prolonged wrtiting task in children with and without dysgraphia. *Research in developmental Disabilities*. 2011, vol. 32, no. 3, pp. 1058–1064. ISSN 0891-4222.

LAHANE, S., SHAH, H., NAGARALE, V., KAMATH, R. Comparison of Self-Esteem and Maternal Attitude Between Children with Learning Disability and Unaffected Siblings. *Indian J Pediatr*. 2013, vol. 80, no. 9, pp. 745–749. ISSN 00195456.

LARDIERI L. A., BLACHER, J., SWANSON, H. L. Sibling relationships and parent stress in families of children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*. 2000, vol. 23, no. 2, pp. 105–116. ISSN 1511140.

LAVOIE, R. *Social Competence and the Child with Learning Disabilities*. On-line. Dostupný z WWW: <http://www.ricklavoie.com/competence.pdf>. [cit. 2017-19-05].

LAW, J., RUSH, R., SCHOON, I., PARSONS, S. Modeling developmental language difficulties from school entry to adulthood: Literacy, mental health and employment

outcomes. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 2009, vol. 52, no. 6, pp. 1401–1416. ISSN 1092-4388.

LAZARUS, R., FOLKMAN S. *Stress, Appraisal and Coping*. In KELSO, T., FRENCH, D., FERNANDEZ, M. Stress and coping in primary caregivers of children with a disability: a qualitative study using the Lazarus and Folkman Process Model of Coping. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 2005, vol. 5, no. 1, p. 3–10. ISSN 1471-3802.

LEARNING DISABILITIES ASSOCIATION OF AMERICA. On-line. Dostupné z WWW: <https://ldaamerica.org/>. [cit. 2017-20-05].

LOVETT, W., STEINBACH, A., FRIJTERS, C. Remediating the core deficits of developmental reading disability: A double-deficit perspective. *Journal of Learning disabilities*. 2000, vol. 33, pp. 334–358. ISSN 0022-2194.

MACKAY, T. Severe and complex learning difficulties: Issues of definition, classification and Prevalence. *The British Psychological Society*. 2009, vol. 26, no. 4, pp. 9–18. ISBN 0267-1611.

MALEC, M. *Internalizované a externalizované problémy v chování*. On-line. Dostupné z WWW: http://psychostatnice.brozkeff.net/doku.php?id=psydg:diagnostika_externalizovanych_a_internalizovanych_problemu_deti_a_dospivajicich. [cit. 2017-14-05].

MAMMARELLA, C., CORNOLDI, C. Ananalysis of the kriteria used to diagnose children with Nonverbal Learning Disability. *Child Neuropsychology*. 2013, vol. 20, no. 3, pp. 255–280. ISSN 09297049.

MARKSON, I., FAWCETT, C. *Social influence on children's preferences*. In NOWICKI, A., BROWN, J., STEPIEN, M. Childrens thoughts on the social exclusion of peers with intellectual or learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013, vol. 58, no. 4, pp. 346–357. ISSN 1365-2788.

MARTINS, M., BASTOS, J., CECATO, A., ARAUJO, M., MAGRO, R., ALAMINOS, V. Screening for motor dysgraphia in public schools. *Journal de Pediatria*. 2012, vol. 89, no. 1, pp. 70–74. ISSN 0021-7557.

MASOPUST, J., MOHR, P., ANDERS, M., PŘIKRYL, R. Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 3, s. 112–116. ISSN 1211-7579.

MATĚJČEK, Z., VÁGNEROVÁ, M. *Sociální aspekty dyslexie*. Praha: Karolinum, 2006. 272 s. ISBN 80-246-1173-2.

MATĚJČEK, Z. *Diagnostika poruch čtené a psané řeči*. In LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. s. 289–316. ISBN 80-7178-801-5.

MAUGHAN, B. Reading Problems and Antisocial Behaviour. In KEJŘOVÁ, K., KREJČOVÁ, L. Výskyt dyslexie u osob ve výkonu trestu odnětí svobody v České republice. *Psychologie v praxi*. 2015, roč. 3, č. 4, s. 75–87. ISSN 1803-8670.

MAUGHAN, B., CARROLL, J. Literacy and mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006, vol. 19, pp. 350–354. ISSN 09517367.

MOREAU, D. Developmental learning disorders: From genetic interventions to individualised remediation. *Frontiers in Psychology*, 2016, vol. 6, no. 2053. ISSN 1664-1078.

McBRYER, K, McBRYER, P. Parental account of support for specific learning difficulties in Hong Kong. *British Journal of Special Education*. 2013. vol. 40, no. 2, pp. 65–71. ISSN 1467-8578.

McCUTCHEN, D. *A capacity theory of writing: Working memory in composition*. In PEJČOCHOVÁ, J. *Specifické vývojové poruchy učení – oblasti funkčního deficitu a modely poruch*. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 6, s. 378–381. ISSN 1213-1814.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 2014. Desátá revize (MKN–10). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.

MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na středních školách*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2001. 104 s. ISBN 80-7311-000-8.

MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*. 2. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2004. 102 s. ISBN 80-7311-021-0.

MICHALOVÁ, Z, PEŠATOVÁ, I., BERÁNKOVÁ, I., DRAŽILOVÁ, L., HAVLOVÁ, D. Přípravenost učitelů na inkluzivní vzdělávání v oblasti specifických poruch učení. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2012, roč. 22, č. 1, s. 30–45. ISSN 1211-2720.

MILLER, C., HYND, G., MILLER, R. Children with dyslexia: Not necessarily at risk for elevated internalizing symptoms. *Reading and writing*. 2005, vol. 18, no. 5, pp. 425–436. ISSN 0922-4777.

MOREAU, L. Who's Really Struggling? Middle School Teachers' Perceptions of Struggling Readers. *Research in Middle Level Education* 2014, vol. 37, no. 10, pp. 1–17. ISSN 1940-4476.

NALAVANY, B., CARAWAN, L. *Perceived family support and self-esteem: The meditational role of emotional experience in adults with dyslexia*. In FOLTOVÁ, L., PORTEŠOVÁ, Š., KUKLA, L. Behaviorální, emoční a sociální potíže dyslektických dětí během školní docházky – longitudiální výzkum. *Československá psychologie*. 2013, roč. 57, č. 6, s. 505–520. ISSN 0009-062X.

NANDAKUMAR, K., LEAT, S. Dyslexia: a review of two theories. *Clinical and Experimental Optometry*. 2008, vol. 91, pp. 333–340. ISSN 0816 – 4622.

NELSON, J., HARWOOD, H. A meta-analysis of parent and teacher reports of depression among students with learning disabilities: evidence for the importance of multi-informant assessment. *Psychology in the schools*. 2011, vol. 48, no. 4, pp. 371–384. ISSN 0033-3085.

NAVARRETE, L. Melancholly in the millenium: A study of depression among adolescents with and without learning disabilities. *The High School Journal*. 1999, vol. 82, no. 3, pp. 137–149. ISSN 1534-5157.

NICOLSON, R., FAWCET, A. Dyslexia, dysgrafia, procedural learning and the cerebellum. *Cortex*, vol. 47, NO. 1, pp. 117–127. ISSN 0010-9452.

NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství, 1997. 116 s. ISBN 80-85937-60-3.

NOWAK, A., GNITECKA, J., ROMANOWSKA-TOLLOCZKO, A. Dyspraxia as a psychomotor disorder of school age children. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of psychice training and sports*. 2015, vol. 6, pp. 56–59. ISSN 1818-9172.

NOWICKI, A., BROWN, J. A kid way: Strategies for Including Classmates With Learning or Intellectual Disabilities. *Intellectual and developmental disabilities*. 2013, vol. 51, no. 4, pp. 253–262. ISSN nevedeno.

NOWICKI, A., BROWN, J., STEPIEN, M. Childrens thoughts on the social exclusion of peers with intellectual or learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2014, vol. 58, no. 4, pp. 346–357. ISSN 1365-2788.

ORTON, S. *Reading, writing, and speech problems in children*. New York, NY: W.W. Norton and Company, 1937.

OSMAN, B. In STANBERRY, K. *Learning difficulties and social skills: what's the connection?* On-line. Dostupný z WWW: <http://www.greatschools.org/gk/articles/learning-difficulties-and-social-skills/>. [cit. 2017-20-05].

PACLT, I. ADHD v dětství, dospívání a dospělosti. *Praktické lékařství*. 2016, roč. 12, č. 1, s. 16–17. ISSN nevedeno.

PADELIADOU, S., CHIDERIDOUA. Being a Parent and not a Teacher: the Case of Specific Learning Disabilities. *International Journal about Parents in Education*. 2013, vol. 7, no. 2, pp. 91–99. ISSN 1973-3518.

PANICKER, A., CHELLIAH, A. Resilience and Stress in Children and adolescents with Specific Learning Disability. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015, vol. 25, no.1, pp. 17–23. ISSN 2293-6122.

PARHIALA, P., TORPPA, M., EKLUND, K., ARO, T., POIKKEUS, A., HEIKKILÄ, R., AHONEN, T. Psychosocial Functioning of Children with and without Dyslexia: A Follow-up Study from Ages Four to Nine. *Dyslexia*. 2014, vol. 21, no. 3, pp. 197–211. ISSN 10990909.

PAYNE, S. *How is life experienced by teenagers with dyspraxia? : an interpretative phenomenological analysis*. On-line. Thesis. Coventry: Coventry University, 2015. Dostupný z WWW: <https://curve.coventry.ac.uk/open/file/2fe7aad2-69d7-4515-b6abe2d64082d3a2/1/Payne%202015>. [cit. 2017-03-05].

PEJČOCHOVÁ, J. Specifické vývojové poruchy učení – oblasti funkčního deficitu a modely poruch. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 6, s. 378–381. ISSN 1213-1814.

PENTYLIUK, M. Parental Perceptions of the Affects of Learning Disabilities Assessment on Family Adaptation. *Canadian Journal of School Psychology*. 2002, vol. 17, no. 2, pp. 15–29. ISSN 2154-3984.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. 402 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

PIERANGELO, R., GIULIANI, G. *Learning Disabilities: A Practical Approach to Foundations, Assessment, Diagnosis, and Teaching*. Pearson, 2006. pp. 13–15. ISBN 978-0205459643.

POKORNÁ, V. *Specifické poruchy učení*. In KOCUROVÁ, M. Emocionální a sociální aspekty specifických poruch učení. *Speciální pedagogika*. 2002, roč. 12, č. 1., s. 1–13. ISSN 1211-2720.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9.

POKORNÁ, V. *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál, 2010. 238 s. ISBN 978-80-7367-773-2.

PORTWOOD, M. *Developmental Dyspraxia: A Practical Manual for Parents and Professionals*. Durham: Durham County Council, 1996. ISBN 9781853465734.

PORTWOOD, M. *Understanding Developmental Dyspraxia*. London: David Fulton Publishers, 2001. 176 p. ISBN 113660569X.

PRESSLEROVÁ, P., RUSNÁKOVÁ, K. Slabí čtenáři v kontextu porozumění čtenému. *E-psychologie*, 2015, roč. 9, č. 1, s. 29–41. ISSN 1802-8853.

PROCHNOV, J., TUNMER, W., CHAPMAN, J. A Longitudinal Investigation of the Influence of Literacy-related Skills, Reading Self-perceptions, and Inattentive Behaviours on the Development of Literacy Learning Difficulties. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2013, vol. 60, no. 3, pp. 185–207. ISSN 1034912X.

RAMUS, F. Neurobiology of dyslexia: a reinterpretation of the data. *Trends in Neuroscience*. 2004, vol. 27, no. 12, pp. 720–726. ISSN 0166-2236.

RICHARDS, R. *The source for dyslexia and dysgraphia*. East Moline, IL: LinguSystems, 1999. 308 s. ISSN 0-7606-308-1.

RIPLAY, K., DAINES, B., BARRETT, J. *Dyspraxia: A Guide for Teachers and Parents*. London: David Fulton Publishers, 2002. ISBN 1853464449.

ROSE, J. *Identifying and Teaching Children and Young People with Dyslexia and Literacy Difficulties*. In EAREY, A. Parental experiences of support for pupils with dyslexia: ignoring the effect on parents. *British journal of Learning Support*. 2013, vol. 28, no. 1, pp. 35–40. ISSN 1467-9604.

ROSENBULUM, S., WEISS, P., PARUSH, S. Product and process Evaluation of Handwriting Difficulties. *Educational Psychological Review*. 2003, vol. 15, no. 1, pp. 41–81. ISSN 1040-726X.

ROURKE, B. *Nonverbal learning disabilities: The syndrome and the model*. New York: Guilford Press, 1989. 253 s. ISBN 0898623782.

RZEPECKA, H. *An investigation into the relationship between sleep problems, anxiety and challenging behaviour in children and young people with learning disabilities and/or autism spectrum disorder*. On-line. Thesis. Edinburgh: The University of Edinburgh, 2009. Dostupný z WWW:

<https://www.era.lib.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/4064/Rzepecka2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2017-14-05].

- SAEEDIFARD, T., NAZARI, A., MOHSENZADEH, F. Effect of acceptance and comminment therapy on the resiliency of mothers of children with learnnig disability. *Journal of Research and Health*. 2016, vol. 6, no. 2, pp. 263–271. ISSN 22516395.
- SCHECHTMAN, Z., GILAT, I. The effectiveness of counseling groups in reducing stress of parents of children with learning disabilities. *Psycarticles*. 2005, vol. 9, no. 4, pp. 275–286. ISSN 1089-2699.
- SHARABI, A., MARGALIT, M. Learning disabilities among the young in Israel: from theory to research to intervention. *Psychiatric and behavioral disorders in Israel*. 2009, pp. 47–62. ISSN neuvedeno.
- SCHULTE-KORNE, G. The Prevention, Diagnosis And Treatment of Dyslexia. *Dtsch Arztebl Int*. 2010, vol. 107, no. 41, pp. 718–27. ISSN 00121207.
- SCHUNK, D., PAJERAS, F. The Developement in Academic Self-efficacy. *Development of achievement motivation*. 2002, pp. 16–31. ISSN 47907-1446.
- SEMRUD-CLIKEMAN, M., GLASS, K. Comprehension of humor in children with nonverbal learning disabilities, reading disabilities, and without learning disabilities. *Annals of Dyslexia*. 2008, vol. 58, no. 2, pp. 163–180. ISSN 0736-9387.
- SINGER, E. The Strategies Adopted by Dutch Children with Dyslexia to Mantain Their Self-Esteem When Teased at School. *Journal of Learning Disabilities*. 2005, vol. 38, no. 5, pp. 411–423. ISSN 0022-2194.
- SLAVÍN, R. Effective Reading Pro-grams for Middle and High Schools: a Best-Evidence Synthesis. *Reading Research Qua-terly*. 2008, vol. 43, no. 3, s. 290–322. ISSN 0034-0553.
- SMEČKOVÁ, G. *Specifické poruchy školních dovedností*. Olomouc: UP, 2013. 96 s. ISBN 978-80-244-3718-7.
- SMITH, S. What do parents of children with learning disabilities, ADHD, and related disorders deal with? *Pediatr Nurs*. 2002, vol. 28, no. 3, pp. 254–257. ISSN 12087645.
- SNOWLING, M. Specific learning difficulties. *Child Psychiatry 4*. 2005, vol. 4, no. 9, pp. 110–113. ISSN 1476-1793.
- SOBOTKOVÁ, I. *Model rodinné residence*. In STRNADOVÁ, I. Stress and resilience in families of children with specific learning disabilities. *Rev. Complut. Educ*. 2006, roč. 17, č. 2, s. 35–50. ISSN 1130-2496.

STANBERRY, K. *Learning difficulties and social skills: what's the connection?* 2016. On-line. Dostupný z WWW: <http://www.greatschools.org/gk/articles/learning-difficulties-and-social-skills/>. [cit. 2017-20-05].

STEVENS, R. *Children's Experiences of Dyslexia and Transition*. On-line. Thesis. The University of Hull. 2012. Dostupný z WWW: <https://hydra.hull.ac.uk/assets/hull:6340a/content>. [cit. 2017-26-04].

STRNADOVÁ, I. Stress and resilience in families of children with specific learning disabilities. *Rev. Complut. Educ.* 2006, roč. 17, č. 2, s. 35–50. ISSN 1130-2496.

STRNADOVÁ, I., EVANS, D. *Metodické aspekty dyskalkulie*. 2015. On-line. Dostupný z WWW: <https://www.alfabet.cz/vzdelani-a-integrace/skolni-vzdelavani/401-dyskalkulie>. [cit. 2017-25-04].

STRNADOVÁ, I., KVĚTOŇOVÁ, L. *Specialněpedagogická intervence v rodinách osob s postižením*. Olomouc: UP, 2010. On-line. Dostupné z WWW: http://old.pdf.upol.cz/fileadmin/user_upload/PdF/e-pedagogium/e-pedagogium_2010/05Grecmanova_-_E-pedagogium_1-2010_supl.pdf. [cit. 2017-17-05].

TERRAS, M., THOMPSON, L., MINNIS, H. Dyslexia and Psycho-social Functioning: An Explanatory Study of the Role of Self-esteem and Understanding. *Wiley InterScience*. 2009, vol. 15, no. 4, pp. 304–327. ISSN 10769242.

TETREAULT, S., FREEMAN, A., CARRIERE, M., BEAUPRE, P., GASCON, H., DESCHENES, P. Understanding the parents of children with special Leeds: collaboration between health, social and education network. *Child: care, health and development*. 2013, vol. 40, no. 6, pp. 825–832. ISSN nevedeno.

The Learning Disabilities Association. On-line. 2017. Dostupný z WWW: <http://ldapei.ca/types-of-learning-disabilities.html>. [cit. 2017-04-28].

TROJANOVÁ, K. Čtení o logopedii. *Česko-slovenská Pediatrie*. 2012, roč. 67, č. 4, s. 260–267. ISSN 0069-2328.

TUŽILOVÁ, E. *Specifické poruchy učení a chování, mimořádné nadání*. On-line. 2005. Dostupný z WWW: <http://www.nidv.cz/cs/download/pzus/materialy/Specialni-vzdelavaci-potreby.pdf>. [cit. 2017-04-24]

VAŠUTOVÁ, M. *Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a násilí ve školním prostředí*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. 278 s. ISBN 978-80-7368-525-6.

VÁGNEROVÁ, M. Vztahy spolužáků k dyslektickému vrstevníkovi. *Československá Psychologie*. 2006, roč. 50, č. 4, s. 311–326. ISSN 0009-062X.

WILDOVÁ, R. *Rozvíjení počáteční čtenářské gramotnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005. 311 s. ISBN 80-729-0228-8.

VITÁSKOVÁ, K. *Narušení grafické formy řeči*. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. *Specifické poruchy učení pro výchovné pracovníky*. Olomouc: UP, 2006. ISBN 80-244-1216-0.

VOLMAN, M., SCHENDEL, B., JONGMANS, M. Handwriting Difficulties in Primary School Children: A Search for Underlying Mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*. 2006, vol. 60, no. 4, pp. 451–460. ISSN 1946-7676.

WIENER, J. *Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities?* In BROOKS, B., FLOZD, F., ROBINS, D., CHAN, W. Extracurricular activities and the development of social skills in children with intellectual and specific learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*. 2015, vol. 59, no. 7, pp. 678–687. ISSN 0964-2633.

YOTYODYING, S., WILD, E. Predictors of the quantity and different qualities of home-based parental involvement: Evidence from parents of children with learning disabilities. *Learning and Individual Differences*. 2016, vol. 49, pp. 74–84. ISSN 1041-6080.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003. 263 s. ISBN 80-7178-800-7.

ZWICKER, J. G., MISSIUNA, C., HARRIS, S., BOYD, L. A. Brain Activation of Children with Developmental Coordination Disorder is Different than Peers. *Pediatrics*. 2010, vol. 126, no. 3, pp. 678–686. ISSN 00314005.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Radmila N'jai
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Urbanovská, Ph. D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Specifické poruchy učení a jejich vlivy na behaviorální a sociální aspekty u dětí a jejich problematika z pohledu rodičů.
Název v angličtině:	The effects of Specific Learning Difficulties on behavioral and social aspects in children and related challenges facing their parents.
Anotace práce:	Tématem této diplomové práce, která je zpracována formou přehledové studie, jsou specifické poruchy učení u dětí a adolescentů. Zkoumaným problémem jsou dopady specifických poruch učení na školní výkonnost, chování, emoční prožívání a sociální potíže a také stresové a resilienční faktory jejich rodičů. Cílem práce je sumarizace dostupných informací v oblasti symptomatologie specifických poruch učení, jejich vlivů na chování, emoční prožívání a sociální aspekty u dětí i problémových oblastí, které se týkají rodičů těchto dětí.
Klíčová slova:	Specifické poruchy učení, rodina, symptomy, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie, dyspraxie, neverbální poruchy učení, úzkost, frustrace, poruchy chování, stres resilience, strategie.
Anotace v angličtině:	The main theme of this diploma thesis are Specific Learning Difficulties in children and adolescents and it is composed as a scoping study. The problems which have been researched deal with the impact of Learning Difficulties on school achievements, behaviour, emotional and also social aspects in children as well as related challenges facing their parents.
Klíčová slova v angličtině:	Specific Learning Difficulties, Specific Learning Disabilities, parents, anxiety, stress, frustration, resiliency, coping strategies, behaviour, problems, social aspects, dyslexia, dysgrafia, dyskalkulia, dyspraxia, symptoms.
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	101 stran
Jazyk práce:	Český

