

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Poruchy chování a emocí a intervence u žáků 6-11 let

Ing. Eva Baslerová, Ph.D.

Olomouc 2023

doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala sama pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce za použití uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne:

Podpis:

.....

Eva Baslerová



## **Poděkování:**

Děkuji především panu doc. Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D. za trpělivé a laskavé vedení, věcné rady a připomínky, které mi v průběhu vzniku této práce poskytoval. Také bych chtěla poděkovat panu doc. Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za uvedení do problematiky. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Bronislavě Eichlerové za cenné rady a čas, který mi věnovala, kolegyním Bc. Petře Brankové, Magdě Kleinové, Dis. a Evě Bodzentové za příjemný čas trávený konzultacemi nad výsledky našeho bádání. Také bych chtěla velmi poděkovat své rodině, přátelům a kolegyním v práci za jejich trpělivost, pochopení a podporu, které mi během celého studia poskytovali.

Eva Baslerová

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>4</b>
1.1. DEFINICE DÍTĚTE .....	4
1.2. POSTOJ K DĚTEM V PRŮBĚHU DĚJIN .....	5
1.2.1. Postavení dětí v pravěku .....	5
1.2.2. Postavení dětí ve starověku .....	6
1.2.3. Postavení dětí ve středověku .....	7
1.2.4. Postavení dětí v novověku .....	8
1.2.5. Děti v 19. století až doposud.....	9
1.3. DÍTĚ 6 – 11 LET .....	12
1.3.1. Rozvoj fyzické schránky dítěte .....	14
1.3.2. Vývoj poznávacích procesů .....	14
1.3.3. Socializace .....	17
1.4. DEFINICE EMOCÍ A CHOVÁNÍ.....	22
1.5. PORUCHY CHOVÁNÍ.....	23
1.5.1. Klasifikace poruch chování a emocí podle MKN-10.....	24
1.5.2. Rozdíl mezi klasifikací MKN-10 a MKN-11 .....	29
1.5.3. Klasifikace poruch chování podle DSM-5.....	38
1.5.4. Speciálně-pedagogické rozdělení poruch chování .....	43
1.6. PŘÍČINY VZNIKU PORUCH CHOVÁNÍ .....	43
1.6.1. Biologické faktory.....	44
1.6.2. Genetické faktory .....	44
1.6.3. Psychosociální faktory .....	44

1.6.4.	<i>Sociální faktory</i> .....	45
1.7.	ŠKOLNÍ PORADENSKÉ PRACOVÍŠTĚ .....	45
1.8.	ŠKOLSKÁ PORADENSKÁ ZAŘÍZENÍ .....	46
1.8.1.	<i>Pedagogicko-psychologické poradny</i> .....	47
1.8.2.	<i>Speciálně pedagogické centra</i> .....	48
1.8.3.	<i>Střediska výchovné péče</i> .....	48
1.9.	INTERVENCE U DĚTÍ S PORUCHOU CHOVÁNÍ A EMOCÍ.....	49
1.9.1.	<i>Farmakologická intervence</i> .....	50
1.9.2.	<i>Psychoterapie</i> .....	50
1.9.3.	<i>Pedagogická intervence</i> .....	55
1.9.4.	<i>Programy a metody intervence u poruch chování u dětí</i> .....	58
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>60</b>
	<b>2. METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>60</b>
2.1.	JEDNOTLIVÉ FÁZE TVORBY LITERÁRNÍHO REVIEW .....	60
2.1.1.	<i>Zvolení inkluzivních a exkluzivních kritérií pro zařazení studií do našeho bádání a vyhledání v databázi Epistemonikos</i> .....	60
2.1.2.	<i>Vyhledávání (Screening)</i> .....	61
2.1.3.	<i>Rozdělení studií</i> .....	62
2.1.4.	<i>Extrakce dat</i> .....	62
2.1.5.	<i>Formulování výzkumné otázky pro tuto diplomovou práci</i> .....	62
	<b>3. VÝSLEDKY</b> .....	<b>63</b>
3.1.	PŘEHLED VŠECH PATNÁCTI ZAŘAZENÝCH STUDIÍ .....	64
3.2.	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ .....	103
3.3.	HLEDÁNÍ ODPOVĚDÍ NA PRVNÍ VÝZKUMNOU OTÁZKU .....	104

3.4. HLEDÁNÍ ODPOVĚDI NA DRUHOU VÝZKUMNOU OTÁZKU .....	108
<b>4. DISKUZE.....</b>	<b>113</b>
<b>5. ZÁVĚR.....</b>	<b>116</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>118</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>127</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>128</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>129</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>130</b>

<b>Jméno a příjmení:</b>	Ing. Eva Baslerová, Ph.D.
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálně pedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2024

<b>Název diplomové práce:</b>	Poruchy chování a emocí a intervence u žáků 6-11 let
<b>Název diplomové práce v anglickém jazyce:</b>	Behavioral and emotional disorders and intervention of pupils aged 6 to 11 years
<b>Anotace diplomové práce:</b>	<p>Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku poruch chování a emocí u žáků ve věku od šesti do jedenácti let, kteří navštěvují první stupeň základní školy. Autorka zdůrazňuje význam tohoto období v životě dítěte, kdy opouští známé prostředí mateřské školy a domova a vstupuje do nového sociálního prostředí plného nových výzev. Zaměřuje se na roli učitelů a rodičů v podpoře žáků v tomto procesu a využívání intervencí k řešení poruch chování a emocí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá definicí dítěte, jeho postavením ve společnosti, povinnou školní docházkou a poruchami chování a emocí včetně jejich etiologie a klasifikace. Dále se věnuje intervenčním metodám a poradenským zařízením. Praktická část obsahuje literární</p>

	<p>review intervencí poruch chování a emocí u dětí ve věku od šesti do jedenácti let, zjišťuje vliv těchto intervencí na základní symptomy poruch chování a emocí a popisuje metodologii výzkumu, včetně vyhledávání a vyhodnocování relevantních studií. Výsledky jsou prezentovány formou přehledových tabulek a literárního review, do kterého bylo zařazeno celkem 15 relevantních studií.</p> <p>Výsledky, přinášející informace o typech používaných intervencí a o jejich účinnostech, jsou zhodnoceny v diskuzi a shrnuty v závěrečné části této práce.</p>
<p><b>Klíčová slova:</b></p>	<p>Poruchy chování a emocí, intervence, žáci ve věku od šesti do jedenácti let</p>
<p><b>Anotace diplomové práce v anglickém jazyce:</b></p>	<p>This diploma thesis focuses on the issues of behavior and emotional disorders in students aged six to eleven attending the first stage of primary school. The author emphasizes the significance of this period in a child's life, as they leave the familiar environment of kindergarten and home and enter a new social environment full of new challenges. It focuses on the role of teachers and parents in supporting students in this process and utilizing interventions to address behavior and emotional disorders. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part deals with the definition of a child, their position in society, compulsory school attendance, and behavior</p>

	<p>and emotional disorders, including their etiology and classification. It also addresses intervention methods and counseling facilities. The practical part includes a literature review of interventions for behavior and emotional disorders in children aged six to eleven, assesses the impact of these interventions on basic symptoms of behavior and emotional disorders, and describes the research methodology, including the search and evaluation of relevant studies.</p> <p>The results are presented in the form of summary tables and a literature review, which includes a total of 15 relevant studies. The findings, providing information on the types of interventions used and their effectiveness, are evaluated in the discussion and summarized in the concluding part of this diploma thesis.</p>
<p><b>Klíčová slova v angličtině:</b></p>	<p>Behavioral and emotional disorders, interventions, pupils aged 6 to 11 years</p>
<p><b>Přílohy vázané k práci:</b></p>	<p>-</p>
<p><b>Rozsah práce:</b></p>	<p>130 stran</p>
<p><b>Jazyk práce:</b></p>	<p>Český jazyk</p>

# ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá poruchami chování a emocí a intervencemi u žáků od šesti do jedenácti let, tedy u dětí navštěvujících první stupeň základní školy.

Začátek povinné školní docházky je velmi významné období v životě dítěte. Dítě opouští známé prostředí domova a mateřské školy a vstupuje do nového prostředí školy. V tomto novém sociálním prostředí plném nových dětí, nových dospělých a nových pravidel se musí co nejrychleji zorientovat, prosadit, obhájit, zaujmout co nejlepší společenské postavení a k tomu ještě pravidelně plnit opravdové úkoly. Nejedná se o náročné období jen pro nově příchozí žáky, ale také pro rodiče a učitele, kteří by měli být velmi laskaví, trpěliví, otevření potřebám nováčků, kterým by měli být patřičným vzorem, přítelem, ale zároveň také autoritou.

Jsou to právě poruchy chování a emocí žáků, které dělají učitelům ve výchovně vzdělávacím procesu největší starosti. Učitelé musejí překonávat značné úsilí, aby žáky, projevující poruchy chování či emocí, usměrnili, získali jejich pozornost nutnou k tomu, aby žáci vnímali probíranou látku, látku se naučili a nerušili spolužáky. Znat postupy a metody jak toto všechno zvládnout, tedy znát způsob, jak projevům poruch chování a emocí u žáků předcházet nebo tyto poruchy umět eliminovat, naučit samotné děti, jak se svými emocemi pracovat nejen ve škole, ale i v běžném životě, je jako znát návod na život.

Takový návod by uvítal zřejmě každý učitel. Pro mne, aspiranta na pozici učitelky prvního stupně a matku třech dětí, byla tato diplomová práce výzvou a nadějí, že tento návod naleznu. Jako učitelka v mateřské škole vnímám přibývajícím počet dětí majících symptomy poruch chování a emocí již v předškolním věku. Důvodem může být zoufalá touha dětí po pozornosti, aktivitě, režimu a řádu, bezhraniční či nedbalá a nevhodná výchova, volný čas dětí trávený výhradně u telefonu anebo u počítače, poruchy centrální nervové soustavy, ADHD, jiné neurovývojové onemocnění či pouhé období vzdoru. Důvody jsou různé a mají také různou etiologii. Problematika poruch chování a emocí je tak široká, jako je veliká a hluboká lidská psychika a historie každého člověka a nutně potřebuje multidisciplinární přístup.

Práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou.



V první kapitole teoretické části se zabývám definicí dítěte, postavením dětí ve společnosti v průběhu historie, povinnou školní docházkou, dítětem z hlediska vývojové psychologie a sociologie. Dále jsem se v této části práce zaměřila na poruchy chování a emocí, jejich etiologii a klasifikace. V posledních kapitolách teoretické části se zabývám intervenčními metodami používanými při práci s dětmi s poruchami chování a emocí a poradenskými zařízeními.

Cílem praktické části mé diplomové práce je vytvořit literární review, kritický přehled všech dostupných intervencí poruch chování emocí u dětí od šesti do jedenácti let, a zjistit, jaký je vliv těchto intervencí na základní symptomy poruch chování a emocí.

Na praktické části své diplomové práce jsem spolupracovala s dalšími třemi studentkami, s Petrou Brankovou, s Magdou Kleinovou a s Evou Bodzentovou.

Prvním krokem této praktické části bylo vyhledání relevantních studií, zabývajících se intervencemi u poruch chování a emocí pomocí databáze Epistemonikos. Další fází práce bylo třídění nalezených studií podle zadaných kritérií. První vyhodnocení probíhalo na základě názvu a abstraktu vyhledaných studií v citačním manažeru Rayyan. Studie zde byly buď vybrány jako vhodné anebo byly vyřazeny. Poté jsme u studií, které byly uznány jako relevantní, dohledávaly jejich plné texty. Ze studií, obsahujících plné texty jsem dále vybírala studie, které se zabývaly intervencemi u dětí s poruchou chování a emocí od šesti do jedenácti let.

V praktické části této diplomové práce je popsána metodologie výzkumu, jsou zde popsány kritéria pro zařazení vyhledaných studií, strategie vyhledávání, strategie screeningu a následné extrakce dat. Je přiložen PRISMA diagram vývoje selekce jednotlivých studií.

Výsledky praktické části diplomové práce jsou zaznamenány v přehledových tabulkách. Pod každou tabulkou jsou umístěny důležité informace vybrané z jednotlivých studií. Důkladným rozborem jednotlivých studií jsem hledala odpověď na dvě výzkumné otázky.

„Jaké jsou nejčastěji používané intervence u dětí od šesti do jedenácti let s poruchou chování a emocí?“

„Existují intervence mající vliv na snížení symptomů poruch chování a emocí u dětí od šesti do jedenácti let? „

V kapitole diskuse jsou analyzovány výsledky výzkumu, které vedly k odpovědím na tyto výzkumné otázky.

# Teoretická část

## 1.1. Definice dítěte

Vycházíme-li z článku 1 Úmluvy o právech dítěte - právního dokumentu OSN, který je formou mezinárodní smlouvy a je součástí našeho právního řádu - „*dítětem se rozumí každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve.*“ (Úmluva o právech dítěte a související dokumenty, 2016)

Dle této Úmluvy každému dítěti, bez výjimky, náleží stejná lidská práva jako dospělým osobám. Navíc vzhledem ke své duševní a fyzické nezralosti a zranitelnosti vyžaduje dítě zvláštní péči, ochranu, pomoc a laskavé a trpělivé zacházení. (Hrnčířová Konstantinová, 2007)

**Floriánová (2023) uvádí, že každé dítě má konkrétně podle Úmluvy o právech dítěte tato práva a svobody:**

- „právo na život
- právo na jméno
- právo poznat své rodiče a být jimi vychováván
- svoboda projevu a svobodný přístup k informacím
- svoboda myšlení a náboženského vyznání
- svoboda sdružování a pokojného shromažďování
- právo na ochranu soukromí
- právo na ochranu před násilím, ponižováním a vykořisťováním
- právo na zajištění ochrany a pomoci poskytované státem, pokud je dítě zbaveno rodinného prostředí
- právo duševně nebo tělesně postižených dětí prožít plný a řádný život
- právo na ochranu zdraví a využívání zdravotnických zařízení
- právo na výhody sociálního zabezpečení
- právo na životní úroveň potřebnou pro jeho rozvoj
- právo na vzdělání
- právo na používání vlastního jazyka
- právo na odpočinek a volný čas

- právo na ochranu před nebezpečnou prací
- právo na svobodu projevu“ (Floriánová, 2023)

## **1.2. Postoj k dětem v průběhu dějin**

Musíme si uvědomit, že každý z nás byl dítě a díval se na svět dětskýma očima.

Péče o děti a výchova dětí jsou staré jako lidstvo samo. Analogii péče o potomky vidíme všude kolem sebe ve zvířecí říši a museli bychom velmi hledat, abychom našli zástupce zvířat, který se o své potomky, už ze své přirozenosti, nezajímá. Rozsah péče rodičů o své potomky závisí na schopnosti potomků se o sebe po narození postarat. Lidský potomek přicházející na svět zpravidla bez osrstění a bez schopnosti se samostatně pohybovat je na tom z hlediska sebeobsluhy hůře než například potomek gazely, který hned po narození běhá a proto lidské mládě vyžaduje specifickou rodičovskou péči.

Jedná se o naše vnitřní naprogramování, které nás nutí, těší a někdy také trápí se o své potomky starat, vychovávat je a předávat jim, podle našeho přesvědčení, důležité znalosti.

### **1.2.1. Postavení dětí v pravěku**

Bylo to zřejmě toto vnitřní naprogramování, které ženy v pravěku nutilo své děti teple zabalit do kožešiny, přitisknout k sobě a bez vymožeností kočárků, kolíbek, chůviček a jednorázových plen se o křičící, potřeby se dožadující, uzlíčky neustále starat. Samozřejmě už nezjistíme, zda se takto staraly o své děti všechny mámy, ale víme, že lidstvo přežilo a vyvíjelo se, což znamená, že děti, nebo některé děti, přežily a dokázaly v dospělosti přivést na svět děti a tyto děti a jejich děti a další generace dětí pokračovaly v péči o potomky až do dnešního dne. Jak ulovit mamuta, najít si potravu, neumrznout nebo se nepřehřát a vyznat se tedy i v proměnách přírody bylo v pravěku důležitější, než vědět, kde ve slově napsat tvrdé a měkké i/y a rodiče právě ty, v té době tak důležité, znalosti svým potomkům předávaly. Takže i zde můžeme mluvit o vzdělávání. Jestli byly nějaké ustanovení či úmluvy, co dítě smí a co už ne, to se už zřejmě nedozvíme.

Jsem přesvědčena, že prapůvodní povaha člověka je dobrá a že starost o děti byla jedna z nejpřirozenějších činností člověka. (Li, 2019) Dá se předpokládat, že se na péči o potomky podílela celá rodina. Pokud chtěl člověk v přírodě a ve společnosti přežít, musel

správně hospodařit s přírodními zdroji a také spoléhat na svou společnost a s ní spolupracovat a respektovat pravidla této společnosti. Jestliže člověk, tedy i dítě, pravidla společnosti nedodržel, mohl zemřít hladem, žízní, zimou, horkem, na nějakou nemoc či zlomeninu, mohl být sežrán divokým zvířetem anebo mohl být ze společnosti přinejmenším vykázán. Iniciační rituály domorodých, můžeme uvažovat o tom, že i u pradávných národů, rituály přijímání bytosti do určité společnosti, dnes vzdáleně připomíná slavnostní vítání občánků, nástup do školky, slavnostní přijetí do základní školy, pasování maturantů a podobně. I v dnešní době si tak připomínáme mezníky ve vývoji člověka a přijímání člověka do jisté skupiny lidí- do společnosti, která spojuje lidi stejného věku, národnosti, postavení nebo třeba zájmu.

Myslím, že pokud se společnost harmonicky vyvíjela, byl i harmonický vztah dospělých k dětem. Jestliže byl člověk uctívý k životu, byl uctívý i k právě narozenému člověku.

V těžkých dobách, kdy nebylo dostatek potravy a člověk musel volit mezi vlastním přežitím a přežitím dítěte, volil podle své osobní situace. Pokud se však společnost morálně zkažila, nebylo jí cizí ohrožovat práva druhých, brát věci druhých a zneužívat druhé. Takové počínání a taková morálka se jistě projevil ve vztahu k dětem. Pokud ne k dítěti vlastnímu, tak k dítěti nepříteli, na kterého dopadla stejná nenávist jako na jeho rodiče.

### 1.2.2. Postavení dětí ve starověku

Se vznikem písma se pojí také předávání vědomostí a znalostí dalším generacím nejen ústně, ale také písemnou formou. Dozvídáme se tak zajímavosti ze života starodávných národů a získáváme informace o tom, jaký vztah měli dospělí ve starověku k dětem. Výchovné systémy a vztah k dětem ve starověké Babylonii, Persii, Asýrii či Egyptě byly velmi specifické. O malé děti pečovaly matky či chůvy, vedly děti ke způsobu života a k náboženství svých národů. Děti byly připravovány na budoucí život a učily se dovednostem, o kterých se předpokládalo, že se jimi v budoucnosti budou žít. Vzdělávání, bylo určeno jen určité části vyšší společnosti.

Ve starověkém Řecku velcí filozofové jakými byli Sokrates, Platon, Aristoteles či Démokritos formulovali zásady výchovy a vzdělávání. Však také pojem pedagogika pochází z Řecka. Paidagogos doslova znamená vzdělaný otrok.(Pais= dítě, Agóge=vedení). Jednalo se

totiž často právě o vzdělaného otroka, který se v bohatých rodinách staral o děti a děti tedy vzdělával a vychovával. (Průcha, 1997)

O vzdělávání, ale také o životu či smrti dítěte až do čtvrtého století rozhodoval otec dítěte. Dítě bylo chápáno jako předmět, který mohl otec prodat i do otroctví, pokud to uznal za vhodné. (Veselá, 2005) Vše záleželo na lásce a v zalíbení otce ve svém dítěti.

Z historie se dozvídáme, že v roce 313 byl v římské říši vydán Toleranční Edikt milánský dovolující praktikovat křesťanství (Veselá, 2005) či jiné náboženství. O skoro půl století později, když bylo křesťanství přijato jako státní náboženství římského impéria, zabití dítěte se rovnalo vraždě.

Děti se tedy již oficiálně nezabíjely, ale stále se ještě mohly prodávat do otroctví.

### 1.2.3. Postavení dětí ve středověku

Nemusíme putovat minulostí až do starověku, abychom mluvili o otrocích. Kde získávali například Přemyslovci zlato na ražení mincí? Prodejem otroků. Kdo byli otroci? Otrokem se mohl stát vlastně kdokoli. Nejžádanější v té době byli muži a ženy ve věku od dvanácti do dvaceti let, takže z dnešního pohledu i děti a adolescenti. (Wihoda, 2020)

Rozvoj křesťanství přinesl jen pozvolné změny. Již se nesměli prodávat křesťané, křesťanská víra však stále povolovala obchod s pohany, kteří se prohřešili svým pohanstvím a museli se takto vykoupit ze svých hříchů. (Wihoda, 2020) Prodávali se nepřátelé a děti nepřátel.

Jinak byly vychovávány dívky a jinak chlapci, neboť byly jasně dané, genderově rozdělené, role ve společnosti. V rodině byla dána jasná hierarchie a děti byly podřízené dospělým. (Dvořáčková-Malá, 2019) Nebylo neobvyklé, že měli dospělí tolik starostí a mnohdy tolik dětí, že byly děti, často osiřelé, nechávány vlastnímu osudu. Lidé a tedy i děti byli i za pomoci církve vychovávaní k poslušnosti. Velký rozdíl byl nejen v tom, do jaké společenské třídy se dítě narodilo, ale také v tom, zda se dítě narodilo z manželské či nemanželské lóže, protože jen svazek manželský byl hoden přivádět dítě do křesťanského světa.

Většina obyvatel byla negramotná, vědomosti a pracovní postupy se předávaly ústně. Pro obyčejného člověka bylo důležité se učit řemeslu a praktickým dovednostem, jako třeba jak podojit krávu, utlouct máslo, upéct chleba, poznat jedlé hříby a uvařit si z nich polévku, nebo jak si ušít si boty. Negramotná byla z počátku i vyšší společnost. Ta se vyučovala v rytířských dovednostech, v dvorní etiketě, v bojových uměních a v křesťanské víře. (Riché, 2011)

Zpočátku se zakládaly školy farní, klášterní a katedrálí, vzdělávali se zde duchovní. Vzdělávány byly i děti z vyšších vrstev formou domácí výuky, později se vzdělávalo několik šlechticů společně. Spolu se zakládáním měst se začaly rozvíjet školy městské, ale také školy židovské a vznikaly University. (Riché, 2011) Uvádí se, že s rozvojem městských škol stoupla gramotnost měšťanského obyvatelstva až na 30 procent. (Märtl, 2007)

Vzorem středověkého vzdělávání byla římská rétorská škola, navazovalo se tedy na antiku. Vyučovalo se latinsky a základem bylo sedmero svobodných umění, rozdělených na dva stupně - na trivium a quadrivium. (Riché, 2011)

#### 1.2.4. Postavení dětí v novověku

Až v následujících stoletích humanističtí a renesanční myslitelé - filosofové, lékaři a teologové - přinášejí poznatky o vývoji dětí a jejich potřebách.

V sedmnáctém století učitel, kazatel a později biskup Jednoty bratrské Jan Ámos Komenský přinesl mnoho nových poznatků o dětech, o jejich potřebách a výchově. Komenský byl člověkem vysoce mravním a čestným a mně osobně je velkým vzorem, ukazující mi, jaký by měl učitel být.

Psal díla filosofická, teologická, politická, historická a pedagogická. Jeho nadčasové dílo okouzluje i nyní, po více než tři sta letech a má stále, co nabídnout. Uvědomil si, že výchova je při formování člověka velmi důležitá, a tak hledal účinnou metodu, aby se dítě učilo snadno, příjemně a při tom najisto, důkladně a rychle. Školu považoval za dílnu života. Vyučování by podle něj mělo být názorné a měly by se zapojit všechny složky člověka - mysl, ruka a jazyk - děti by se měly učit nejdříve jednoduché věci a až po jejich pochopení a zvnitřnění by se měly učit věci složitější, důraz kladl na opakování známého, a pochopení vzájemných vztahů mezi věcmi. (Kovářová, 2021)

Komenského didaktické zásady a způsob výuky se používají dodnes, protože i po několika staletích stále potvrzují svou universitní platnost. Komenský se věnoval také předškolní výchově, kterou považoval za nezbytnou součást vzdělávání. (Komenský, 1964)

Významným mezníkem pro vzdělanost dětí a tedy i pro naději na lepší život pro děti byl rok 1774, kdy byla císařovnou Marií Terezií zavedena povinná školní docházka od šestého roku věku dítěte na nejméně šest let. Movitější rodiny si mohly platit soukromého učitele, ostatní děti musely navštěvovat školu. Tímto počinem se vzdělání stalo dostupným pro všechny vrstvy obyvatelstva bezplatně. (Veselá, 1992) Dětský život tak získal jiný řád a nový směr. Vesnické děti do té doby pomáhaly rodičům v domácnostech, na polích a brzy také se využívala jejich velikost a nadání například při práci v dolech nebo při čištění úzkých chodeb či komínů. Některé děti tak mohly spočinout ve školních lavicích a odpočinout tak svým, prací zmoženým, tělům.

#### 1.2.5. Děti v 19. století až doposud

V devatenáctém století se postupně zvyšuje hodnota dítěte, usiluje se o hlubší poznání a porozumění vnitřního prožívání dítěte. Zkoumají se jednotlivé životní etapy dětí a potřeby dětí v těchto etapách-fázích. Hledají se cesty, vedoucí k naplnění potřeb dětí a k formování a výchově dětí v zdravé, pro společnost prospěšné, jedince. Vznikají různé pedagogické teorie, pedagogické směry a vytvářejí se rozličné názory na výchovu a vzdělávání dětí. (Kašper, 2008) Postupně jsou vydávány zákony zakazující práci dětí. (Chutná, 1995)

O dvacátém století již hovoříme jako o století dítěte (Key, 2022) a o pedocentrismu. (Průcha, 1995)

V následujícím odstavci jsou shrnuty události, které byly pro vztah společnosti k dětem významné a vedly k uznání dětí a jejich práv ve světě dospělých. Tyto události reflektovaly dění v tehdejší společnosti. (Hrnčířová Konstantinová, 2007)

- V roce 1924 byla Společností národů v Ženevě přijata Deklarace práv dítěte.
- V roce 1945 v San Francisku, za účasti představitelů 50 států, byla ustanovena OSN. Ta nahradila Společnost národů.
- V roce 1948 byla Valným shromážděním OSN vydána Všeobecná deklarace lidských práv.



- V roce 1959 byla na Valném shromáždění OSN přijata Deklarace práv dítěte. Deklarace práv dítěte měla zatím jen doporučující charakter.
- V roce 1968 se na Mezinárodní konferenci o lidských právech v Teheránu rozhodlo, že deklarace musí představovat pro členy mezinárodního společenství povinnost naplňovat její cíle.
- Rok 1979 byl vyhlášen Mezinárodním rokem dítěte.
- Následovalo mnoho let snah a práce odborníků. (Hrnčířová Konstantinová, 2007)

A to už jsme se dostali do roku 1989, kdy byla 20. listopadu 1989 v New Yorku přijata Úmluva o právech dítěte, kterou k dnešnímu dni přijalo 196 států světa. Ochrana dětí se tak postupně dostala do kompetencí nejen rodiny, ale i státu. (Krupa, 2016)

K Úmluvě o právech dítěte byly přijaty tři opční protokoly:

- Opční protokol k Úmluvě o právech dítěte o zapojování dětí do ozbrojených konfliktů.
- Opční protokol k Úmluvě o právech dítěte o prodeji dětí, dětské prostituci a dětské pornografii.
- Opční protokol k Úmluvě o právech dítěte zavádějící postup předkládání oznámení. (Úmluva o právech dítěte a související dokumenty, 2016)

Česká republika se stala smluvní stranou Úmluvy o právech dítěte od samého jejího vzniku v roce 1989. Stát, který přijal Úmluvu o právech dítěte, tedy i Česká republika, je povinen o svém počínání v naplňování cílů Úmluvy o právech dítěte každých pět let podávat zprávu komisi pro práva dítěte OSN a měl by usilovat o úpravu svých zákonů v duchu této Úmluvy. (*Výbor OSN pro práva dítěte vydal Závěrečná doporučení ke spojené 5. a 6. pravidelné zprávě České republiky o plnění Úmluvy OSN o právech dítěte*, 2021) (Floriánová, 2021)

Česká republika zohledňuje a implementuje principy obsažené v Úmluvě o právech dítěte do své vnitrostátní legislativy. (Floriánová, 2021)

Například v **Zákoně č. 359/1999 Sb. o sociálně - právní ochraně dětí** se sociálně právní ochranou dětí v souladu s Úmluvou o právech dítěte rozumí:

- ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu,
- ochranu oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění a
- působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny,
- zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině. („Legislativa a systém sociálně-právní ochrany“)

Dle tohoto zákona je dítětem osoba nezletilá a zletilosti lze dle občanského zákoníku nabýt dovršením osmnáctého roku věku anebo uzavřením manželství, nejdříve však od šestnácti let. Sociálně-právní ochrana náleží bez ohledu na státní občanství všem dětem, které se nacházejí na území České republiky. („Legislativa a systém sociálně-právní ochrany“)

Když se zamyslím nad vztahem společnosti k dětem, vidím vzdálenou analogii se Sovákovou periodizací vývoje vztahu společnosti k osobám s postižením. (Sovák, 1980) Tedy k osobám ještě více zranitelným a bezbranným, než jsou děti intaktní. I zde musíme uvažovat v širších souvislostech, protože byl jistě jiný postoj k dítěti, které se narodilo ve třináctém století v Evropě na císařském dvoře a jiné k dítěti, které se narodilo ve stejném století v Africe či jen v podhradí taktéž v Evropě. Stejně tak je jiný postoj k dítěti dnes v České republice a jiný k dítěti v některé z rozvojových zemí.

Pro evropskou společnost, ve které rodiče čím dál častěji využívají pomoci reprodukční medicíny, aby mohly, nehledě na finanční náročnost, na svět přivést dítě, je jistě nepochopitelná politika plánování porodnosti v Čínské lidové republice. Je to teprve tři roky, kdy matky čekající třetí dítě, nejsou nuceny podstoupit potrat a druhé dítě si mohou dovolit rodiny, aniž by nenarozené dítě zavraždily až od počátku dvacátého prvního století. (Katarína Brezovská, Kateřina Procházková, 2010)

Často se takto vynucené potraty provádí během druhého a třetího trimestru těhotenství. Jak je v tomto případě naplňována Úmluva o právech dítěte, ke které se i Čína zavázala? (Hradilová, 2009)

Jaké právo má nelegálně narozené, oficiálně neexistující, dítě v Číně? Kdo ho ochrání? Syn je v této zemi totiž žádanější než dívka a pokud se tedy narodí první dívka, stává se, že se úřadům tato dívka nepřihlásí, aby se rodině mohl narodit ještě chlapec. Tyto dívky nemohou

studovat, navštěvovat lékaře a později dokonce ani hledat práci. Nemají totiž identifikační čísla a jakoby neexistují. Zákaz ultrazvuku situaci nepomáhá. (Hesketh,2005) Stále existuje i běžná praxe zahrnující propíchování mozku a zavedení jedu do mozku jehlou při porodu nebo okamžitě po něm, házení novorozenců dětí na zem, topení dítěte v kbelíku s vodou a šlapání po novorozenětech. (Quincy Yu, 2010)

Při čtení takových zpráv je mi opravdu smutno a vzpomenu si na slova Martin Luthera Kinga, který kdysi řekl: „Nespravedlnost na jednom místě zeměkoule ohrožuje spravedlnost na celém světě.“ (*„Nespravedlnost na jednom místě zeměkoule ohrožuje spravedlnost na celém světě.--varianta-- Malá nespravedlnost je hrozbou pro veškerou spravedlnost.“*)

### **1.3. Dítě 6 – 11 let**

Nejdříve bych chtěla charakterizovat dítě ve věku od šesti do jedenácti let z hlediska vývojové psychologie. Je to totiž právě vývojová psychologie, která pomáhá rodičům, učitelům a lidem pracujícím s dětmi, porozumět chování dětí v jednotlivých vývojových etapách. Popisuje psychické potřeby dětí a pomáhá rozlišit běžné chování od chování nepřiměřeného a ukazuje nám, jaké chování dětí v jednotlivých vývojových fázích můžeme reálně očekávat. (Vágnerová, 2012)

Dítě od šesti let do jedenácti let je z pravidla dítě navštěvující první stupeň základní školy. Podle vývojové psychologie se jedná o děti raného anebo raného až středního školního věku.

Raný školní věk tedy začíná nástupem dítěte do školy, to je od cca šesti let a trvá do devíti let. Střední školní věk pokračuje do jedenácti až dvanácti let. Někteří autoři za raný školní věk považují období až do jedenácti až dvanácti let, tedy do období pohlavního dospívání. (Vágnerová, 2012)

Nástup dítěte do první třídy základní školy je pro dítě a jeho rodinu velkou změnou. Dítě musí opustit známé prostředí mateřské školy, kde už mělo svou skříňku, postýlku, místo ve společenské hierarchii, místo, kde mělo „své lidi“ už přečtené a musí se učit číst v pro dítě v nových lidech. Přijme ho nová smečka? Pochopí jeho individualitu? Budou na něj hodní? Nebudou se mu smát, když mu něco nepůjde? V tomto procesu hraje velkou roli vztah rodiny

dítěte ke škole, pozitivní zkušenost s prostředím školy, motivovanost dítěte, to, zda s dítětem jdou i jeho kamarádi či zda již má ve škole spřízněnou duši.

V této souvislosti mluvíme o školní zralosti, připravenosti budoucích školáků. (Vágnerová, 2012)

Ve škole se musí malí žáčci velmi rychle naučit a dodržovat nová pravidla, plnit nové úkoly podle nových algoritmů a myslet například na aktovku, která se bere každý den domů a zase zpátky a na úkoly, které mají doma udělat. Hrát si může žáček jen o přestávce, která je kratší než svačinka ve školce. Poměrně rychle se musí naučit poznávat všechna písmenka, přečíst je a zase napsat, učí se počítat. A tak se to opakuje každý všední den až do prázdnin. To, co se dítěti doposud s přimhouřenýma očima odpouštělo, se nyní po dítěti důsledně vyžaduje. Například si musí už samo utírat zadeček, zavazovat tkaničky a poradit si s vylitým pitím v aktovce.

Přidejme ještě změny, ke kterým v těle dítěte v tomto věku dochází- dozrává cévní nervová soustava, dítě mohutní, vypadávají mu mléčné zuby a rostou zuby stálé- a uvědomíme si, jak důležité je se k takovému dítěti chovat, co nejlaskavěji a věnovat mu velkou pozornost. (Vágnerová, 2012)

Střední školní věk následuje po raném školním věku a trvá od devíti do jedenácti až dvanácti let. Končí nástupem dítěte na druhý stupeň základní školy a dospíváním. Pro toto období jsou charakteristické drobné změny, které jsou chápány jako příprava na dospívání. (Vágnerová, 2012) V tomto období již dítě ví, co od kterého člověka může očekávat. Cítí se, v ideálním případě, ve škole bezpečně, má své místo ve školské společenské hierarchii. Problémy, které dítě řeší, se týkají rozepří mezi vrstevníky, větší kvantitou učiva a mohou být se vyskytnout také z prostředí rodiny. Projevují se také specifické poruchy učení. Následuje starší školní věk, který se kryje s pubescencí a v této práci se jím zabývat nebudu. (Vágnerová, 2012)

Nástup do školy je tedy velkým mezníkem v životě dítěte a ovlivní budoucí životní směřování dítěte. (Vágnerová, 2012) A samozřejmě ovlivní chod celé rodiny, která nyní musí ještě více logisticky spolupracovat, aby se dítě dostalo včas, nakrmené a čisté každý všední den do školy a zase se všemi věcmi zpátky domů. Rodina musí dítěti zajistit vše potřebné do

školy a pravidelně sledovat notýsek, jestli není potřeba vyfouknout pro dítě vajíčka na malování či nakoupit párek na opékání a nezapomenout podepsat úkoly, žákovskou knížku a zkontrolovat například, zda v aktovce není tlející, zapomenutý banán. Do toho prázdniny a dětské nemoci. Za to vše pak jsou rodiče odměněni vysvědčením, které jim malý školák na konci školního roku ukáže a dlouhými prázdninami, kdy musí skloubit práci a péči o dítě doma a každý školní rok v září na novo minimálně po dobu povinné školní docházky. Ale díky našemu vnitřnímu naprogramování to vše většina z nás dělá s láskou.

### **1.3.1. Rozvoj fyzické schránky dítěte**

Dítěti ve věku od šesti do jedenácti let se zpomaluje růst do výšky a naopak nabývá jeho tělo na objemu. Dívky působí na konci mladšího školního věku vyspěleji než chlapci a jsou psychicky odolnější. Dokážou se déle a intenzivně soustředit na školní práci. (Labusová, 2014)

Chlapci vynikají v pohybových aktivitách, zvláště ve vytrvalostních sportech. Dětem se v tomto věku rychle obnoví síly i po energeticky náročném výkonu. Děti potřebují pohyb, ale neměli bychom je jednostranně přetěžovat, abychom předešli pozdějším potížím pohybového aparátu. (Labusová, 2014)

Díky výměně chrupu, děti okolo jedenácti let již nepůsobí dětsky a jejich tváře získávají rysy, které budou pro ně typické v dospělosti. (Labusová, 2014) Období mladšího školního věku je stěžejní v získání návyků zdravého životního stylu a rozvržení svého času mezi povinnostmi a odpočinkem a k prevenci dětských depresí, agresí a různých závislostí. (Labusová, 2014)

### **1.3.2. Vývoj poznávacích procesů**

Dítě raného a středního školního věku prodělává velký rozvoj poznávacích procesů - vnímání, paměti, myšlení, pozornosti. (Vágnerová, 2012)

#### **1.3.2.1. Vnímání**

U dětí se původně náhodné vnímání pozvolna stává cílevědomým procesem. Dítě se orientuje v čase a prostoru, zdokonaluje se jeho smyslové vnímání. (Labusová, 2014) U dětí

se v tomto období rozvíjí schopnost rozlišovat zvukovou stránku řeči. Zlepšuje se koordinace mezi zrakem a jemnou motorikou. (Vágnerová, 2012)

#### **1.3.2.2. Myšlení**

Dítě se učí volit strategie myšlení podle svých minulých zkušeností. Vyhodnocuje, zda daná strategie vedla či nevedla k cíli. Strategii, která ho dovedla k cíli, pak zdokonaluje. Počáteční prelogické myšlení, obsahující subjektivní přání a obavy postupně nahrazuje objektivním věcným nahlížením reality. Z počátku se děti při myšlení opírají jen o vlastní zkušenosti, o realitu, kterou znají anebo poznaly v minulosti. Pokud něčemu děti nerozumí nebo jim chybí v porozumění jevu nějaký článek, nahradí ho vlastní úvahou nebo fantastickými domněnkami. (Vágnerová, 2012) Proto by výuka na prvním stupni základní školy měla být co nejvíce názorná, měla by stavět na dětem známých jevech, odkazovat na známá místa, věci, osoby a děje. Nové poznatky by dítěti měly být předkládány tak, aby je nejen slyšelo, ale aby je mohlo i zažít a pocítit. Obecně platné didaktické zásady zde právem získávají svou důležitost.

Myšlenkové výkony se v průběhu dětství zvyšují a to vlivem zrání a vlivem stimulace, způsobené učením. (Vágnerová, 2012)

Dětské poznávání se stává objektivnějším, přesnějším, flexibilnějším a konkrétnějším. Proměna dětského poznávání je postupná a pozvolná a trvá i několik let. Dochází k rozvoji logického myšlení. Mluvíme o tom, že dítě ve věku od šesti do jedenácti let se dle Piageta dostává do fáze konkrétních logických operací. (Vágnerová, 2012)

#### **1.3.2.3. Paměť**

V raném školním věku se velmi intenzivně rozvíjejí paměťové funkce dětí. Dítě dozrává a dostává velký počet stimulů ze školy. Vědomosti do sebe doslova nasává. Rovněž se zvyšuje kapacita paměti, dítě si osvojuje efektivnější paměťové strategie a zvyšuje se rychlost nutná ke zpracování informací. (Vágnerová, 2012)

#### **1.3.2.4. Pozornost**

Během školního věku dochází k proměnám jak v kapacitě, tak v kvalitě pozornosti. Stabilita pozornosti postupně roste a je úzce spojena s motivací a zájmem dítěte. Schopnost

soustředit se může být považována za klíčový prvek školní zralosti, který má vliv na úroveň ostatních kognitivních procesů. (Vágnerová, 2012)

Aby dítě mohlo efektivně vnímat probíranou látku ve škole, je nezbytné, aby bylo schopno udržet pozornost a aby ho nerušily nepodstatné podněty. Na začátku prvního stupně školní docházky mnoho žáků projevuje převážně bezděčnou pozornost. S postupem času se rozvíjí schopnost selektivity a přesunování pozornosti. Informace prezentované vizuálně mají výhodu delší expozice, zatímco soustředění pozornosti na zvukové podněty je náročnější, protože rychle mizí. Z tohoto důvodu je při výuce důležité zapojit všechny smysly dítěte a vést lekci co nejvíce názorně. (Vágnerová, 2012) (Bártková, 2010)

#### **1.3.2.5. Vývoj jazykových kompetencí**

Komunikace představuje vzájemnou výměnu informací mezi člověkem a prostředím, ve kterém se člověk nachází. Komunikace je v mezilidských vztazích velmi důležitá, neboť díky ní si lidé předávají své myšlenky, informace a má významný vliv na proces učení a na rozvoj osobnosti. (Klenková, 2006)

Slyšící dítě má obvykle v mladším školním věku dostatečnou slovní zásobu k tomu, aby bylo schopno porozumět mluvenému slovu a komunikovalo a vyjádřilo se k věcem ze svého života. Pokud však dítě doma nemá správný komunikační vzor, je pro dítě těžší se naučit správně vyslovovat. Jestliže se doma komunikovalo jen málo, nečetly se například dítěti pohádky a rodinní příslušníci si nepovídali, dítě nemělo příležitost osvojit si umění vypravování a je to na jeho mluvním projevu znát. (Klenková, 2006),(Bártková, 2010)

Toto období bychom neměli promeškat a měli bychom se snažit napravit poruchy a nedostatky ve vývoji řeči. Nejlepší by bylo, aby dítě správně artikulovalo všechny hlásky, ale právě ve vývoji řeči se projevují u dětí větší rozdíly než u ostatních duševních funkcí. Často se objevuje dyslalie neboli patlavost. Řeč je, vedle očima viditelného fyzické podoby člověka, nejnápadnější prvek. A právě na prvním stupni je jakákoli odlišnost od normy velice rychle odhalena a může být důvodem posměšků ostatních dětí. (Matějček, 2013)Každý si umí představit a možná i vzpomenout, co takové posměšky malému školákovi způsobují. Dítě může být velmi frustrované, může začít s dětmi bojovat, uzavřít se, projevovat se negativismem, anebo to dětem začne vracet a hledat příležitosti, kdy ono samo se bude druhým posmívat. Může být plačtivé a úzkostné, bez zájmu o školu. Z toho důvodu je třeba,

pokud dítě nevyslovuje všechny hlásky správně, co nejdříve navštívit logopeda a pracovat na správné artikulaci hlásek. Pokud mají rodiče pochyby, zda dítě správně artikuluje a zda se u něj neprojevuje opožděný vývoj řeči, je vhodné navštívit logopeda k posouzení komunikačních schopností již ve třech letech.

Protože každé dítě přichází do školy z jiného prostředí, kde se používají třeba i jiná slova, navzájem se ve škole děti o slova obohacují. V hodinách českého jazyka se děti učí o struktuře jazyka a způsobech jeho využití a učí se používat gramatická pravidla vědomě. V dalších předmětech se učí nová slova, označující pro děti nové pojmy, názvy věcí, zvířat a vlastností a jevů. Rozvíjejí se tak jazykové kompetence. (Klenková, 2006)

#### **1.3.2.6. Emoční vývoj**

Projevy zrání dětského organismu, zejména centrální nervové soustavy, se projevují změnou celkové reaktivity, zvýšením emoční stability a vyšší odolností vůči stresu. V tomto období mají děti je obvykle dobrou náladu, citové prožitky se snadno vytvářejí a také relativně snadno mizí. Nástup do školy může negativně ovlivnit emoční stabilitu a podnítit vývoj negativních emocí, zejména úzkosti a strachu, jako je strach z trestu. Postupně se však u dětí vyvíjí větší citová stabilita. Pro mladší školáky představují hlavní emoční oporu především rodiče, zatímco děti ve středním školním věku se stále častěji obracejí ke svým vrstevníkům. Sdílení emocí s vrstevníky je snazší, protože jsou na podobné vývojové úrovni, prožívají podobné problémy a podobně je prožívají a tedy jeden druhému rozumějí. (Vágnerová, 2012), (Bártková, 2010)

#### **1.3.3. Socializace**

V tomto školním věku jsou pro rozvoj dětské osobnosti důležité tři oblasti – rodina, škola a vrstevnická skupina. (Vágnerová, 2012)

##### **Rodina**

Rodina představuje pro dítě první socializační prostředí a uspokojuje, nebo by měla uspokojovat, většinou jeho potřeb. Vztahy dětí k rodičům jsou velmi silné a převážně kladné. Děti chtějí trávit čas s rodiči, bezvýhradně přejímají zvyklosti, názory, pravidla chování a životní postoje svých rodičů a podle nich se pak sami staví ke škole a k životu. Děti čerpají



z rodinného prostředí svou identitu. (Vágnerová, 2012) Je proto nanejvýš žádoucí, aby se normy a pravidla chování v rodině příliš nelišili od těch vyžadovaných ve škole.

V rodině, je důležitý kromě vztahu s rodiči také vztah se sourozenci. Pokud je dítě jedináček, může se v rodině porovnávat pouze s dospělými, nemůže zažít to, co zažívají děti se sourozenci, tedy pocit podpory, spiklenectví, dělení se o cokoli i o přízeň rodičů a nezíská zkušenost z řešení různých konfliktů. (Vágnerová, 2012)

Počet sourozenců, pořadí, ve kterém se dítě v rodině narodilo, věkový rozdíl mezi sourozenci, nevlastní sourozenecké vztahy, to vše má vliv na utváření osobnosti dítěte.

Pevnější a trvalejší vztahy jsou mezi sourozenci, kteří mají mezi sebou malý věkový rozdíl. Sourozenci často bojují o přízeň rodičů, srovnávají, zda v něčem nedostali něčeho méně či více a pokud rodič vyzdvihuje jedno dítě před druhým, vede to k problémům se žárlivostmi. Často žárlí starší sourozenci na mladší a zažívají opravdové pocity křivdy. Rodič, který byl tady vždy pro něj, se najednou věnuje více o někoho jiného. Dalo by se to přirovnat k situaci, kdy si muž přivede domů novou ženu, která zabere postel a věci ženě původní a od původní ženy se očekává, že bude o novou ženu laskavě pečovat, bude ji nejlepší kamarádkou a s úsměvem ji předá své zkušenosti a všemu ji naučí. Přitom musí přihlížet, jak se muž více a laskavěji, ona je přece mladší a bezbrannější, stará o novou ženu. Jak frustrující. Od nejstaršího sourozence je vyžadována spolehlivost, zodpovědnost a dítě v duchu těchto požadavků, na sebe kladených, takto i v dospělosti přistupuje k životu. Prostřední sourozenec se snaží vyrovnat se sourozenci staršímu, životem jakoby běží. Nejmladší sourozenec zpravidla získává mnoho pozornosti a stává se silnou osobností v dospělosti až už v dobrém anebo špatném. (Adler, 1994) Pro jedináčky je přirozené být středem pozornosti a nemuset se o cokoli dělit.

### **1.3.3.1. Vrstevnická skupina**

Dítě si tvoří vrstevnickou skupinu z pravidla v místě bydliště, ve škole, prostě tam, kde se nejvíce vyskytuje. Ve vrstevnické skupině dítě postupně získává své místo, získává svou nálepkou. V dětské skupině se rozvíjí schopnost soupeřit i spolupracovat. (Vágnerová, 2012) Vrstevnická skupina je velmi důležitá pro jedináčky, kterým supluje sourozence.

### 1.3.3.2. Škola

Ve škole dítě tráví většinu denního času a někdy tráví dítě v prostředí školy i více času než s rodiči. Na formování dítěte má škola proto podstatný vliv. Ovlivňuje rozvoj identity školáka, zvláště jeho sebehodnocení a sebeúcty. (Vágnerová, 2012)

V prvních až třetí třídě je pro žáky vztah s učitelem velmi důležitý. Děti bojují o přízeň učitele, sdělují mu věci ze svého života a chtějí být pro učitele zajímaví a získat si celou jeho pozornost. Mají k učiteli většinou kladný vztah. Dá se říci, že je učitel pro děti vzorem a protože je dětmi neustále sledován, jeho chování a názory ovlivňují děti a ty ho mohou ve svém chování v budoucnu napodobovat. Učitel by měl být k dětem laskavý, empatický, tolerantní a projevovat o děti zájem. V tomto období se dítě chce co nejvíce prosadit se svým výkonem, chce ukázat své kvality mezi kamarády a před učitelem. Dítě potřebuje být pozitivně hodnoceno a akceptováno. (Vágnerová, 2012) Zároveň, aby učitel mohl děti něčemu naučit, měl by si umět získat pozornost dětí, mít jistou autoritu a udržet si ve třídě kázeň, neboť bez kázně by děti nic nenaučil. (Hutyrová, 2019)

Ve třetím ročníku děti poprvé začínají pozorovat učitele objektivně a hodnotí jeho vlastnosti a jeho práci. Neobjevuje se však otevřený negativismus či nepřátelství, jediné v případě, že dítě slýchá negativní hlasy na školu doma a pak je ve škole reprodukuje. Toto stádium se nazývá prekohézní stádium. O čtvrtém ročníku mluvíme jako o stádiu prvotní koheze-spolupráce dětí. (Hutyrová, 2019)

Z počátku se třída skládá z několika menších nestabilních jednotek, bez pevné vnitřní struktury. V dalších ročnících třídu tvoří několik izolovaných a spíše soupeřivých skupinek. Ve čtvrtém ročníku se začínají mezi dětmi vytvářet užší přátelské vztahy. Děti si hledají spřízněné duše, které mají podobný pohled na svět, koníčky a vnitřní naladění. (Čačka, 2000)

To, zda je dítě vůdčí typ anebo se raději nechává vést, lze vyzorovat již v mateřské škole a velmi záleží, zda ve třídě se vyskytuje více dominantních typů osobnosti, jakého jsou ražení a jakého vchoování. Také na tom, zda dominantní osoby jsou mravně vyspělé, pozitivního naladění anebo děti agresivní. To vše se odráží na třídním klimatu.

### **1.3.3.3. Povinná školní docházka dnes**

Povinná školní docházka je zákonná povinnost dětí navštěvovat v určitém věkovém rozmezí školu a je v České republice definována v zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. V současné době je povinná školní docházka v České republice po dobu devíti školních let, maximálně však do konce školního roku, v němž žák dosáhne sedmnáctého roku věku. Zákonní zástupci dětí odpovídajícího věku jsou povinni posílat své děti do školy. (Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, 2004)

Kromě povinné školní docházky je také možné zvolit formu domácího vzdělávání neboli individuálního vzdělávání, která je založena na povinnosti vzdělávání jiným vzdělavatelem nežli školským zařízením, obvykle rodičem nebo tzv. učitelem. (Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, 2004)

Právo na vzdělání je zakotveno v Listině základních práv a svobod ČR. Každý má právo na bezplatné vzdělání na základních a středních školách, případně na vysokých školách. Mít právo na vzdělání znamená, že člověku nesmí být bráněno se vzdělávat. Patří sem rovný přístup každého člověka ke vzdělávacím prostředkům a institucím. V České republice mají etnické a národnostní menšiny právo na to se vzdělávat ve svém mateřském jazyku. (Listina základních práv a svobod, 1991)

### **1.3.3.4. Přípravenost na školu**

Podle paní Pakařové (2006) je dítě připravené na to jít do školy, když:

„chce znát odpovědi na své otázky,

umí se ráno vypravit podle známého rituálu,

umí zvládat večerní zakončení dne,

umí si šaty ukládat na jedno místo,

umí si nachystat věci do aktovky podle obrázkového schématu,

doma vydrží hodinu u stolečku malovat, kreslit anebo lepit a práci dokončí,

je schopné v přítomnosti rodičů mluvit s dospělými, podat ruku,

je schopné si hrát sám i s dětmi, nejen vedle nich,

dodržuje orientační pravidla,

je zvládnutelné v obchodě,

umí s rodiči nakupovat a pracovat,

zná a dodržuje základní bezpečnostní pravidla.“

Pokud nastoupí do školy dítě nezralé, zbytečně dítěti přitížíme, neboť dítě musí vynaložit veliké úsilí, aby splnilo povinnosti, které by o rok později zvládalo s lehkostí.

Zrání mozku má vliv na laterální ruku, rozvoj pohybové koordinace a manuální zručnosti. Dítě, jehož centrální nervová soustava nedozrála na úroveň připraveného školáka, může působit nápadně neobratně a může být sociálně znevýhodněné. Dítě hůře píše, kreslí. Nezralost dítěte se může projevit i nepřesnou koordinací pohybu mluvidel a nesprávnou výslovností některých hlásek.(Vágnerová, 2012)

Motorické a kognitivní funkce od sebe nemůžeme oddělit, neboť jsou vzájemně propojené. Vývoj pohybových funkcí pomáhá rozvíjet kognitivní funkce, dítě mimo jiné rozvíjí tělesnou paměť. V oblasti grafiky mladší školák využívá již fáze konkrétních logických operací, maluje již konkrétní objekty se všemi podstatnými rysy, ale pokud do této fáze dítě ještě nedostalo, je velmi hravé a maluje objekty podle svých představ. Může se ve škole potkat s nepochopením či výsměchem. (Vágnerová, 2012)

Takové dítě, dítě bez motivace, které i přes veškeré své vynaložené úsilí, nezažívá úspěch, nemá ze školy pozitivní pocit a v závislosti na své povaze volí obranné reakce, které jsou často velmi blízké k poruchám chování a emocí.

Zde v tomto procesu hraje velkou roli dobře odvedená práce učitelek v mateřské škole, které by měly zachytit děti, které jsou v té či oné oblasti nevyzrálé a pracovat na zlepšení funkcí v těchto oblastech, doporučit péči logopeda či návštěvu školského pedagogického zařízení a odklad školní docházky.

### **1.3.3.5. Školní neprospěch a jeho příčiny**

Školní neprospěch je výsledkem kombinací různých psychických a somatických limitů. Některé můžeme ovlivnit, jiné ne. (Vágnerová, 1997)

To jak dítě prožívá své úspěchy či neúspěchy ve škole je ovlivněno důvěrou žáka v sebe sama, postojem k sobě samému a také jeho postojem ke škole. Pokud se dítěti i přes veškeré vynaložené úsilí ve škole nedaří, zažívá frustraci a vytváří si ke škole negativní postoj. Z tohoto důvodu je třeba hledat příčiny neúspěchů dětí ve škole. (Langer, 1998)

V této souvislosti je potřeba spolupráce všech zúčastněných, to znamená dítěte, rodičů, pedagogických pracovníků a školských poradenských zařízení.

## **1.4. Definice emocí a chování**

Emoce můžeme definovat jako schopnost organismu reagovat na různé podněty příjemným anebo nepříjemným prožitkem a určitými fyziologickými reakcemi a projevy. Emoce nám pomáhají se zorientovat a mají motivační i regulační funkci.

Ukazují nám, na čem nám záleží a co je pro nás důležité. (Poláčková Šolcová, 2018) Emoční prožívání je vrozené a je našim významným, často nápadným osobnostním rysem, který je protkán vším, co děláme. Člověk se sice může naučit, jak se svými emocemi pracovat, ale vrozené dispozice zásadně nezmění. Různí lidé mohou stejnou situaci vnímat různě a různě na danou situaci reagovat.

Emoce ovlivňují naše myšlení, hodnocení a jsou často viníkem nejrůznějších domněnek, nezakládajících se na pravdách. Emoce ovlivňují chování. (Vágnerová, 2016)

Důležité je naučit se city ovládat, snažit se o citovou vyrovnanost a odolnost citového prožívání vůči vnějším vlivům.

Někdo má sklon k pozitivním a někdo k negativním emocím. Pozitivní naladění je spojené s pozitivním hodnocením dané situace, zatímco sklon k negativním emocím se může projevat sklonem k negativnímu hodnocení stejné situace a odpovídajícím reakcím. („Základy obecné psychologie - doplňující studijní materiál“)

Obecně platí, že čím je citová reakce silnější, tím kratší dobu trvá a naopak. Rozlišujeme tedy prudkou a krátkodobou citovou reakci-afekt- a déletrvající emoční ladění - náladu. Silné emoční prožitky bývají doprovázeny fyziologickými reakcemi, které jsou velmi individuální. Člověk v afektu vzteku nemůže popadnout dech, bije mu rychle srdce, třesou se mu ruce, koftá. Ten, kdo prožívá úzkost či strach může mít pocit svírání hrdla, tlaku v břiše, cítit nevolnost anebo na něj mohou jít mdloby. Projevy jsou velmi individuální. („Základy obecné psychologie - doplňující studijní materiál“)

Chování je jakákoli tělesná aktivita, představující vnější projevy prožívání. Chování může být úmyslné a neúmyslné. Velmi často se setkáváme s dělením chování na verbální, projevující se slovním anebo písemným projevem a chováním neverbálním, které představuje řeč těla. Vědomé, úmyslné vykonávání určité činnosti se nazývá jednání. („Chování“),(Vágnerová, 2016)

## **1.5. Poruchy chování**

Každá společnost má trochu jiné zvyky a normy chování a před návštěvou jiné země je dobré si něco o zvyklostech této země nastudovat, abychom neudělali přinejmenším faux pas.

Nebudeme se zřejmě bránit líbání na tváře ve Francii, ale nebudeme líbat na tváře arabské ženy v arabských zemích a nebudeme se je snažit ani objímat. Zásadní prohřešky, překračující lidskost, jako je krádež, znásilnění a zabití, jsou oficiálně ve všech zemích hodnoceny jako špatné činy, jen v některých zemích se přihlíží na motiv jako na polehčující okolnost.

Jednotlivé fáze lidského života můžeme označit jako vývojové fáze a mají jisté společné specifické rysy. Vývojová psychologie nám přináší poznatky, jaké chování je typické pro jednotlivé vývojové fáze člověka a jaké chování už normální není.

Nepoběžíme zřejmě s tříletým dítětem do střediska výchovné péče, pokud se vzteká v obchodě anebo hází na děti na pískovišti písek, ale zpozorníme, pokud na děti pravidelně sype písek desetileté dítě a dožaduje se získání svého ječením a házením věcí kolem sebe. Stejně tak přivřeme oči u dětí s poruchou autistického spektra či s mentálním či jiným postižením.

Aby člověk mohl dodržovat normy chování dané společností, musí normám vědomě rozumět a mít je zvnitřněné. Tuto podmínku lidé s nižší úrovní rozumových schopností, lidé pocházející z odlišného sociokulturního prostředí či děti předškolního věku nesplňují. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

Jestliže člověk pod vlivem neúnosných životních situací, řeší svou zoufalou situaci jedinkrát anebo ojediněle nějakým neadekvátním způsobem, který bychom zařadili za chování nepřijatelné či pobuřující, ještě se o poruchu chování nejedná. Abychom u dítěte mohli mluvit o poruše chování, musí chování dítěte stabilně projevovat agresi či hostilitu a opakovaně porušovat pravidla. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

Problémové chování, které může přejít do poruch chování má tři základní znaky:

- chování nerespektující sociální normy,
- neschopnost udržovat přijatelné sociální vztahy,
- agresivita coby rys osobnosti nebo chování. (Hutyrová, 2019)

#### 1.5.1. **Klasifikace poruch chování a emocí podle MKN-10**

Pro definici poruch chování budu vycházet z desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (dále jen MKN-10), kterou vydala světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO, 1992) v anglickém originále pod názvem International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) a řídili se jí lékaři více než sto padesáti zemí při klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů již od roku 1992. V České republice vydává MKN-10 Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)

Poruchy chování jsou zde charakterizovány jako opakovaný a trvalý (trvajících nejméně šest měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitým chováním, porušující sociální normy a očekávání s ohledem na věk dítěte. (Hutyrová, 2019)

**Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství jsou v MKN-10 označeny čísly F 90 - F 98.** (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)

Podle MKN-10 mezi Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství patří:

- **F90 Hyperkinetické poruchy**

Hyperkinetické poruchy jsou v MKN-10 rozděleny následovně:

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

F90.1 Hyperkinetická porucha chování

F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy

F90.9 Hyperkinetická porucha NS (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)

- **F91 Poruchy chování**

Za poruchy chování jsou považovány například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útěky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)

My lidé svým chováním ovlivňujeme své životní prostředí, ono zpětně ovlivňuje nás, a stejně tak se ovlivňujeme s ostatními živými bytostmi. Poruchy chování se tak nutně projevují vždy vztahem k někomu anebo k něčemu. MKN-10 rozlišuje poruchy chování podle vazby dítěte k jiným lidem na socializované a nesocializované.

Poruchy chování jsou tedy v MKN-10 rozděleny takto:

F91.0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině

F91.1 Nesocializovaná porucha chování

F91.2 Socializovaná porucha chování

F91.3 Opoziční vzdorovité chování (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)



- **F92 Smíšené poruchy chování a emocí**

Smíšené poruchy chování a emocí jsou v MKN-10 rozděleny následovně:

F92.0 Depresivní porucha chování

F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí

F92.9 Smíšená porucha chování a emocí NS (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)

- **F93 Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství**

Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství jsou v MKN-10 rozděleny následovně:

F93.0 Separační úzkostná porucha v dětství

F93.1 Fobická anxiózní porucha v dětství

F93.2 Sociální anxiózní porucha v dětství

F93.3 Porucha sourozenecké rivality

F93.8 Jiné dětské emoční poruchy

F93.9 Dětská emoční porucha NS (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)

- **F94 Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání**

Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání jsou v MKN-10 rozděleny následovně:

F94.0 Elektivní mutismus

F94.1 Reaktivní porucha přichylnosti dětí

F94.2 Porucha desinhibovaných vztahů u dětí

F94.8 Jiné dětské poruchy sociálních funkcí

F94.9 Porucha dětských sociálních funkcí NS (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)

- **F95 Tiky**

Tiky jsou v MKN-10 rozděleny následovně:

F95.0 Přejídná tiková porucha

F95.1 Chronické motorické nebo vokální tiky

F95.2 Kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická (Touretteův syndrom)

F95.8 Jiné druhy tiků

F95.9 Tiková porucha NS (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)

- **F98 Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání**

Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání jsou v MKN-10 rozděleny následovně:

F98.0 Neorganická enuréza

F98.1 Neorganická enkopréza

F98.2 Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku

F98.3 Pika kojenců a dětí

F98.4 Stereotypní pohybové poruchy

F98.5 Kocktavost (zadrhávání v řeči)

F98.6 Brebtavost

F98.8 Jiné určené poruchy chování a emocí, s nástupem vyskytující se obvykle v dětství a v dospívání

F98.9 Neurčené poruchy chování a emocí, s nástupem vyskytující se obvykle v dětství a v dospívání (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10], 1992)

### **1.5.1.1. Klasifikace poruch chování podle MKN-11**

Je však potřeba uvést, že se nyní po třiceti letech používání desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) evaluuje a v budoucnu bude v platnosti již jedenáctá revize mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-11), která úplně nahradí klasifikaci MKN-10.

Nyní se nacházíme v pětiletém přechodném období a čeká se na plné přeložení MKN-11 do českého jazyka, z tohoto důvodu v této práci předkládám obě revize.

Jednotlivé poruchy jsou v MKN-11 řazeny do nově vzniklých či již existujících kategorií podle společných příznaků a charakteristik, nikoli již podle věku. K rozlišení věku slouží v MKN-11 příručka Klinické popisy a diagnostické pokyny (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines), ve které jsou informace o každé poruše nebo kategorii a údaje, popisující rozdíly v příznacích poruch u dětí a adolescentů a dospělých. (Reed, 2019)

V nové klasifikaci MKN-11 již neexistuje kategorie Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, která byla označena v MKN-10 kódem F9.



Většina poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství z MKN-10 je v MKN-11 obsažena v kategorii Duševní poruchy, poruchy chování nebo neurovývojové poruchy pod číslem 06 (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders).

„Duševní poruchy, poruchy chování nebo neurovývojové poruchy jsou charakterizovány poruchami poznávání, emoční regulace nebo chování jedince, které odrážejí poruchu psychologických, biologických nebo vývojových procesů. Tyto poruchy jsou obvykle spojeny se strádáním nebo zhoršením v osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, profesní nebo jiné důležité oblasti fungování.“ (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 11. revize, pro statistiku úmrtnosti a morbidit)

### 1.5.2. Rozdíl mezi klasifikací MKN-10 a MKN-11

Tabulky číslo 1 až 7 demonstrují rozdíl mezi klasifikací MKN-10 a MKN-11. Stejnou barvou jsou v tabulkách označeny stejné poruchy, vzhledem k jejich charakteristice a příznakům.



Tabulka 1: Zařazení Hyperkinetických poruch z MKN-10 do MKN-11

MKN-10	MKN-11
<b>F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání</b>  <b>F90 Hyperkinetické poruchy</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>F90.0 Porucha aktivity a pozornosti</b></li><li>• F90.1 Hyperkinetická porucha chování</li><li>• F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy</li><li>• F90.9 Hyperkinetická porucha NS</li></ul>	<b>06 Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy</b>  <b>Neurovývojové poruchy</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 6A05 Porucha pozornosti s hyperaktivitou</li><li>• 6A05.0 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, převážně nepozornostní projev</li><li>• <b>6A05.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, převážně hyperaktivně-impulzivní projev</b></li><li>• 6A05.2 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, kombinovaná forma</li><li>• 6A05.Y Porucha pozornosti s hyperaktivitou, jiná specifikovaná forma</li><li>• 6A05.Z Porucha pozornosti s hyperaktivitou, neupřesněným projevem</li></ul>

Z tabulky je patrné, že v klasifikaci MKN-11 z kategorie Hyperkinetické poruchy (F90) z MKN-10 zůstala pouze Porucha aktivity a pozornosti, je však přejmenována na Poruchu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) převážně s hyperaktivně-impulzivním projevem a je přesunuta do kategorie Neurovývojových poruch. Zařazení do kategorie Neurovývojových poruch lépe charakterizuje etiologii této poruchy, související poruchu intelektu, motorických a sociálních funkcí a ukazuje také na fakt, že jedinci s ADHD obvykle nevykazují poruchy chování záměrně. Na ADHD je zde nahlíženo jako na neurovývojovou

poruchu, doprovázející jedince celý život. („Současné trendy v oblasti klinické psychologie“) MKN-11 rozlišuje dále ADHD pomocí kvalifikátorů na typ převážně nepozorný, převážně hyperaktivní impulsivní nebo typ kombinovaný či s jinou specifickou formou.

Tabulka 2: Zařazení Poruch chování z MKN-10 do MKN-11

MKN- 10	MKN-11
<p><b>F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p><b>F91 Poruchy chování</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>F91.0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině</b></li> <li>• <b>F91.1 Nesocializovaná porucha chování</b></li> <li>• <b>F91.2 Socializovaná porucha chování</b></li> <li>• <b>F91.3 Opoziční vzdorovitě chování</b></li> <li>• F91.8 Jiné poruchy chování</li> <li>• F91.9 Porucha chování NS</li> </ul>	<p><b>06 Duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p><b>Poruchy narušujícího chování nebo disociální poruchy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>6C90 Porucha opozičního vzdoru</b></li> <li>• 6C90.0 Porucha opozičního vzdoru s chronickou podrážděností - hněvem</li> <li>• 6C90.1 Opoziční porucha vzdoru, bez chronické dráždivosti a vzteku</li> <li>• <b>6C91 Disociální porucha chování</b></li> <li>• 6C91.0 Disociální porucha chování s počátkem v dětství</li> <li>• 6C91.1 Disociální porucha chování s počátkem v dospívání</li> <li>• 6C9Y Jiné specifikované rušivé chování nebo disociální poruchy</li> <li>• <i>6C9Y Jiné specifikované rušivé chování nebo disociální poruchy.</i></li> </ul>

Poruchy chování z MKN-10 nalezneme v MKN-11 v kategorii Poruchy narušujícího chování nebo disociální poruchy (Disruptive behaviour or dissocial disorders).



„Narušující chování a disociální poruchy jsou v MKN-11 charakterizovány přetrvávajícími problémy v chování, které sahají od výrazně a trvale vzdorovitěho, neposlušného, provokativního nebo zlomyslného (tj. rušivého) chování až po chování, které trvale porušuje základní práva druhých nebo hlavní společenské normy, pravidla nebo zákony

odpovídající věku (tj. disociální). K nástupu narušujícího chování a disociálních poruch dochází obvykle v dětství, ale není to podmínkou. (Reed, 2019) Problémy často přetrvávají i v dospělosti. (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 11. revize, pro statistiku úmrtnosti a morbidit)

Narušující chování nebo disociální poruchy se mohou vyskytovat současně s jinými duševními, behaviorálními nebo neurovývojovými poruchami, ale nejedná se o symptomatické epizody jiné duševní poruchy nebo o chování způsobené účinky návykové látky nebo jiným zdravotním stavem. (Reed, 2019)



V MKN-11 je zrušeno dělení chování na Poruchy chování vázané na vztahy k rodině (F91.0) a Socializovaná porucha chování (F91.2) (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 11. revize, pro statistiku úmrtnosti a morbidit) Nesocializovanou poruchu chování (F91.1) nahrazuje Porucha disociálního chování (6C91) a bude u ní rozlišováno, zda má počátek v dětství nebo v adolescenci. Disociální poruchy MKN-11 představují tendence k závažnějšímu, agresivnějšímu a stabilnějšímu vzoru asociálního chování. („Současné trendy v oblasti klinické psychologie“) Opoziční vzdorovité chování (F91.3) je přejmenováno na Poruchu opozičního vzdoru (6C90). (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 11. revize, pro statistiku úmrtnosti a morbidit)

Tabulka 3: Zařazení Smíšených poruch chování a emocí z MKN-10 do MKN-11

MKN- 10	MKN-11
<p data-bbox="188 324 687 398"><b>F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání</b></p> <p data-bbox="363 414 400 504" style="text-align: center;"></p> <p data-bbox="284 533 703 562">F92 Smíšené poruchy chování a emocí</p> <ul data-bbox="236 618 767 741" style="list-style-type: none"> <li>• <b>F92.0 Depresivní porucha chování</b></li> <li>• F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí</li> <li>• F92.9 Smíšená porucha chování a emocí NS</li> </ul>	<p data-bbox="807 324 1385 398"><b>06 Duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy</b></p> <p data-bbox="943 414 979 504" style="text-align: center;"></p> <p data-bbox="903 533 1070 562"><b>Poruchy nálad</b></p> <p data-bbox="903 618 1374 647">Mezi bipolární nebo příbuzné poruchy patří:</p> <ul data-bbox="855 703 1385 1207" style="list-style-type: none"> <li>• 6A60 Bipolární porucha typu I</li> <li>• 6A61 Bipolární porucha II. typu</li> <li>• 6A62 Cyklotymická porucha</li> <li>• 6A6Y Ostatní specifikované bipolární nebo příbuzné poruchy</li> <li>• <b>Depresivní poruchy zahrnují následující:</b></li> <li>• 6A70 Depresivní porucha s jednou epizodou</li> <li>• 6A71 Recidivující depresivní porucha</li> <li>• 6A72 Dystymická porucha</li> <li>• 6A7Y Ostatní specifikované depresivní poruchy</li> </ul>

Je zrušena celá kategorie Smíšené poruchy chování a emocí (F92) MKN-10. Místo dílčích diagnóz budou dětem diagnostikovány poruchy nálad. („Současné trendy v oblasti klinické psychologie“)

Tabulka 4: Zařazení Emočních poruch s nástupem specifickým pro dětství z MKN-10 do MKN-11

MKN- 10	MKN-11
<p><b>F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p>F93 Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>F93.0 Separáční úzkostn porucha v dětství</b></li> <li>• <b>F93.1 Fobick anxiózn porucha v dětství</b></li> <li>• <b>F93.2 Sociln anxiózn porucha v dětství</b></li> <li>• F93.3 Porucha sourozeneck rivalryity</li> <li>• F93.8 Jin dtsk emoční poruchy</li> <li>• F93.9 Dtsk emoční porucha NS</li> </ul>	<p><b>06 Duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Úzkostn poruchy nebo poruchy související se strachem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>6B00 Generalizovan úzkostn porucha</b></li> <li>• <b>6B01 Panick porucha</b></li> <li>• <b>6B02 Agorafobie</b></li> <li>• <b>6B03 Specifick fobie</b></li> <li>• <b>6B04 Sociln úzkostn porucha</b></li> <li>• <b>6B05 Úzkostn porucha z odloučení</b></li> <li>• 6B06 Selektivní mutismus</li> <li>• 6B0Y Jin specifikovan úzkostn poruchy nebo poruchy související se strachem</li> </ul>

Cel kategorie Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství (F93) byla zrušena. Většina diagnóz, kter byly v této kategorii zařazeny, je nyní nalezena v MKN-11 v kategorii Úzkostn poruchy nebo poruchy související se strachem. Porucha sourozeneck rivalryity byla také zrušena a nyní je zařazena pouze v kapitole Faktory ovlivnujc zdravotn stav nebo kontakt se zdravotními slušebami, v podkapitole Problémy spojen s výchovou jako Zmnn vzor rodinných vztahů v dětství. („Současné trendy v oblasti klinické psychologie“)



Separáční úzkost (F93.0) je nahrazena Úzkostnou poruchou z odloučení (6B05) a zahrnuje jak separáční úzkost u dětí, tak separáční úzkost u dospělých, projevující se nejčastěji při ztrátě partnera či dítěte. (Reed, 2019)

Agorafobie (6B02) je v MKN-11 defnovna jako nadmrn strach nebo úzkost, ke kterému dochází v očekávání pro člověka neprijemnch situací anebo primo v situacích, kterm člověk nemůže uniknout anebo může uniknout velmi těžko. Panick porucha představuje neoekvan záchvaty paniky, bez vazby na konkrtn podněty či situace.



Sociální fóbie MKN-10 (F40.1) nahrazují Sociální úzkostné poruchy a jsou definované jako strach z negativního hodnocení ostatními. (Reed, 2019)

Tabulka 5: Zařazení Poruch sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání z MKN-10 do MKN-11

MKN- 10	MKN-11
<p><b>F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p>F94 Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>F94.0 Elektivní mutismus</b></li> <li>• F94.1 Reaktivní porucha přichylnosti dětí</li> <li>• <b>F94.2 Porucha desinhibovaných vztahů u dětí</b></li> <li>• F94.8 Jiné dětské poruchy sociálních funkcí</li> <li>• F94.9 Porucha dětských sociálních funkcí NS</li> </ul>	<p><b>06 Duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Úzkostné poruchy nebo poruchy související se strachem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6B00 Generalizovaná úzkostná porucha</li> <li>• 6B01 Panická porucha</li> <li>• 6B02 Agorafobie</li> <li>• 6B03 Specifická fobie</li> <li>• 6B04 Sociální úzkostná porucha</li> <li>• 6B05 Úzkostná porucha z odloučení</li> <li>• <b>6B06 Selektivní mutismus</b></li> <li>• 6B0Y Jiné specifikované úzkostné poruchy nebo poruchy související se strachem</li> </ul> <p><b>Poruchy specificky spojené se stresem</b></p> <p><b>6B44 Reaktivní porucha připoutání</b></p> <p><b>6B45 Porucha sociální angažovanosti s disinhibicí</b></p>



Je zrušena celá kategorie Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání (F94) z MKN-10.

V MKN-11 je každá úzkost a porucha spojenou se strachem zařazena podle zaměření na konkrétní obavu, na podnět, který úzkost spouští, nadměrné fyziologické vzrušení a maladaptivní behaviorální reakce. Generalizovaná úzkostná porucha je v MKN-11 charakterizována všeobecnou obavou nesouvisející s vnějším podnětem a na rozdíl od MKN-

10 se může vyskytnout při depresivních poruchách, pokud jsou symptomy přítomny nezávisle na epizodách nálady. (Reed, 2019)



Elektivní mutismus (F94.0) má ekvivalent v kategorii Poruch spojených s úzkostí a strachem pod názvem Selektivní mutismus (6B06). Reaktivní porucha přichylnosti a Porucha desinhibovaných vztahů našli svůj ekvivalent v kategorii Poruch souvisejících se stresem pod názvy Reaktivní porucha přichylnosti (6B44) a Porucha inhibice sociálního zájmu (6B45). („Současné trendy v oblasti klinické psychologie“)

Tabulka 6: Zařazení Tiků z MKN-10 do MKN-11

MKN- 10	MKN-11
<p><b>F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>F95 Tiky</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F95.0 Přejídná tiková porucha</li> <li>• F95.1 Chronické motorické nebo vokální tiky</li> <li>• F95.2 Kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická (Touretteův syndrom)</li> <li>• F95.8 Jiné druhy tiků</li> <li>• F95.9 Tiková porucha NS</li> </ul>	<p><b>08 Nemoci nervového systému</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tikové poruchy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>8A05.0 Primární tiky nebo tikové poruchy</li> <li>8A05.1 Sekundární tiky</li> <li>8A05.Y Jiné specifikované tikové poruchy</li> <li>8A05.Z Tikové poruchy, blíže neurčené</li> </ul> </li> </ul>

Kategorie Tiky (F95) MKN-10 se přesouvají pod kapitolu Onemocnění nervového systému (08) MKN-11 a Tiky se budou jmenovat tikové poruchy či poruchy s tiky. („Současné trendy v oblasti klinické psychologie“)

Tabulka 7: Zařazení Jiných poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání z MKN-10 do MKN-11

MKN- 10	MKN- 11
<p data-bbox="188 331 687 405"><b>F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání</b></p> <p data-bbox="421 421 459 510" style="text-align: center;"></p> <p data-bbox="188 544 687 618">F98 Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání</p> <ul data-bbox="236 674 775 1312" style="list-style-type: none"> <li>• <b>F98.0 Neorganická enuréza</b></li> <li>• <b>F98.1 Neorganická enkopréza</b></li> <li>• <b>F98.2 Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku</b></li> <li>• <b>F98.3 Pika kojenců a dětí</b></li> <li>• <b>F98.4 Stereotypní pohybové poruchy</b></li> <li>• <b>F98.5 Kóktavost (zadrhávání v řeči)</b></li> <li>• <b>F98.6 Brebtavost</b></li> <li>• F98.8 Jiné určené poruchy chování a emocí, s nástupem vyskytujícím se obvykle v dětství a v dospívání</li> <li>• F98.9 Neurčené poruchy chování a emocí, s nástupem vyskytujícím se obvykle v dětství a v dospívání</li> </ul>	<p data-bbox="804 331 1382 405"><b>06 Duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy</b></p> <p data-bbox="874 421 912 510" style="text-align: center;"></p> <p data-bbox="804 544 1334 618"><b>Poruchy příjmu potravy nebo poruchy příjmu potravy</b></p> <ul data-bbox="852 674 1385 1227" style="list-style-type: none"> <li>• 6B80 Nervová anorexie</li> <li>• 6B81 Bulimie nervosa</li> <li>• <b>6B82 Porucha příjmu potravy</b></li> <li>• 6B83 Porucha vyhýbavého a restriktivního příjmu potravy</li> <li>• <b>6B84 Pika</b></li> <li>• 6B85 Porucha přežvykování-regulace</li> <li>• 6B8Y Jiné specifikované poruchy příjmu potravy nebo stravování</li> <li>• - ▷ Poruchy vylučování</li> <li>• <b>6C00 Enuréza</b></li> <li>• <b>6C01 Enkopréza</b></li> </ul> <p data-bbox="900 1279 1369 1312"><b>6A01 Vývojové poruchy řeči nebo jazyka</b></p> <p data-bbox="932 1357 1382 1391">6A01.1 Vývojová porucha plynulosti řeči</p> <p data-bbox="804 1442 1078 1476"><b>Neurovývojové poruchy</b></p> <ul data-bbox="852 1509 1318 1543" style="list-style-type: none"> <li>• 6A06 Stereotypní pohybové poruchy</li> </ul>

Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (F98) MKN-10 patří v MKN-11 do kategorií Eliminačních poruch (Enuréza, Enkopréza), Poruch příjmu potravy (pika) Neurovývojových poruch. („Současné trendy v oblasti klinické psychologie“)

Koktavost a breptavost MKN-10 jsou v MKN-11 nahrazeny Vývojovými poruchami řeči a jazyka (6A01). (Lasotová, 2021) Stereotypní pohybové poruchy (F98.4) se přesunou do Neurovývojových poruch (6A06). („Současné trendy v oblasti klinické psychologie“)

MKN-11 navazuje na MKN-10, ale je přehlednější, má logičtější strukturu a stojí na poznatcích získaných na poli diagnózy a léčby nemocí získaných odborníky a lékaři za posledních třicet let. Nutně reflektuje změny, ke kterým se na poli medicíny za tu dobu dospělo. Snaží se odstranit nedostatky, kterými MKN-10 trpěla a usnadnit práci lékařům při volbě diagnózy, která člověka z pravidla provází od svého vzniku po celý život.

V MKN-11 se na diagnózu jako na dynamický, celoživotní proces, mající své charakteristické rysy v jednotlivých vývojových fázích člověka. MKN-11 obsahuje velice systematicky začleněný podrobné informace, týkající se také například informace o kulturních vlivech na psychopatologii a její projevy u každé diagnózy.

### 1.5.3. Klasifikace poruch chování podle DSM-5

Také Americká psychiatrická asociace má svůj diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Mezi duševní poruchy jsou zařazeny také poruchy chování. V současné době je aktuálně platná pátá revize tohoto manuálu, označená jako DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-TR).

Podle této klasifikace jsou poruchy chování zařazeny do kategorie Rušivé poruchy, poruchy ovládní impulzů a poruchy chování.

Rušivé poruchy, poruchy ovládní impulzů a poruchy chování představují opakující se a přetrvávající vzorec chování, porušující základní práva ostatních nebo hlavní společenské normy nebo pravidla přiměřené věku. (DSM-5-TR)

#### 1.5.3.1. Diagnostika poruch chování dle DSM-5

Podle DSM-5-TR tyto poruchy chování se musí v posledních dvanácti měsících projevit přítomností nejméně tří z následujících symptomů, přičemž za posledních 6 měsíců musí být přítomen alespoň jeden symptom:

- **„agrese vůči lidem a zvířatům**
  - často šikanuje, vyhrožuje nebo zastrašuje ostatní,
  - často zahajuje fyzické rvačky,
  - použil zbraň, která může způsobit vážnou fyzickou újmu ostatním (např pálka, cihla, rozbitá láhev, nůž, pistole),
  - byl k lidem fyzicky krutý,
  - byl fyzicky krutý ke zvířatům,
  - ukradl při konfrontaci s obětí (např. přepadení, vytržení peněženky, vydírání, ozbrojená loupež),
  - donutil někoho k sexuální aktivitě,
- **zničení majetku**
  - úmyslně se podílel na založení požáru s úmyslem způsobit vážné poškození,
  - úmyslně ničil cizí majetek (jinak než zakládáním ohně),
  - klamnost nebo krádež,
  - vloupal se do cizího domu, budovy nebo auta,

- často lže, aby získal zboží nebo laskavosti nebo aby se vyhnul závazkům
- ukradl věci netriviální hodnoty, aniž by se setkal s obětí (např. krádeže v obchodě, ale bez vloupání),
- **závažná porušení pravidel**
  - často zůstává venku v noci navzdory zákazu rodičů, počínaje před dosažením 13 let,
  - během pobytu v rodičovském domě alespoň dvakrát přes noc utekl z domova nebo náhradního domova rodičů, nebo jednou bez návratu na dlouhou dobu,
  - často utíká ze školy před dosažením věku 13 let,
  - porucha chování způsobuje klinicky významné zhoršení sociální, akademické nebo pracovní fungování.“ (DSM-5-TR)

**Mezi poruchy narušování, poruchy kontroly impulzů a poruchy chování v DSM-5 patří:**

- porucha opozičního vzdoru,
- intermitentní výbušná porucha,
- porucha chování,
- antisociální porucha osobnosti,
- pyromanie,
- kleptomanie
- a další specifické i nespecifikované poruchy narušování, kontroly impulzů a chování. (DSM-5-TR)

Rušivé poruchy, poruchy ovládnání impulzů a poruchy chování se objevují většinou již v dětství či v dospívání a jen vzácně až v dospělosti

**DSM-5 rozlišuje tyto typy:**

- Typ s nástupem v dětství (F91.1) v případě, že osoby vykazují alespoň jeden symptom charakteristický pro poruchu chování před dosažením věku 10 let.
- Typ s nástupem v dospívání (F91.2) v případě, že osoba nevykazuje žádné symptomy charakteristické pro poruchu chování před dosažením 10 let.

- Typ s nespecifickým začátkem (F91.9), v případě že nemůžeme zjistit, kdy k poruše chování došlo. (DSM-5-TR)

#### **Dle závažnosti rozlišuje DSM-5:**

- Mírnou formu

Zde patří např. lhaní, záškoláctví, pobyt venku po setmění bez dovolení, jiné porušení pravidel). Je přítomno jen málo, pokud vůbec, problémů s chováním přesahující ty, které jsou nutné ke stanovení diagnózy, a problémy s chováním způsobují relativně malou újmu ostatním. (DSM-5-TR)

- Střední formu

Zde patří například krádež bez konfrontace s obětí, vandalismus. (DSM-5-TR)

- Vážnou formu

Zde patří například nucený sex, fyzická krutost, použití zbraně, krádež při konfrontaci s obětí a vloupání. (DSM-5-TR)

V případě poruchy chování začínající v dětství jsou jedinci obvykle muži a mají narušené vztahy s vrstevníky, mohli mít v raném dětství poruchu opozičního vzdoru a obvykle mají příznaky, které splňují všechna kritéria pro poruchu chování před pubertou. (DSM-5-TR)

Lidé s typem poruchy chování s nástupem v dětství mají větší pravděpodobnost, že budou projevovat agresi vůči ostatním osobám než lidé s nástupem poruchy chování v dospívání. Mnoho lidí s tímto typem vzniku poruchy má také poruchu pozornosti s hyperaktivitou nebo jiné neurovývojové poruchy. Pokud se porucha pozornosti začne projevovat již v dětství, je větší pravděpodobnost, že se porucha pozornosti bude vyskytovat i v dospělosti než kdyby se porucha pozornosti projevila v dospívání. (DSM-5-TR)

V tomto manuálu byly přidány podtypy s rysy bezcitnými a s rysy neemocionálními. Funkčními důsledky poruch chování podle DSM-5 mohou být přerušení školní docházky nebo případné vyloučení ze školy, problémy v pracovním přizpůsobení, právní

problémy, pohlavně nakažlivé nemoci či fyzické zranění. Porucha chování bývá také často spojena s užíváním alkoholu, kouřením, užíváním nelegálních látek, časným nástupem sexuální aktivity, nedbalostí a riskantními aktivitami. (DSM-5-TR)



## ADHD v DSM-5

ADHD je v DSM-5 zařazena mezi Neurovývojové poruchy a je definována sníženou úrovní pozornosti a/nebo hyperaktivitou-impulsivitou. Nepozornost a neorganizovanost se projevuje neschopností zůstat u úkolu, zdánlivou neposlušností, ztrácením školních pomůcek i přes přiměřenou vyzrálost dítěte a odpovídající vývojové úrovni dítěte. (DSM-5-TR)

K diagnostice ADHD se v DSM-5 používá 18 symptomů rozdělených do dvou symptomových domén pro nepozornost a hyperaktivitu/impulzivitu, z nichž alespoň šest symptomů v jedné doméně musí být přítomno. (DSM-5-TR)

DSM-5 rozlišuje podle kombinace poruchy pozornosti a hyperaktivity:

- Typ s převahou nepozornosti (F90.0)
- Typ s převahou hyperaktivity/impulzivity (F90.1)
- Kombinovaný typ (F90.2)
- Jiné specifické poruchy pozornosti/hyperaktivity (F90.8)
- Nespecifické poruchy pozornosti/hyperaktivity (F90.9)

Jak je vidět DSM-5 je oproti MKN-10 mnohem podrobnější a konkrétnější.

#### 1.5.4. Speciálně-pedagogické rozdělení poruch chování

Ze speciálně pedagogického hlediska dělíme poruchy chování podle míry nebezpečnosti pro společnost na asociální, asociální, antisociální a delikventní chování. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

**Disociální chování** představuje chování, překračující sociální normy nebo vyskytující se na hranici normy, trvající krátkou dobu. Toto chování lze ovlivnit běžnými výchovnými metodami. Patří sem lhaní, krátkodobá neposlušnost, zlozvyky, vzdorovitost, agrese a toulky. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

**Asociální chování** sice neodpovídá mravním normám společnosti, ale ještě neútočí proti společenským hodnotám. Je nutná speciálně pedagogická péče, neboť bez speciálně pedagogické péče může toto chování přerůst do chování antisociálního či delikventního. Patří sem krádeže, útoky, záškoláctví, toulání, autoagrese, sebevražda a závislosti. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

**Antisociální chování** již poškozuje společnost a jedince a porušuje zákony dané společnosti. Patří sem krádeže, loupeže, přepadení, vandalství, sexuální násilí, organizovaný zločin, toxikomanie. Nejzávažnější je chování delikventní, které způsobuje jedinci či společnosti újmu. Patří sem jednorázové opakující přestupky až závažné trestné činy. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

#### 1.6. Příčiny vzniku poruch chování

Poruchy chování mají multifaktorovou etiologii. Vznikají spolupůsobením biologických, genetických, psychosociálních a sociálních faktorů a nevhodného rodičovského působení bez lásky a systematické a důsledné výchovy. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

Kombinace více rizikových faktorů zvyšuje pravděpodobnost vyvinutí poruchy chování.

Až u patnácti ze sta školních dětí se projevují poruchy chování. U chlapců se poruchy chování projevují výrazně ve větší míře- čtyřikrát až dvanáctkrát a mnohem častěji jsou v

rodinách, kde se antisociálně chovají dospělí rodiče. (Hutyrová, 2019) U dětí od šesti od jedenácti let se setkáváme nejčastěji s krádežemi, lhaním a násilnostmi vůči druhým dětem.

#### 1.6.1. **Biologické faktory**

Děti s poruchou chování mají často nižší úroveň aktivace centrálního a autonomního nervového systému. Struktura či funkce cévní nervové soustavy bývá narušena v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

#### 1.6.2. **Genetické faktory**

Genetickým faktorům se připisuje 70 procent podílu na vzniku poruch chování. Každý se rodí s jistým emočním laděním a temperamentem a reagujeme na situace různým způsobem. Zvýšenými faktory jsou impulzivita, snížená citlivost ke kritice, lhostejnost, dráždivost, egoismus, vyhledávání vzrušení, odmítání sociálních norem. Nebezpeční je, aby se v dospělosti tyto predispozice nestaly trvalým rysem osobnosti. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

#### 1.6.3. **Psychosociální faktory**

Dítě se nevhodným chováním projevuje z nějakého důvodu. Velmi často se takto dítě chová nevědomě v touze získat uznání či jen pozornost. Dítě si volí strategii, která se mu osvědčila a postupně si ji zvnitřňuje. Komu dáme více pozornosti ve školní třídě? Dítěti, které je samostatné, plní všechny zadané úkoly a nevyrušuje? Anebo dítěti, které na sebe pořád poutá pozornost zlobením? Dalším důvodem může být hluboká deprivace dětí z rodiny, či z ústavního zařízení. Dítě je dlouhodobě odmítáno a nepřijímáno a pro dítě se jedná o jednu z posledních snah o to, přivolat si pomyslnou pomoc a dostat se tak z dlouhodobé emoční deprivace. (Hutyrová, 2019)

Poruchy chování mohou být také projevem nějakého psychického onemocnění. Dítě trpící depresí, schizofrénií či bipolární poruchou se může projevovat pro nás neadekvátním způsobem. (Hutyrová, 2019)

#### 1.6.4. Sociální faktory

Pokud dítě žije v rodině s nevhodným, nepodnětným, zanedbávajícím až deprivacním nebo i tyranizujícím prostředím a rodiče sami vykazují poruchy chování, je velká pravděpodobnost, že takové vzory chování si toto dítě zvnitřní, neboť s chováním rodičů se dítě často identifikuje. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

Agresivita dětí je často odrazem agresivity rodičů.

Paní Vágnerová (2012) rozlišuje agresivitu vzniklou z nevyjasněných hranic, agresivitu jako reakci na tvrdou výchovu, vrozenou agresivitu, která člověka nutí vyhrávat, agresivitu jako projev frustrace, agresivitu vzniklou naučením a odkoukáním. U agresivity je nejvhodnější eliminovat faktory či podněty, které agresivitu způsobují, neboť agresivita vzniká jako obranná reakce organismů na vnější podnět.

Málokterý rodič má přirozeně schopnosti zvládat obtížně vychovatelné děti. Když si ještě uvědomíme, že rodič sám má ADHD, trpí nezvladatelnou agresí, potom volí jediné pro něj dostupné výchovné prostředky, kterými jsou zákazy, omezení, tresty, anebo nechá dítě žít bez výchovy volným životem bez řádu a pravidel, které sám rodič nezná. Nejrizikovější rodiče jsou rodiče s poruchou osobnosti, poruchou chování, ADHD, užívající návykové látky, antisociální rodiče, rodiče příliš zaměstnaní a dysfunkční rodiny. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

V dnešní době rodiče často buď nemají prostředky na naplnění potřeb a rozvinutí potenciálů dětí z důvodu nezaměstnanosti, nemoci či velkého počtu dětí anebo jsou zahlceni prací a na dítě nemají čas. Výchovu dětí předávají tak institucím jako je školka, škola. Děti jsou také často vychovávány masmédií. Youtubeři udávají trendy v oblékání, ve stylu mluvy a předávají dětem své názory.

### 1.7. Školní poradenské pracoviště

Většina dětí s poruchami chování či emocí je vzdělávána v běžných školách a proto je velmi žádoucí, aby na všech školách byly zajištěny poradenské služby školním poradenským pracovištěm, kde mohou pracovat:

- výchovný poradce,
- školní metodik prevence sociálně patologických jevů,
- školní psycholog,
- školní speciální pedagog. (Vyhláška č. 72/2005 Sb. Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, 2005)

Tito odborníci by měli včas rozpoznat problém u dítěte, dítě vyšetřit a předat pedagogům výsledky svých psychologických a speciálně-pedagogických vyšetření. Dále volí vhodné metody podpory a strategie a způsoby nápravy a eliminace problému. Výsledky šetření jsou vždy konzultovány s rodiči, kteří následně vyjádří svůj souhlas anebo nesouhlas se způsoby práce s dítětem.

Poruchy chování se v životě dítěte projevují v mnoha oblastech. Z tohoto důvodu je nanejvýš vhodné, aby se na nápravě obtíží pracovalo jak ve školním, tak domácím prostředí.

Podle závažnosti a míry poruchy chování je velmi taktně rodičům dítěte doporučena návštěva pedopsychiatra, neurologa, klinického psychologa či školského poradenského zařízení. Pokud je to nezbytně nutné a rodina při nápravě poruch chování nespolupracuje anebo projevy problémového chování u dítěte rodina dokonce způsobuje, zapojuje se do spolupráce Orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD).

## **1.8. Školská poradenská zařízení**

Ne vždy jsou školy vybaveny školním psychologem či speciálním pedagogem a i z jiných důvodů je někdy třeba dítě poslat na vyšetření do školského poradenského zařízení. (Hutyrová, 2019)

Činnost a charakteristiku školských poradenských zařízení definuje vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Mezi školská poradenská zařízení řadíme pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. (Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, 2005)

### 1.8.1. **Pedagogicko-psychologické poradny**

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) mají za cíl vytvořit vhodné podmínky pro zdravý tělesný a psychický vývoj žáků, pro jejich sociální vývoj, pro rozvoj jejich osobnosti před zahájením a v průběhu vzdělávání. (Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, 2005)

Speciálně-pedagogické poradny poskytují komplexní péči dětem od třech do devatenácti let. Děti jsou zde vyšetřovány týmem odborníků- psychologem a speciálním pedagogem a sociálním pracovníkem. Zkoumá se situace rodiny dítěte, postavení dítěte v rodině, styl výchovy, stejně tak jako postavení dítěte ve školním prostředí, dále chování dítěte doma a ve škole. Po velmi pečlivém vyšetření, během něhož je u dítěte hodnocena struktura intelektových schopností, provádí se speciální didaktické zkoušky, testy jednotlivých psychických funkcí, vyšetřují se vztahy v rodině a další, se vytvoří komplexní psychologická, speciálně-pedagogická a sociální diagnostika, sloužící ke zjištění příčin poruch chování. Posuzuje se také, zda je vhodné nechat dítě v prostředí vrstevníků a spolužáků, či zvolit přeřazení do jiné školy či zvolit ambulantní nebo pobytové terapie ve Středisku výchovné péče. (Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, 2005)

Podle míry poruchy chování se pak volí podpůrné opatření, které zahrnují metody výuky, organizaci práce dítěte, přidělení školního asistenta či podpora školním psychologem nebo speciálním pedagogem a následná psychoterapeutická péče, socioterapeutické přístupy či farmakoterapie. (Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, 2005) Rodiče a pedagogové, výchovní poradci, školní metodici jsou metodicky vedeni při uplatňování podpůrných opatření ve vzdělávání žáka.

Pedagogicko-psychologické poradny provádějí také diagnostiku sociálního klimatu a rizikového chování v třídních kolektivech, které slouží jako podklad pro tvorbu programů prevence rizikového chování a jako podklad pro tvorbu nápravných programů. (Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, 2005)

### 1.8.2. Speciálně pedagogická centra

Protože děti s poruchou chování z pravidla se svými rodiči navštěvují psychologicko-pedagogickou poradnu, o speciálně-pedagogických centrech se zmíním jen letmo. Speciálně-pedagogická centra (SPC) poskytují odbornou poradenskou činnost žákům s jedním postižením nebo více typy postižení. Z praktického důvodu jsou rozdělena na centra se zaměřením na tělesné, mentální, zrakové, sluchové postižení, vady řeči a autismus.

Speciálně-pedagogická centra poskytují komplexní péči zajišťovanou týmem odborníků složených z psychologa, speciálního pedagoga a sociální pracovníce. Ti poskytují poradenství rodičům dětí a také pedagogům a pomáhají tak například při integraci těchto žáků do kolektivu v běžném typu škol. (Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, 2005)

### 1.8.3. Střediska výchovné péče

Střediska výchovné péče zajišťují preventivně výchovnou péči dětem od tří do osmnácti let anebo dětem až do ukončení jejich přípravy na zaměstnání, nejdéle však do 26 let. Ve zvlášť odůvodněných případech mohou střediska pomáhat i studentům, kteří opustili přípravu na povolání na dobu kratší jednoho roku a je u nich reálný předpoklad pokračování v profesní přípravě. Střediska výchovné péče se zabývají primárně dětmi s problémovým chováním a poruchou chování. („Střediska výchovné péče „)

Úkolem středisek výchovné péče je poskytovat pomoc formou odborné konzultace osobám odpovědným za výchovu dětí, pedagogickým pracovníkům, v oblasti výchovy, vzdělávání dětí s rizikem či s poruchou chování a pomáhají při eliminaci negativních jevů a při integraci těchto dětí do společnosti. („Střediska výchovné péče „)

Činnost středisek výchovné péče je realizována v souladu s aktuálním zněním zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně-výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Střediska mohou být ambulantní, stacionární nebo internátní. („Střediska výchovné péče „) Volí se vždy taková forma péče, u které se předpokládá, že dítěti nejvíce pomůže.

Pokud i přes všechny rady, terapie a pomoc není rodina dítěte, která byla důvodem vzniku projevů poruch chování, se schopna změnit, převezme výchovu nad dítětem stát.

## **1.9. Intervence u dětí s poruchou chování a emocí**

Poruchy chování a emocí, které představují dětské obavy, úzkosti, lhaní, agresivita, krádeže, impulzivita, nerespektující a neuctivé chování dětí k sobě navzájem, ale také dospělým volají stále více po pozornosti a po hledání vhodných řešení. Neboť jsou obtěžující a stresující pro všechny v okolí, takto se chovajících dětí. (Gavendová, 2021)

Při volbě vhodné pomoci dítěti se musíme dívat na dítě komplexně. Musíme posoudit postavení dítěte v jeho rodině, postavení rodiny ve společnosti, postavení dítěte ve třídě, dívat se na zájmy a potřeby dítěte, a zda jsou tyto potřeby naplňovány. Musíme hledat důvody, které dítě k neadekvátnímu chování vedou. Proč dítě baží po pozornosti? Co mu schází? Má pocit, že je přehlíženo? Nerespektováno? Bojí se, že ho druzí opustí?

Bojí se říci pravdu, a proto lže? Co mu hrozí? Proč se tak bojí? Jak ho můžeme naučit volit pro příště jiné strategie chování?

Proč dítě utíká a toulá se? Proč nemá domov jako záchytný bod? Proč krade? Krade, protože tu věc potřebuje? Je na ni závislý jeho život? Krade pro někoho? Kradou i jeho rodiče? Je ke kradení veden? Je v partě, kde se krade? Nechce být z té party vyčleněn, a proto krade? Nebo se nemůže zbavit nutkavého pocitu si cizí věc vzít?

Výsledky bádání odborníků jednoznačně dokazují, že zlepšení psychických poruch u dětí lze docílit kvalitní pedagogicko-psychologicko-pedopsychiatrickou spoluprací, do níž jsou aktivně zapojeni i rodiče dítěte. (Gavendová, 2021)

Pedagog pracuje s dítětem ve výchovně-vzdělávacím procesu. Psycholog či psychoterapeut provádí s dítětem terapeutické intervence a pedopsychiatr rozhoduje o tom, zda bude dítě farmakoterapeuticky léčeno.

Aby společná práce všech zúčastněných dosáhla kýžených výsledků, musí všichni-pedopsychiatr-psycholog-učitel-rodič, pracovat s dítětem s láskou a musí jim na dítěti v první řadě záležet. (Gavendová, 2021)



### 1.9.1. Farmakologická intervence

Zatímco, při nápravě projevů ADHD se farmakologická léčba volí poměrně často, u poruch chování jako jsou krádeže a lhaní bývá farmakologická léčba vynechána. (Pugnerová, 2016) Léky se běžně používají k účinnému zmírnění hlavních příznaků ADHD a k tomu, aby se snížily závažné a přetrvávající projevy agrese. (Veenman, 2018)

Jiný typ medikace se podává dětem, u kterých převažuje porucha pozornosti a jiný u dětí, u kterých převažuje hyperaktivita a impulzivita. Stejně tak jiné léky se podávají dětem, které se projevují agresivně. (Paclt, 2007).

U dětí s ADHD je vhodné začít s farmakologickou léčbou mezi pátým až sedmým rokem. (Pugnerová, 2016) Lékaři dětem s ADHD nejčastěji předepisují stimulantia, mezi které patří Ritalin a Concerta. Ty ovlivňují dopaminový systém. Méně často se dětem předepisuje nonstimulační atomoxetin –Strattera 40, který zvyšuje množství noradrenalinu v mozku. Jeho působení je dlouhodobější, ale začíná působit až po čtyřech týdnech užívání. (Ptáček, Ptáčková, 2018).

Zatím není potvrzené riziko vzniku závislosti na těchto lécích, ale i přesto se doporučuje léky podávat nejdéle do 12 let věku dítěte, protože v pubertě je riziko vzniku závislosti vyšší. (Bartoňová, 2008) (Valčuhová, 2015)

### 1.9.2. Psychoterapie

Jedním z hlavních úkolů psychoterapie je budovat u dětí s problémovým chováním pozitivní postoj k sobě samému a posilovat motivaci těchto dětí k tomu, aby chtěli udělat změny ve svém chování a prožívání.

Psychoterapie je záměrné na plánovité léčení pomocí psychologických prostředků. K psychologickým prostředkům patří slova, rozhovor, neverbální chování, terapie hrou, psychogymnastika, muzikoterapie, relaxace, nácvik zvládnání emocí a přecvičování nežádoucího chování, činnostní terapie, arteterapie, podněcování emocí, učení, vztahy a interakce ve skupině. (Gavendová, 2021)

Nejčastěji používanými terapiemi při práci s dětmi jsou různé typy relaxace, psychomotorická terapie, rodinná terapie, behaviorální nebo kognitivně behaviorální terapie. (Gavendová, 2021)

### **1.9.2.1. Relaxace**

Relaxační cvičení přinášejí dětem chybějící pocit zklidnění a uvolnění. Nejen děti jsou v dnešní době soustředěny na výkon a aktivity směřující zevnitř ven. Lidé i děti často proletí dnem, aniž by se na okamžik zastavili. Tělo je v napětí a člověk si vlastně kolikrát ani není vědomý vlastního těla. Čas vhodný ke zklidnění, tráví děti koukáním do mobilních telefonů či hraním počítačových her již na prvním stupni základní školy. V těchto hrách jsou děti neustále aktivizovány k podávání dalšího výkonu. Únik do virtuální reality je pro dítě, které je v třídním kolektivu neoblíbené a nepochopené, lepší varianta než trávit přestávku se svými spolužáky. A dítě s projevy ADHD či dítě s problémovým chováním, oblíbené v kolektivu nebývá. Během dne musí takové dítě řešit mnoho nepříjemných situací a je vystaveno většímu stresu a napětí. A tady právě relaxace, uvolnění, takové to vnitřní pohlazení, kdy se člověk dotkne toho krásného v sobě a blažený pocit z tohoto objevu může úplně změnit nastavení dítěte a dovést ho zvenčí dovnitř, aby objevilo vnitřní zdroj radosti. Vhodně zvolená relaxační cvičení dokážou opravdu dítě zklidnit, navodit mu dobrou náladu, zlepšit dokonce koncentraci i paměť. Dítě se může postupně naučit být méně vzrušivé k vnějším okolnostem, méně afektivní a méně agresivní. Aby se dítě naučilo relaxovat, potřebuje někoho, kdo ho relaxovat naučí tempem a způsobem, který je dítěti příjemný a respektuje jeho individualitu. (Žáčková, Jucovičová, 2008)

### **1.9.2.2. Psychomotorická terapie**

Psychomotorické terapie se skládají z pohybových aktivit, kterými člověk vyjadřuje své psychické stavy. Psychomotorická cvičení pomáhají také vybit přebytečnou energii, vyladit a uvolnit tělo. Dítě dává vědomou pozornost svému tělu, získává pozitivní prožitek z vnímání svého těla v různých polohách, nalézá tak možnosti a hranice svého těla a získává přirozenou radost z pohybu. Je uvolněné, projevuje se bez zábrán a je režisérem svého prožívání. Tato cvičení mají navíc pozitivní vliv na psychické funkce jako je paměť, pozornost či orientace v prostoru. (Valčuhová, 2015)

Psychomotorické hry jsou jednoduché, děti se nemusejí bát, že by pohyb nezvládly a ostatní se jim smějí. (Blahutková, Klenková, 2007).

Vhodnou metodou k vyjádření emocí a vnitřních stavů může být taneční terapie či teatroterapie. (Polínek, 2020)

### **1.9.2.3. Rodinná terapie**

Rodinná terapie je zaměřena na zlepšení vztahů uvnitř rodiny dítěte. Pracuje na zefektivnění způsobu komunikace, používané mezi členy rodiny, na vzájemném naslouchání a porozumění. Kolikrát spolu členové rodiny mluví, ale nenaslouchají si. Slova vyřčená jsou jinak interpretována a jinak vyhodnocena a logicky se na tyto slova jinak, často neadekvátně, reaguje. Některé rodiny a zvláště rodiny dětí s problémovým chováním spolu nedokážou a někdy se i bojí komunikovat. Taková rodina potřebuje pomoc rodinné terapie, aby se naučila komunikovat tak, aby si členové rodiny dokázali říct o své potřeby a přitom druhým neubližovali a aby komunikace vedla k řešení problémů a ne k jejich prohlubování. Terapie pomocí zrcadlení ukazuje zúčastněným, jak se cítí komunikační partner a dítě a taky rodiče dítěte si kolikrát s překvapením uvědomí, že druhému, ač nevědomě, svým chováním ubližovali. (Valčuhová, 2015)

Během rodinné terapie se učí rodiče komunikovat a porozumět svému dítěti, kterému nemohou porozumět z důvodu jeho jinakosti a projevů chování, které se zdají nepatřičné. Rodičům je vysvětlena diagnóza dítěte a naučí se nové, efektivní způsoby, jak s dítětem komunikovat. Dozví se také, jaké chování vyvolává jaké reakce a proč. (Valčuhová, 2015)

### **1.9.2.4. Kognitivně behaviorální terapie**

Kognitivně behaviorální terapie vychází z teorie učení a kognitivní terapie a představuje jeden ze základních směrů současné psychoterapie. Vychází z premisy, že příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby chování a myšlení, které jsou naučené a udržované vnějšími a vnitřními faktory. Člověk se může tyto chybné způsoby myšlení a chování odnaučit nebo přeučit anebo se může naučit nové způsoby jak problémy řešit. (Gavendová, 2021)

V této terapii se nejdříve analyzuje chování dítěte tak, že nepřiměřené chování je rozděleno na tři části: ABC.

Písmeno A je zkratkou anglického slova antecedent (předcházející-spouštěč).

Písm B je zkratkou anglického slova behaviour (chování).

C je zkratkou anglického slova consequences (následek).

Tento model ukazuje, co předcházelo chování dítěte, co toto chování zpustilo a vyvolalo a také, jaké jsou následky chování dítěte. Dítě vidí, že každá akce vyvolává reakci a pomocí analýzy svého chování identifikuje spouštěče svého chování, na který si příště může připravit. Dítěti je nabídnuta varianta, jak by se příště mohl zachovat společensky správně. (Gavendová, 2021) (Valčuchová, 2015)

U dětí se používají metody založené na klasickém a operativním podmiňování a na učení podle vzoru. (Gavendová, 2021)

Klasické podmiňování objevil I. P. Pavlov. Prokázal, že reflexivní reakce lze v organismu vyvolat i působením neutrálních podnětů, které samy o sobě tuto reakci nevolávají. (Gavendová, 2021)

Operativní podmiňování říká, že pravděpodobnost určitého chování je určena jeho následky.

Podle pozitivního nebo negativního následku pro dítě se dané chování buď zpevňuje anebo oslabuje. Mezi metody operativního učení patří metoda pozitivního posilování či zpevňování, vyhasínání. (Gavendová, 2021)

#### **1.9.2.5. Metoda pozitivního posilování**

Metoda pozitivního posilování funguje na základě faktu, že pravděpodobnost výskytu určitého chování se u dítěte zvýší, pokud je za takové chování dítě odměňováno. Odměna může být obdiv, peníze či zájem a cokoli, co je pro dítě představuje ocenění. (Gavendová, 2021)

Dítě, stejně tak rodiče dítěte, by měli být o postupu práce vyrozuměni, měli by se dohodnout na motivujících odměnách. Měli bychom doslova číhat byt' jen na maličký a krátkodobý pozitivní projev v chování dítěte a ten patřičně pochválit. V tomto procesu, bychom neměli dítě vystavovat situacím, ve kterých selže. Často je třeba s dětmi probírat

jednotlivé kroky jejich pozitivních změn, co se jim povedlo, co udělali už lépe a za ně je pochvalovat. (Valčuhová, 2015)

Méně oblíbenou činnost zabalíme do činnosti oblíbené a můžeme sepsat s žákem také smlouvu. (Hutyrová, 2019)

Taková práce se podobá práci na převýchově psa při odnaučování nevhodného chování a učení chování žádoucího. Jedná se o dlouhodobou, pravidelnou práci, ve které musí být všichni, zúčastnění a zodpovědní za výchovu, jednotní a důslední.

Pokud dá naopak rodič vztekajícímu dítěti, to co dítě chce, můžeme mluvit o negativním posilování, neboť rodič dítě bezděčně za jeho vztekající chování odměňuje. Dítě se tedy naučí, že jeho agresivní chování přináší odměnu. Takové chování rodičů vede k rozvoji a udržení agresivního chování dítěte. (Barlow, 2000)

Existuje přímá úměra mezi výchovnými postupy, které se vyznačují přísnou a nedůslednou kázní, malou pozitivní angažovaností rodičů a nedostatečným sledováním a dohledem a rozvojem problémů s chováním a jednáním v raném dětství. (Barlow, 2000)

#### **1.9.2.6. Vyhasínání**

Vyhasínáním se zjednodušeně snažíme zjistit, co dítě svým chováním sleduje a čeho chce dosáhnout a my mu to za to jeho chování nedáme. Často děti dychtí po pozornosti a smíchu kamarádu, když udělají nějakou neplechu. Pokud se jim pozornosti nedostává, přestane jejich strategie fungovat a oni volí jiný vzorec chování. V praxi to vždy takto jednoduché není. Zde musíme dbát na to, aby nový vzorec chování již byl žádoucí. Nové, vznikající žádoucí chování by mělo být posilováno a odměňováno. (Gavendová, 2021)

Pravděpodobnost určitého chování se sníží, pokud vede k nepříjemným následkům-trestům. Trest sice vede k zastavení nežádoucího chování, ale nenabízí další alternativy v chování. Pokud tedy přistoupíme k trestu, měl následovat ihned po nežádoucím chování a měla by být dítěti nabídnutá alternativní reakce. Časté používání trestů vede ke strachu z trestající osoby, a navíc nadměrné tresty volávají touhu po úniku, únik, vyhýbání se, nedůvěru a agresivní chování. (Gavendová, 2021)

### **1.9.2.7. Sociální učení m**

Chování je ovlivněno nejenom následky, ale také pozorováním chování druhých, uskutečňuje se pozorováním a sociálním učením nápodobou. (Gavendová, 2021) Z počátku pozoruje dítě své rodiče, jak se chovají, jak reagují na vnější podmínky, na problémy, dítě je postupně napodobuje. Rodiče jsou dítěti vzorem, jak se má chovat a řešit situace. Vedle rodičů to mohou být také sourozenci, vrstevníci a lidé trávící s dítětem čas. U dětí mladšího školního věku představují vzor chování třídní učitelé, později odkoukávají chování od svých vrstevníků, kamarádů a hrdinů anebo již zmíněných youtuběrů.

Během sociálního učení nápodobou se dítě učí chovat v situacích běžného života jinak, než jak bylo zvyklé se chovat. Dozvídá se o nevhodnosti svého chování a o možných důsledcích svého chování. Opakovaným nácvikem a procvičováním sociálního chování získává dítě schopnost se chovat adekvátním způsobem ve společnosti a učí se řešit vyhocené a konfliktní situace s odstupem a tak, aby takové řešení neublížovalo samotnému dítěti a také okolí dítěte. Jak se dítěti v tomto učení daří lépe a lépe, získává větší sebedůvěru. Po skončení terapie se dítě stává samo sobě terapeutem. (Gavendová, 2021)

### **1.9.3. Pedagogická intervence**

Každý člověk-rodič i učitel- má jinou frustrační toleranci. Při práci s dětmi s problémovým chováním či poruchou chování je třeba mít frustrační toleranci vysokou.

Učitel musí stále věřit, že dítěti může pomoci a že je u dítěte šance na změnu chování a měl by mít tedy velice trpělivý a pozitivní přístup k dítěti. Měl by dávat jasné instrukce a být důsledný a zároveň laskavý. Tyto děti mají tendence učitele zkoušet, jestli už překročily hranici a z učitele se stane ten nenáviděný dospělý anebo to tento učitel vydrží a bude dítěti parťákem, kterému na dítěti záleží. (Gavendová, 2021)

Paní Zelinková (2009) předkládá základní postupy při práci s dětmi s ADHD. Myslím, že tento postup je velmi dobře aplikovatelný na práci s dětmi, majícími i jiné poruchy chování. (Zelinková, 2009)

### **Jak postupovat při práci s dětmi s poruchou chování?**

- **Positivní posilování spolu s mírnými tresty by měly následovat ihned po splnění úkolů.** (Zelinková, 2009)

Tyto děti, slyšající neustále napomínání, negativní hodnocení a poznámky od rodičů, učitelů a spolužáků, více než děti jiné tedy potřebují povzbudit a začít pocít, že v ně a v jejich schopnosti někdo věří a někomu na nich záleží.

- **Častá zpětná vazba vede k optimalizaci chování.** (Zelinková, 2009)

Měli bychom je chválit, ale vždy konkrétně za tu či onu věc, kterou vykonali správně a ohodnotit i snahu o zlepšení. Pokud dítěti řekneme, že v něčem chybovalo, měli bychom mu ukázat jinou alternativu, způsob jak by příště mohlo situaci řešit jinak a efektivněji. Podmínkou těchto intervencí je to, že jsme si získali důvěru dítěte. Jsme klidní, uctiví. Aby učitel mohl reagovat rychle a dávat okamžitou zpětnou vazbu, je vhodné, aby dítě sedělo blízko učitele, nejlépe v první lavici. (Zelinková, 2009)

- **Instrukce a pokyny by měly obsahovat jen několik kroků, měli bychom udržovat oční kontakt.** (Zelinková, 2009)

Tyto děti často působí, že nevnímají, co po nich chceme. Nesoustředí se a často přeslechnou zadání anebo nerozumí zadaným instrukcím. Jednání pak ve zmatku a v panice, že se po nich přece něco chce a oni neví co, ptají se spolužáků na vysvětlení a ruší tím výuku a mohou se tak projevovat rušivě. Pokud jsou často kárány, přestávají se ptát a rezignují na školní práci. Z tohoto důvodu mohou chybovat v plnění školních úkolů. Je proto vhodné dávat dětem jasné a krátké pokyny a doprovodit je i napsáním zadání na tabuli. Dívat se těmto dětem do očí a někdy i po nich vyžadovat, aby zopakovali, co se po nich chce, aby měl učitel jistotu, že děti zadání rozumějí. (Valčuhová, 2015)

- **Úkoly by měly být jednoduché, splnitelné a krátké.** (Zelinková, 2009)

Dítě by nemělo být přetěžováno tím, že mu zadáme několik úkolů najednou anebo zadáváme dlouhé, několika stupňové zadání. Docílili bychom opačného výsledku, než si přejeme, protože pozornost dítěte by se místo zkoncentrování tříštila.

- **Nediskutujeme o vhodnosti chování.** (Zelinková, 2009)

Děti s poruchou chování potřebují mít vymezena jasná pravidla a vědět, že za jejich nedodržení budou uplatňované jisté postihy, kterými mohou být slovní napomenutí nebo ztráta možnosti získat odměnu. Nemělo by se jednat o tvrdé postihy, neboť dítě potřebuje cítit, že je stále milováno a podporováno, nezávisle na tom, zda něco nekalého provede. Je velmi vhodné, aby se na tvorbě těchto pravidel podíleli na začátku školního roku všechny děti, všechny děti těmto pravidlům a důležitosti těchto pravidel rozuměly a aby tyto pravidla byla vyvěšena na viditelném místě. (Valčuhová, 2015)

- **Spolužákům a kamarádům je důležité přiměřenou formou sdělit podstatu obtíží.** (Zelinková, 2009)

Je velmi důležité pomáhat dětem s poruchou chování zapojit se do třídního kolektivu a pomáhat jim při řešení vzniklých konfliktů. Velice taktně by měl učitel ostatním žákům objasnit, proč se dítě s poruchou chování chová jinak a poprosit je o toleranci a laskavé přijetí dítěte do kolektivu, které z pravidla trpí nedostatkem sociálních dovedností. (Valčuhová, 2015)

Pro rozvoj sociálních dovedností a nacvičování komunikačních situací je vhodné použít různé expresivní techniky, například dramaterapii, ve které mohou děti hrát různé situace, vžít se do situace někoho jiného, mohou se volně vyjadřovat v rámci role, mohou získat uznání spolužáků a naučit se s nimi komunikovat a pracovat jako tým. (Valčuhová, 2015)

- **Respektovat styl učení, který může být globální.** (Zelinková, 2009)

Některé poruchy chování jsou spojeny se specifickými poruchami učení a tak je vhodné u zkoušení dětí volit vedle písemného testu i ústní zkoušení, a místo diktátu například doplňování.

- **Nácvik metakognitivních strategií jako učení o vlastním stylu učení.** (Zelinková, 2009)

Měli bychom respektovat individualitu dítěte a používat metody výuky doporučené školským poradenským zařízením.



- **Sebekontrola a sebehodnocení se dítě učí uvědomit si své chování a dříve myslet než jednat.** (Zelinková, 2009)
- **Optimismus a pevné nervy dospělých jsou nezbytné při výchově těchto dětí.** (Zelinková, 2009)
- **Pravidelný denní režim, dostatek spánku, zdravá strava, pravidelná příprava v klidném prostředí a účast v zájmové oblasti. Zamezit příliš divokým aktivitám před usínáním a poskytnout správný vzor chování.** (Zelinková, 2009)

Paní Pekařová (2006) zdůrazňuje důležitost rozvrhů každodenních činností dítěte. Dítě si na posloupnost ve vykonávání svých povinností zvykne a postupně si je zautomatizuje. Není třeba takové dítě upomínat, neboť samo ví, jaké jsou jeho povinnosti, za jejichž dodržení zodpovídá.

#### 1.9.4. Programy a metody intervence u poruch chování u dětí

Dítě s problémovým chováním často podává horší výkon, než odpovídá jeho kognitivním schopnostem. Poruchy chování u dětí představují pro okolí dítěte velkou zátěž. Důvodem je časté zapomínání věcí, absence ve škole, nepozornost. Snad nikdo netouží po tom být neúspěšný, neoblíbený, být zátěží. Mnoho odborníků, kterým problémy takovýchto dětí nebyly lhostejné a věřili v potenciál těchto dětí, hledalo metody, jak změnit nastavení dítěte chovat se nevhodně a nepřijatelně.

V průběhu let vzniklo několik programů a metod intervence a já bych ráda zmínila intervenční program instrumentálního obohacení profesora Reuvena Feuersteina. Jedná se o ucelený kognitivní intervenční program, nabízející každému jedinci bez rozdílu možnost zlepšovat své kognitivní schopnosti a dovednosti. Díky této metodě se děti učí pomocí lektora rozvíjet strategie pro řešení problémů a analytické myšlení, které mohou aplikovat v běžném životě. (Hutyrová, 2019)

Emoční a sociální dovednosti u dětí rozvíjí Projekt PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies). Studijní plán PATHS pomáhá zlepšovat sociální dovedností a porozumění u dětí. Podporuje a rozvíjí děti v oblasti sebekontroly, porozumět vlastním pocitům, i pocitům ostatních. Učí děti, že na rozdíl od chování, jsou jakékoli emoce přirozené.

Děti se učí porozumět svým emocím a učí se pochopit, proč v určitých situacích reagují tím či oním způsobem. (Hutyrová, 2019)

Dalším užitečným nástrojem pro práci s dětmi je **Proaktivní model Osmi kroků k lepšímu chování**.

Dá se shrnout do několika kroků:

- **Věnujte dítěti pozitivní pozornost:** Důležité je ocenit dítě za jeho snahu a dobré chování. Pozitivní pozornost od dospělých je pro něj klíčová.
- **Získejte dítě pro spolupráci:** Budování důvěry a spolupráce je zásadní. Dítě musí cítit, že jeho názory a potřeby jsou respektovány.
- **Konkrétní srozumitelné pokyny a příkazy:** Jasně komunikujte očekávání a pravidla. Dítě potřebuje vědět, co se od něj očekává.
- **Učte dítě nepřerušovat práci:** Pomocí jednoduchých pravidel a cvičení naučte dítě, jak se soustředit a vydržet.
- **Zaveďte bodovací systém:** Motivujte dítě k pozitivnímu chování pomocí bodů a odměn.
- **Postihujte nevhodné chování tak, aby to dítě motivovalo ke změně:** Důležité je, aby postihy byly spravedlivé a konstruktivní.
- **Time out:** Pokud je dítě příliš vzrušené nebo agresivní, umožněte mu krátkou pauzu.
- **Zvládání dítěte na veřejnosti:** Naučte dítě vhodné chování ve společnosti.

Tento model pomáhá budovat pozitivní vztahy, snižuje konflikty a napomáhá dětem k lepší socializaci. I zde je velmi důležité, aby rodiče a učitelé se drželi stejného postupu při práci s dítětem a spolupracovali. („*Předškolák s problémovým chováním*“)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 2. Metodologie výzkumu

Na praktické části své diplomové práce jsem spolupracovala s dalšími třemi studentkami, s Petrou Brankovou, s Magdou Kleinovou a Evou s Bodzentovou. Každá z nás se zabývala poruchou chování a emocí z jiného úhlu pohledu. Já jako studentka studijního oboru Učitelství pro první stupeň a speciální pedagogika jsem se zajímala o intervence poruch chování a emocí u dětí od šesti do jedenácti let.

Téma diplomové práce Petry Brankové je Poruchy chování a emocí - intervence v rodině. Téma diplomové práce Magdy Kleinové je Poruchy chování, emocí a intervence u žáků středních škol. Téma diplomové práce Evy Bodzentové je Poruchy chování a emocí způsobené užíváním návykových látek a intervence.

Vedle tohoto review tedy paralelně vznikají další tři review, které se příliš neliší tématem, ale liší se zaměřením na prostředí, ve kterém se intervence aplikují a dále věkem a charakteristikou cílových osob.

### 2.1. Jednotlivé fáze tvorby literárního review

#### 2.1.1. Zvolení inkluzivních a exkluzivních kritérií pro zařazení studií do našeho bádání a vyhledání v databázi Epistemonikos

V první fázi tvorby tohoto review byly zvoleny inkluzivní a exkluzivní kritéria pro zařazení studií do našeho zkoumání. Hlavním inkluzivním kritériem bylo zahrnout studie zabývající se intervencemi používanými ke snižování symptomů poruch chování a emocí u lidí, a to bez ohledu na věk či národnost.

Po zvolení inkluzivních kritérií byla prohledána databáze Epistemonikos, kde byly vyhledány relevantní studie.

### 2.1.2. Vyhledávání (Screening)

Poté, co byly studie nalezeny, byly nahrány do citačního manažeru Rayyan. Hledaly se duplicity, ty však nebyly nalezeny. Požadované studie byly dále zkoumány a vybírány podle dalších inkluzivních a exkluzivních kritérií, přičemž se postupovalo podle formátu **PICO**.

P znamená v angličtině Person tedy účastník.

I znamená intervence.

C znamená v angličtině Compare, tedy srovnání.

O znamená v angličtině Output, tedy výstup.

#### **Účastníci**

Inkluzivním kritériem byly studie, zabývající se lidmi od narození do dvaceti šesti let. Pohlaví ani národnost nehrála roli.

Exkluzivními kritérii, tedy kritérii pro vyřazení práce, byly studie zabývající se jedinci s některou z vývojových poruch, pacienti s psychiatrickými diagnózami či s primární nemocí, která je jiného charakteru než porucha chování či osoby po úrazech či po poškození mozku, studie zabývající se dětmi s ADHD či s emočními poruchami a úzkostmi, u kterých se neprojevovaly poruchy chování.

#### **Intervence**

Inkluzivním kritériem byly intervence z oblasti psychologie, psychoterapie, sociální práce, pedagogiky, prevence a podobně.

Exkluzivními kritérii byly všechny intervence zabývající se medicínou, či farmakologií.

Intervence, zabývající se porovnáním účinku medicínské a nemedicínské intervence byly do studie zařazeny.

#### **Srovnání**

V této fázi jsme neporovnávaly mezi sebou jednotlivé intervence.

## **Výstupy**

Byly vybrány ty studie, které se zabývaly intervencemi u osob od narození do dvaceti šesti let, u nichž se projevovaly poruchy chování a emocí.

### **2.1.3. Rozdělení studií**

Následně jsme si studie rozdělily a každá z nás pročítala názvy a abstrakty své vybrané skupiny studií. Hledaly jsme, zda studie splňují naše inkluzivní a exkluzivní kritéria. Pro ty, které se jeví jako vhodné, jsme se pokusily získat plné texty studií pomocí webových prohlížečů jako je ResearchGate nebo Google Scholar, a také jsme využily meziknihovní výpůjční služby Oddělení meziknihovní výpůjční služby knihovny University Palackého anebo jsme poprosily autory studií o zaslání plných textů. V této části práce jsme byly úspěšné. Až na jednu studii, se nám podařilo všechny hledané studie nalézt. Pokud si někdo z nás nebyl jistý, zda studii zařadit anebo vyřadit, diskutoval s ostatními členy týmu, se kterými jsme se pravidelně scházeli a diskutovali.

Inkluzivní kritérium pro výběr studií pro mou diplomovou práci byl věk dětí od šesti do jedenácti let.

Počty konkrétních studií v jednotlivých krocích selekce jsou uvedeny v PRISMA flow diagramu nacházejícím se v kapitole s výsledky.

### **2.1.4. Extrakce dat**

V této fázi práce jsme extrahovaly data z dohledaných plných textů a zaznamenaly jsme je do tabulek. Tabulky obsahovaly název studie, jméno autora, rok vydání studie, účastníky studie, použitou intervenci, výstupy a design studie.

### **2.1.5. Formulování výzkumné otázky pro tuto diplomovou práci**

Pro další práci bylo třeba zformulovat výzkumné otázky podle zaměření mé diplomové práce.

Pro tuto diplomovou práci, zabývající se dětmi od šesti do jedenácti let, jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

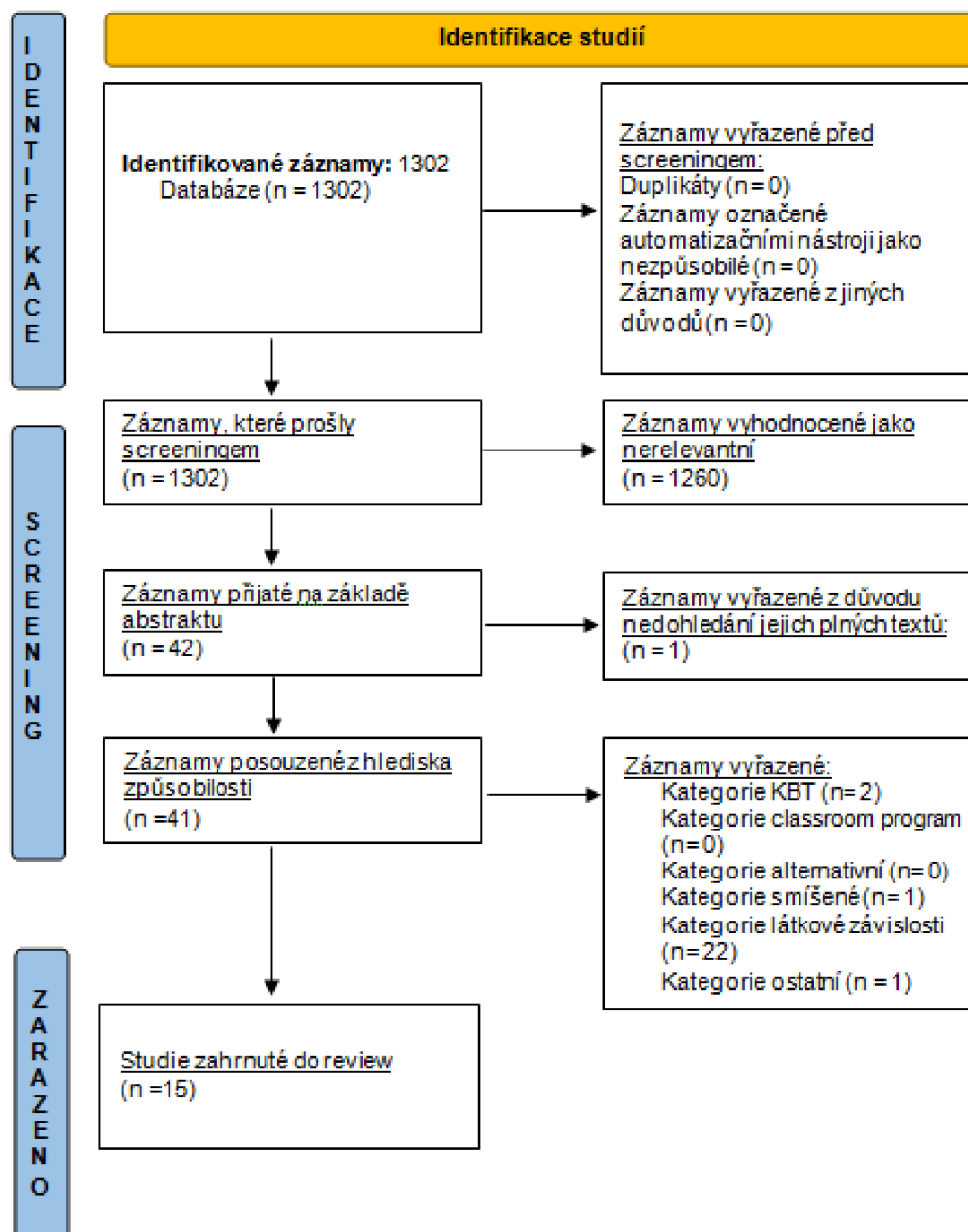
„Jaké jsou nejčastěji používané intervence u dětí od šesti do jedenácti let s poruchou chování a emocí?“

„Existují intervence mající vliv na snížení symptomů poruch chování a emocí u dětí od šesti do jedenácti let?“

### **3. Výsledky**

V první fázi bylo v databázi Epistemonikos vyhledáno **1302** studií. Následně jsme prostudovaly abstrakty všech studií a na základě inkluzivních a exkluzivních kritérií jsme odstranili **1260** studií a zůstalo tedy 42 studií. V další fázi jsme dohledávaly plné texty studií. Byla vyřazena **1** studie, u které se nám nepodařilo dohledat její plný text. Zůstalo tedy **41** studií. V konečné fázi bylo pro tuto diplomovou práci vybráno **15** studií.

Jako nástroj pro zobrazení počtu nalezených, zařazených a vyřazených studií a k zobrazení důvodu jejich vyloučení byl použit PRISMA Flow Diagram, který znázorňuje tok studií skrze jednotlivé fáze přehledu. PRISMA je zkratka pro anglicky Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses. (Page, 2020)



Obrázek č. 1: Vývojový diagram vyhledaných studií

### 3.1. Přehled všech patnácti zařazených studií

V této části diplomové práce jsou popsány jednotlivé studie, které splnily všechny inkluzivní kritéria pro tuto diplomovou práci.

Každá studie je zaznamenána v přehledné tabulce, obsahující název studie, jméno prvního autora studie, rok publikování studie, informace o účastnících, o intervencích, o designu studie a výsledky pramenící ze studie.

Pod každou tabulkou jsou shrnuty podstatné informace, které byly ve zkoumaných studiích obsaženy. Všechny informace pod tabulkami jsou tedy převzaty ze zkoumaných studií a přeloženy autorkou do českého jazyka. Aby byla zachována autenticita těchto informací, text byl jen minimálně upraven.

<b>Název studie:</b>	<b>Behavior problems and group-based parent education programs.</b>
<b>Autor:</b>	Jane Barlow
<b>Rok vzniku:</b>	2000
<b>Účastníci:</b>	Děti s poruchou chování - se záchvaty vzteku, agresi a nedodržováním norem.
<b>Věk účastníků:</b>	3 – 10 let
<b>Intervence:</b>	Rodičovské intervence  Vzdělávací programy pro rodiče
<b>Výstupy:</b>	Všechny studie prokázaly významné zlepšení chování dětí ve srovnání s kontrolní skupinou, což naznačuje, že skupinové behaviorální výchovné programy pro rodiče jsou úspěšné při změně chování dětí a že tyto změny jsou dlouhodobé.  Výsledky dále naznačují, že strukturované programy vzdělávání rodičů mohou být účinné při vytváření pozitivních změn ve vnímání rodičů.  Chybí kauzální analýza.
<b>Design studie:</b>	Systematické review

Tabulka 8: Studie Barlow

Toto systematické review studuje efektivitu rodičovských intervencí zaměřených na zlepšení poruch chování a emocí u dětí ve věku od tří do deseti let. (Barlow, 2000)

Pro toto systematické review bylo vybráno 255 studií, publikovaných po roce 1970, z nichž pouze 16 splňovalo inkluzivní kritéria výběru studií. (Barlow, 2000)



Poruchy chování, které jsou v práci zkoumány, jsou záchvaty vzteku, agrese a nedodržování norem. V práci nejsou zahrnuty děti s ADHD. Review je zaměřeno také na zkoumání rodičovské pohody a postoj k rodičovství. Bylo třeba také prozkoumat a porovnat studie zaměřené na předškolní děti. (Barlow, 2000)

Rodičovské programy jsou standardizované programy zaměřené na zlepšení rodičovských kompetencí. Existují dva hlavní typy vzdělávacích programů pro rodiče: *podmínkové* a *vztahové*. Tyto kategorie se nevyklučují a mnoho programů kombinuje prvky charakteristické pro behaviorální i vztahový typ programů. (Barlow, 2000)

K výuce rodičovských programů se používala široká škála technik, od slovních instrukcí, používáním příruček a brožur až po použití technologicky vyspělejších metod, jako je Webster-Strattonovo modelování pomocí videokazet. Významnou roli hraje empatie, smysl pro humor, nadšení, flexibilita, vřelost a kompetence školitele v jejich aplikaci a důvěra rodičů v intervence. (Barlow, 2000)

Zapojení rodičů jako nositelů změn u svých dětí pomocí skupinových terapií představovalo efektivní a kontinuální zdroj léčby, překonaly se obtíže spojené s přenosem změn vzniklých na klinice do domácího prostředí a zdálo se, že skupinová terapie snižuje potenciální stigma, které je často spojeno s návštěvou kliniky. (Barlow, 2000)

Kritické zhodnocení těchto studií odhalilo, že je velká rozmanitost použitých metod a jejich kombinací a velká heterogenita v účinnosti těchto metod. I když je důležitá určitá standardizace technologie programů, zdá se pravděpodobné, že rozmanitost v technologii programů je důležitá, aby se vyhovělo různým potřebám rozmanitých typů rodičů. (Barlow, Všechny studie prokázaly významné zlepšení chování dětí ve srovnání s kontrolní skupinou, což naznačuje, že skupinové behaviorální výchovné programy pro rodiče jsou úspěšné při změně chování dětí. Výsledky naznačují, že strukturované programy vzdělávání rodičů mohou být účinné při vytváření pozitivních změn ve vnímání rodičů i v objektivních měřících chování dětí a že tyto změny jsou dlouhodobé. Vzhledem k malému počtu kontrolovaných studií a metodologickým odchylkám je třeba před zobecňováním těchto výsledků provést kauzální analýzu. (Barlow, 2000)

<b>Název studie:</b>	<b>Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis</b>
<b>Autor:</b>	Eili N.Riise
<b>Rok vzniku:</b>	2020
<b>Účastníci:</b>	Děti s ADHD Děti s poruchou chování Děti s poruchou opozičního vzdoru
<b>Věk účastníků:</b>	U ADHD byl průměrný věk 8,9 let. U poruch chování a poruch opozičního vzdoru byl průměrný věk 7,6 a 7,5 let.
<b>Intervence:</b>	Kognitivně - behaviorální terapie (KBT) v neuniverzitním - klinickém - prostředí
<b>Design studie:</b>	Systematické review a meta-analýza
<b>Výstupy:</b>	Průměrná velikost účinku v rámci skupiny po léčbě byla významná ( $g = 0,91$ ). Byly zaznamenány velké velikosti účinku jak pro ADHD ( $g = 0,80$ ), tak pro poruchy chování a poruchy opozičního ( $g = 0,98$ ).  Po léčbě byla míra remise 38 % pro ADHD a 48 % pro poruchy chování a poruchy opozičního vzdoru. Celková míra remise byla 14 %. Srovnávání se studii účinnosti ukázalo, že KBT přináší míru remise běžné klinické péči.

Tabulka 9: Studie Riise

Hlavním cílem této studie bylo vůbec poprvé provést takto rozsáhlou meta - analýzu účinnosti kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) u dětí a dospívajících s ADHD, s poruchou chování a s poruchou opozičního vzdoru v běžné klinické péči. Tyto poruchy jsou v této studii nazvány externizující poruchy. Tato studie navazuje na předchozí studie, rozšiřuje je a prohlubuje.(Riise, 2021)

Různé programy KBT pro externalizační poruchy u dětí a dospívajících jsou podpořeny značným množstvím empirických důkazů. Většina z výzkumných důkazů však pochází ze studií provedených na univerzitách, ale toto prostředí se liší od prostředí „běžného života“

běžné klinické praxe. Roli hraje to, že na universitě se pracuje s dobrovolníky, kteří jsou motivováni ke změně a pracují s nimi odborníci zaměřeni na ten či onen konkrétní problém. (Riise, 2021)

Účinné programy KBT pro externalizující poruchy zahrnují programy behaviorální terapie pro rodiče, děti a/nebo učitele a kognitivní intervence zaměřené na zvýšení sebekontroly a programy, které učí děti řešit problémy a učí je umět si život zorganizovat. (Riise, 2021)

Dva hodnotitelé přečetli 730 plných textů studií, aby je paralelně roztřídili na vhodné a nevhodné. Z přečtených studií zahrnuli do šetření 51 studií publikovaných do května 2020, s celkovým počtem 5295 pacientů. (Riise, 2021)

Průměrný počet léčebných sezení byl 17 v průběhu průměrně 15 týdnů, přičemž průměrná intenzita léčby byla přibližně tři hodiny týdně. Nebylo prokázáno, že by intenzita léčby významně zmírňovala léčbu adolescentů s rušivým chováním. (Riise, 2021)

V 90 % studií účinnosti byla léčba poskytována rodičům- buď jen jim (49 %), anebo společně se svým dítětem (41 %). Trénink vedení rodičů se osvědčil jako samostatná léčba ADHD a rušivého chování u dětí a jako součást vícesložkové léčby adolescentů s rušivým chováním. Kromě toho, některé studie naznačují, že rodičovské chování zprostředkovává účinek výchovného působení na rodiče. (Riise, 2021)

Většina zahrnutých studií poskytovala léčbu ve skupinách, ale to zda byla léčba individuální, skupinová nebo kombinovaná významně neměnilo účinek léčby. (Riise, 2021)

Ačkoli zapojení učitelů může být v některých případech přínosné, výsledky naznačují, že zapojení učitelů není rozhodujícím faktorem pro výsledek KBT léčby. (Riise, 2021)

Lepší výsledky byly dosaženy léčebnými programy, které se zaměřovaly na zlepšení pozitivního vztahu mezi rodiči a jejich dětmi, rozvoj dovedností emoční komunikace, a také výuku rodičů v používání strategií jako jsou přestávky a důslednost ve výchově. Ty vyžadovaly od rodičů nácvik nových dovedností se svými dětmi během rodičovských tréninků. (Riise, 2021)

Na druhé straně léčby, které se zaměřovaly na výuku rodičů při řešení problémů, učení rodičů, aby podporovali kognitivní, akademické nebo sociální dovednosti dětí, a poskytování dalších doplňkových služeb, byly spojeny s menšími účinky. (Riise, 2021)

Dále studie ukazuje, že, v rozporu s očekáváním, nehraje roli, zda jsou rodiče zapojení do léčby či nikoli. (Riise, 2021)

Nelze vyvozovat žádné obecné závěry týkající se vlivu věku na výsledek léčby. Nicméně zjištění z této metaanalýzy naznačují, že v běžné péči je mladší věk spojen s větším snížením symptomů a s větší mírou remise po KBT. (Riise, 2021)

Závažnější symptomy v době před léčbou byly spojeny s větší velikostí účinku a pravděpodobným důvodem je to, že závažnější případy mají větší prostor pro zlepšení. Toto vysvětlení podporuje skutečnost, že míra remise nesouvisela se závažností před léčbou. (Riise, 2021)

Nejdůležitějším a nejpovzbudivějším zjištěním této metaanalýzy bylo to, že výsledky získané universitními studii se nelišily od výsledků získaných z klinické praxe. To naznačuje využitelnost a přenositelnost poznatků z universitních studií do běžné, klinické praxe. (Riise, 2021)

ADHD je vysoce komorbidní s jinými poruchami a bylo zjištěno, že komorbidní diagnóza ADHD a poruch chování nebo poruch opozičního vzdorů zvyšuje závažnosti příznaků ADHD. (Riise, 2021)

Průměrný účinek léčby byl v rámci skupiny velký a statisticky významný ( $g = 0,91$ ) a u obou skupin byly velké velikosti účinku – u ADHD ( $g = 0,80$ ) a u poruch chování a u poruch opozičního vzdorů ( $g = 0,98$ ). Skutečnost, že velikost účinku u poruch chování a u poruch opozičního vzdorů ( $g = 0,98$ ) byla o něco vyšší než u ADHD ( $g = 0,80$ ), je zajímavá. (Riise, 2021)

Po léčbě byla míra remise 38 % u ADHD a 48 % u poruch chování a poruch opozičního vzdorů a celková míra remise byla 14 %. Výsledky ukázaly také, že 44 % dětí a dospívajících s externalizujícími poruchami dosáhlo remise po léčbě v běžné klinické péči a

že více než polovina účastníků byla při následném sledování remitována. Výsledky dále ukázaly, že 86 % účastníků s externalizujícími poruchami dokončilo KBT. (Riise, 2021)

Zjištění jsou povzbudivá a naznačují, že externalizující poruchy v dětství a dospívání dobře reagují na KBT terapii v reálném prostředí. (Riise, 2021)

<b>Název studie:</b>	<b>Chronotype-related differences in childhood and adolescent aggression and antisocial behavior--a review of the literature.</b>
<b>Autor:</b>	Angelika A. Schlarb
<b>Rok vzniku:</b>	2014
<b>Účastníci:</b>	Děti a dospívající s poruchami chování a emocí, zejména s agresivitou a antisociálním chováním všech typů chronotypů.
<b>Věk účastníků:</b>	0-27 let
<b>Intervence:</b>	Spánková hygiena a její vliv na chování dětí a dospívající.
<b>Výstupy:</b>	Lze předpokládat, že úprava kvality a kvantity spánku, včasným uleháním a dodržováním spánkové hygieny povede ke zmírnění projevů problémového chování.  Je důležitá výchova dětí a dospívajících k správné spánkové hygieně a vyvolání povědomí o důsledcích snížené kvality a kvantity spánku.
<b>Design studie:</b>	Literature review

Tabulka 10: Studie Schlarb

Tato studie zkoumala rozdíly v poruchách emocí a chování, zejména u agresivity a u antisociálního chování u dětí a dospívajících v závislosti na chronotypu těchto osob. (Schlarb, 2014)

Výzkumníci provedli rozsáhlou rešerši prostřednictvím web of knowledge (MEDLINE, web of science), EBSCO, Ovid, PubMed, Google Scholar a PsycINDEX s použitím klíčových slov, kterými byly chronotyp, chronobiologie, ranní, ponocování, sovy a skřivani, denní preference, agrese, hněv, nepřátelství, násilí, antisociální chování, porucha chování, porucha opozičního vzdoru, delikvence, sociální přizpůsobení, porucha chování a externalizující chování. (Schlarb, 2014)

Do tohoto review bylo zahrnuto 13 studií, splňujících inkluzivní kritéria a týkajících se všech typů chronotypů u dětí a dospívajících s antisociálním chováním. (Schlarb, 2014)

V této studii jsou jednotlivé chronotypy označeny písmeny E, M, I a jednotlivá písmena znamenají

E typ je odvozen z anglického slova evening (večeř) a v češtině bychom ho označili jako typ sovy.

M typ je odvozen z anglického slova morning (ráno) a v češtině bychom ho označili jako typ ranních ptáčat.

I typ je odvozen z anglického intermediate (střední) a nachází se někde mezi typy E a M.

N typ označuje lidi trpící nespavostí.

CEM označuje chronotypový model emočního chování.

Toto rozsáhlé review například ukazuje, že tendence k rannímu vstávání u malých dětí se postupně přesouvá k výrazným večerním aktivitám, souvisejícím s nástupem puberty. Přibližně ve věku 20 let tento posun dosahuje svého maxima a začíná opět klesat, což vede k rostoucí tendenci vstávat brzy ráno. V důsledku toho, výzkumy prokázaly, že nástup puberty vede ke zvýšené míře výskytu externalizujících poruch. (Schlarb, 2014)

Výzkumy ukazují, že například E typy vykazují vyšší míru denní ospalosti a větší rozdíly ve spánku než M typy. Vyšší doba spánku M typů ukazuje na lepší kvalitu spánku a celkového zdraví. (Schlarb, 2014)

Pro téma mé diplomové práce je zajímavé zjištění studie (Wada, 2009), v níž byly použity stejné dotazníky k porovnání cirkadiánní preference a abnormality chování u 697 japonských a 627 českých dětí ve věku od narození do 8 let věku, s přibližně vyrovnaným poměrem pohlaví. Analýza odhalila významný vztah mezi M a E typy a četností výbuchů hněvu u japonských a českých dětí. Navzdory určitým metodologickým omezením, jakož i omezené validitě věrohodnosti cirkadiánní preference velmi malých kojenců, studie prokazuje

konzistentní souvislost mezi M a E typy a externalizujícími problémy, které nelze přičítat kulturním vlivům. (Schlarb, 2014)

Výzkumy také prokazují, že subjektivní kvalita spánku, délka spánku, kontinuita, stejně jako prožívaný noční klid ve spánku jsou významně sníženy u dětí a dospívajících s E typem chronotypu. Bylo zjištěno, že behaviorální a emoční problémy jako agresivita nebo antisociální chování jsou výraznější u E typů než u M typů chronotypů. Výzkumy naznačují, že zhoršená kvalita spánku a/nebo zkrácená délka spánku vyvolávají agresivní chování u zdravých dětí a dospívajících i u dospělých. (Schlarb, 2014)

<b>Název studie:</b>	<b>Greenspace exposure and children behavior: A systematic review</b>
<b>Autor:</b>	Mohammad Javad Zare Sakhvidi
<b>Rok vzniku:</b>	2022
<b>Účastníci:</b>	Děti s problémy s chováním a s emocemi, děti s ADHD
<b>Věk účastníků:</b>	Děti do 18 let
<b>Intervence:</b>	Dlouhodobé působení zeleně na problémy s chováním u dětí.
<b>Výstupy:</b>	Studie poukazuje na prospěšný vliv zeleně na chování dětí.  Studie zdůrazňuje důležitost změny školního a životního prostředí, aby se zvýšilo vystavení dětí zelenému prostoru, aby se zeleň považovala za jeden z cílových prvků městského environmentálního plánování.
<b>Design studie:</b>	Systematické review a metaanalýza

Tabulka 11: Studie Sakhvidi

Systematicky byly prozkoumány studie publikované do konce listopadu 2021 o souvislosti mezi dlouhodobou expozicí zeleni a problémy s chováním u dětí. (Sakhvidi, 2022)

Z 29 relevantním studií bylo 17 průřezových, 11 kohortových a jedna byla případová studie. Většina studií byla provedena v Evropě, dále pak v USA. Celková kvalita studií z hlediska rizika zkreslení byla "přiměřená" (průměrná kvalita skóre = 5,4 z 9) podle

Newcastle-Ottawské stupnice. Třináct studií (45 %) mělo dobrou nebo velmi dobrou kvalitu z hlediska rizika zkreslení. (Sakhvidi, 2022)

Existují důkazy o tom, že současné děti tráví v přírodě méně času než předchozí generace dětí. Život ve městech je často spojen se stresujícím a sedavým způsobem života, zvýšenou expozicí znečištěnému ovzduší, hluku a teplu. Oproti tomu přírodní prostředí zlepšuje duševní a fyzické zdraví dětí a pohodu a chování. Z tohoto důvodu se zvyšuje počet studií, které zkoumají souvislost mezi vystavením zeleni a celosvětovým nárůstem duševních problémů a problémů s chováním u dětí. (Sakhvidi, 2022)

Tato studie systematicky přezkoumala existující důkazy o souvislosti mezi dlouhodobou expozicí zeleni a problémy v chování u dětí. Souvislost s expozicí s různým typem zeleně byla studována u dětí s poruchou pozornosti, dětí s ADHD, dětí s problémy s chováním, prosociálním chováním, emočními problémy, problémy ve vztazích s vrstevníky, s externalizujícími a internalizujícími poruchami. (Sakhvidi, 2022)

Podle zkoumaných studií může přírodní prostředí způsobit celkový pocit emoční pohody a má uklidňující účinek tím, že reguluje lidské emocionální reakce a snižuje neurofyzilogický stres. Jsou rovněž popsány pozitivní účinky vystavení přírodnímu prostředí na pozornost, zmírnění únavy a obnovení mentální pozornosti. Oproti tomu expozice znečištěnému ovzduší a hluku je spojeno se zvýšeným rizikem problémů s chováním. Byla zaznamenána souvislost mezi nižším podílem zeleně v obytné zástavbě a výskytem ADHD. Rovněž větší expozice dětí zeleni na školních dvorech podpořila sociální chování dětí. Zatím neexistují důkazy, které by potvrdily pozitivní vliv zeleně na šikanu či agresivitu. (Sakhvidi, 2022)

Výsledky review zdůrazňují důležitost zvýšení zeleně ve školním a životním prostředí dítěte, aby se zvýšila expozice dětí vůči zeleni a aby se zeleň považovala za jeden z cílových prvků v plánování městského životního prostředí. Důkazy jsou omezené a neprůkazné pro některé výsledky chování. (Sakhvidi, 2022)



<b>Název studie:</b>	<b>Role of docosahexaenoic acid in maternal and child mental health.</b>
<b>Autor:</b>	Usha Ramakrishnan
<b>Rok vzniku:</b>	2014
<b>Účastníci:</b>	Děti s poruchou chování a emocí, děti s ADHD Matky
<b>Věk účastníků:</b>	Děti 7-12, dospívající a matky
<b>Intervence:</b>	Pozorovací a intervenční studie Vliv n-3 mastných kyselin na deprese, poruchy chování a ADHD
<b>Výstupy:</b>	Ačkoli výsledky intervenčních studií na lidech poskytují určitou podporu pro vztah mezi stavem DHA a duševním zdravím, mnoho z těchto studií postrádá placeboem kontrolovanou skupinu, což ztěžuje připisování změn v symptomech duševního zdraví nebo chování.
<b>Design studie:</b>	crossover studie

Tabulka Ramakrishnan

Cílem tohoto článku bylo vytvořit přehled o současných důkazech a vztazích mezi mozkem a n-3 mastnými kyselinami, zejména s kyselinou dokosahexaenovou (DHA), a poruchami duševního zdraví žen a dětí. Byly vyhledány přehledové studie, publikované v angličtině od roku 1966 do června roku 2008 v databázích Medline. (Ramakrishnan, 2014)

Byly zahrnuty studie na lidech jak pozorovací, tak intervenční, zkoumající vztah mezi n-3 mastnými kyselinami, jako je DHA, a depresí a poruchami duševního zdraví u dětí. (Ramakrishnan, 2014)

Pozorovací studie podporují přímou souvislost mezi špatným stavem n-3 mastných kyselin a zvýšeným rizikem depresí u matek a poruchami chování u dětí, jako jsou např. porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Nicméně důkazy z intervenčních studií jsou slabé. (Ramakrishnan, 2014)

Studie předkládá, že esenciální mastné kyseliny (MK), jako je např. kyselina dokosahexaenová (DHA), mohou hrát důležitou roli v prevenci onemocnění a léčbě některých

duševních poruch. Mezi faktory, které mají biologický význam pro duševní zdraví, patří např. n-3 polynenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem, které jsou přítomny v buněčných membránách v mozku a nervové tkáni, konkrétně DHA a eikosapentaenová kyselina (EPA). (Ramakrishnan, 2014)

n-6 polynenasycené mastné kyseliny, jako je kyselina linolová, jsou široce rozšířené v rostlinných olejích, semenech, ořechách, margarínu, obilovinách a vejcích, a v některých druzích masa. n-3 polynenasycené mastné kyseliny (PUFA) se nacházejí především v řepkovém a sójovém oleji, lněném semínku a vlašských ořechách, vejcích, některých druzích masa a studenodvodních rybách. Příjem n-6 mastných kyselin se zvýšil, což vedlo k vysokému poměru příjmu n-6 : n-3 polynenasycených mastných kyselin v populaci, který může být spojen se zvýšeným rizikem duševních poruch a poruch poruchami zdraví. (Ramakrishnan, 2014)

O úloze n-3 polynenasycenými mastnými kyseliny (PUFA) v duševním zdraví dětí se mluví v souvislosti s léčbou hyperaktivity s poruchou pozornosti (ADHD). Několik studií se zabývalo také vztahem mezi n-3 polynenasycenými mastnými kyselinami (PUFA) a chováním dětí, depresivní náladou a klinickou depresí. (Ramakrishnan, 2014)

Přestože přesné mechanismy, kterými PUFA, zejména DHA, ovlivňují poruchy chování, jako je ADHD, zůstávají nejasné, pravděpodobné důkazy naznačují, jak se DHA mohou na těchto poruchách podílet. DHA je důležitá jak pro membránovou fluiditu, tak pro neurotransmitery, zejména pro přenos synaptického signálu. (Ramakrishnan, 2014)

U dětí s ADHD byly zjištěny nižší koncentrace DHA v plazmě nebo v červených krvinkách, které se projevují na příklad zvýšenou žízní a močením. Podobně tomu tak může být také u jiných poruch chování a depresí. (Ramakrishnan, 2014)

V jedné studii byly dětem s ADHD podávány potraviny obsahující DHA (3,6 mg/den). Příznaky, související s ADHD se u dětí po 12 týdnech podávání snížily. (Ramakrishnan, 2014)

Několik longitudinálních studií zjistilo negativní souvislost mezi nízkou hladinou DHA v raném věku a následnými problémy s chováním u malých dětí. (Ramakrishnan, 2014)

Podobně podávání rybího oleje dětem po dobu 3 měsíců zlepšilo gramotnost a chování dětí s vývojovými poruchami. V jedné studii byly dětem s poruchou chování dávány po dobu 8 týdnů 16,2 g EPA/DHA a zjistilo se zlepšení chování u těchto dětí. V této studii však chybí kontrolní skupina pro porovnání. (Ramakrishnan, 2014)

Nedávná studie z Indie uvádí významné zlepšení hyperaktivity u dětí s ADHD poté, co konzumovaly po dobu 3 měsíců doplňky stravy s obsahem lněného oleje, který je bohatý Alfa-linolenovou kyselinu (ALA) esenciální omega-3 mastnou kyselinu. Zlepšení bylo pozorováno v oblasti impulzivity, neklidu, nepozornosti a sebekontroly, a problémech s učením na základě validované škály hodnocení rodičů. (Ramakrishnan, 2014)

Opodstatněná se jeví obava konzumovat mořské potraviny ve větší míře. Ty sice mají přirozený obsah n-3 mastných kyselin, obávají však toxiny jako je rtuť či polychlorované bifenyly, které mohou způsobit neurologické. (Ramakrishnan, 2014)

Je třeba ještě vyhodnotit vliv poměru mezi n-6 mastnými kyselinami a n-3 mastnými kyselinami a interakce s dalšími s dalšími klíčovými živinami, jako je železo a zinek. A konečně, úloha DHA v kritických obdobích vývoje je třeba dále vyhodnotit v dobře navrženém longitudinálním sledování. (Ramakrishnan, 2014)

Většina zkoumaných studií měla malé velikosti vzorků a byly provedeny na klinicky diagnostikovaných vzorcích, bez placebem kontrolovaných skupin. ( Ramakrishnan, 2014)

<b>Název studie:</b>	<b>Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence.</b>
<b>Autor:</b>	Michael A. Ramirez de Arellano, Ph.D.
<b>Rok vzniku:</b>	2014
<b>Účastníci:</b>	Děti a adolescenti s <ul style="list-style-type: none"> <li>• problémovým chováním</li> <li>• s depresivními příznaky a</li> <li>• s posttraumatickou sociální poruchou</li> <li>• svědci komunitního nebo domácího násilí, traumatické ztráty, války nebo přírodních katastrof.</li> </ul>
<b>Věk účastníků:</b>	děti a adolescenti
<b>Intervence:</b>	Kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na trauma (TF-CBT) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mezi klíčové prvky intervence patří</li> <li>• psychoedukace</li> <li>• dovednosti zvládnání</li> <li>• postupná expozice</li> <li>• kognitivní zpracování myšlenek souvisejících s traumatem</li> <li>• a přesvědčení a zapojení pečovatelů</li> </ul>
<b>Výstupy:</b>	TF-KBT prokázala pozitivní výsledky při snižování příznaků posttraumatické stresové poruchy.  U poruch chování a problému se sexuálním chováním byly zjištěny jen mírné účinky
<b>Design studie:</b>	přehledová studie, posouzení důkazů

Tabulka 12: Studie Ramirez

Autoři této studie hledali studie zaměřené na kognitivně-behaviorální terapii u traumatizovaných dětí a dospívajících (dále jen TF-KBT) v databázích PubMed, PsycINFO, Applied Social Sciences Index and Abstracts, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, PILOTS, ERIC a CINAHL. Zaměřili se na metaanalýzy, přehledové a jednotlivé

studie publikované od roku 1993 až do roku 2013. Cílem bylo popsat složky kognitivně behaviorální terapie se zaměřením na traumata (TF-KBT), posoudit úroveň výsledků existujících studií a poskytnout stručné shrnutí celkové účinnosti této metody. (Ramirez, 2014)

Do přehledu byly zahrnuty studie, které se zabývaly využitím TF-KBT u dětí vystavených různým traumatickým událostem, u nichž se vyskytly duševní problémy související s traumatem. Přehled rovněž zkoumal účinnost TF-KBT při řešení specifických symptomů, jako jsou symptomy posttraumatické stresové poruchy a deprese, a problémového chování. Nakonec přehled upozornil na omezení a oblasti, které vyžadují další výzkum. (Ramirez, 2014)

KBT byla navržena tak, aby byla poskytována v rámci 12-16 sezení ambulantní léčby v závislosti na potřebách a schopnostech dítěte a pečovatelů. Poté, co se děti naučily dovednosti zvládnání, účastnily se léčby založené na expozici. Příkladem je vytvoření traumatického vyprávění - postupné expoziční a kognitivně-zpracovávající cvičení - které vytváří individuální příběh o zneužívání. Cílem vyprávění je snížit úzkost a změnit způsob myšlení související se vzpomínkami na trauma, které mohou být ovlivněny vývojovými faktory, jako je úroveň kognitivní a emoční vyspělosti. (Ramirez, 2014)

Během TF-KBT se rodiče a děti účastnili paralelních léčebných sezení, kdy terapeut část sezení tráví s dítětem a část s pečující osobou. Kromě toho dítě v rámci sezení sdílí traumatický příběh s pečovatelem. To umožňuje pečující osobě poskytnout dítěti podporu a pomáhá mu napravit zkreslení v jeho chápání zneužívání, včetně těch, která se týkají toho, co se stalo a kdo za to může. Pečující osoby se sezení často účastní také spolu s dítětem, aby posílily bezpečnostní složku a dítě mohlo získat podporu dospělých při znovuzískávání pocitu bezpečí a pohody. (Ramirez, 2014)

Během společných sezení se dítě může rozhodnout sdílet vyprávění o traumatu s dospělou osobou, kterou identifikuje jako podpůrnou a důvěryhodnou. V průběhu léčby, včetně období před společnými sezeními, probíhají také sezení mezi pečující osobou a terapeutem, která mají zajistit schopnost pečující osoby reagovat pečujícím a podpůrným způsobem a pomoci připravit pečující osobu na sdílení vyprávění. (Ramirez, 2014)

Na základě deseti vybraných studií se došlo k závěru, že TF-KBT je vysoce účinná léčba pro snížení symptomů souvisejících s traumatem u některých dětí, které zažily trauma, a jejich pečovateli, kteří trauma nezažili. (Ramirez, 2014)

Je třeba pokračovat ve výzkumu, aby bylo možné dále identifikovat osvědčené postupy TF-KBT v různých prostředích a u osob z různých rasových a etnických prostředí a s různou traumatickou historií, symptomy a stádiu intelektuálního, sociálního a emocionálního vývoje. (Ramirez, 2014)

Dvě studie ukázaly, že TF-KBT zvýšila efektivní rodičovské praktiky a zlepšila emocionální reakce rodiče na zneužívání dítěte v průběhu času. Ačkoli počet podpůrných studií je malý, žádné další studie neprokázaly negativní zjištění. (Ramirez, 2014)

U poruch chování a problému se sexuálním chováním byly zjištěny jen mírné účinky. Ve většině studií TF-KBT postupně snížily obecné problémy a problémy se sexuálním chováním. TF-CBT však nevykazovala konzistentně větší snížení ve srovnání s kontrolními skupinami. (Ramirez, 2014)

Název studie:	<b>The Relationship Between Greenspace Exposure and Psychopathology Symptoms: A Systematic Review</b>
Autor:	Ivy Tran
Rok vzniku:	2022
Účastníci:	Lidé s duševními a psychickými problémy Děti s poruchou chování a děti s ADHD
Věk účastníků:	Lidé ve věku od 3 do 91 let
Intervence:	Vystavování se přírodě
Výstupy:	<p>Ačkoli vliv expozice zeleni na psychopatologické symptomy byl různý a stejně tak byly různorodé i studie, většina průřezových a longitudinálních studií zjistila, že zeleň snižuje výskyt psychopatologie, kterými jsou příznaky poruchy pozornosti a hyperaktivity u dětí a dospělých, deprese u dospělých.</p> <p>Dvě studie zjistily, že větší pokrytí zelení souvisí s méně závažnými internalizačními a externalizačními příznaky u zdravých dětí.</p> <p>Dá se také předpokládat pozitivní vliv zeleně na externizující a internizující chování u dětí.</p> <p>Práce diskutuje o omezeních v předkládaných studiích a o možnostech směřování budoucích výzkumů</p>
Design studie:	systematické review

Tabulka 13: Studie Tran

V tomto systematickém review jsou shrnuty a kriticky zhodnoceny studie zabývající se vztahem mezi expozicí zeleni a psychopatií mezi dětmi a dospělými. Sekundárním cílem tohoto přehledu bylo prozkoumat rozdílné vlivy zelených prostorů a městských prostředí. (Tran, 2022)

Bylo identifikováno 40 studií publikovaných v období od 1. ledna 1981 do 31. července 2020 v databázích PubMed a PsycINFO. (Tran, 2022)

Většina studií byla uskutečněna v Evropě a Severní Americe. Celkem 15 studií hodnotilo psychopatologické příznaky u dětí a 25 studií hodnotilo tyto příznaky u dospělých. (Tran, 2022) Metody se lišily včetně metod expozice zeleni, psychopatologickým symptomům, příznakům a velikosti vzorků. Většina výzkumů měla průřezový charakter. (Tran, 2022)

Celkem 14 studií se zabývalo psychopatologickými příznaky u dětí se zaměřením na příznaky poruchy pozornosti/nepozornosti a poruchy psychické aktivity, internalizující a externalizující chování. Internalizující a externalizující chování mají tendenci se překrývat a jsou spojeny s pozdější, specifitější psychopatií. (Tran, 2022)

Studie ukazují, že expozice zeleni je běžně považována za příjemnou a regenerační součást životního prostředí. Zahradničení, pěší turistika a péče o pokojové rostliny jsou spojeny s vyšší pohodou prožívání a sociálními vazbami. Bydlení v blízkosti parků nebo s vegetací v okolí domova je spojeno s příznivými účinky a celkovou duševní pohodou a příznivým vlivem na duševní zdraví člověka. (Tran, 2022)

Několik studie zjistilo pozitivní účinek zeleně na příznaky deprese díky zapojení fyzické a sociální aktivity. (Tran, 2022)

Existují také důkazy, že městské prostředí je oproti tomu spojeno se stresem, osamělostí, negativními dopady na životní prostředí, negativními afekty a vyšším výskytem obav o duševní zdraví. To naznačuje, že naše životní prostředí ovlivňuje náš duševní stav, stejně jako náš duševní stav ovlivňuje prostředí, ve kterém žijeme. (Tran, 2022)

14 studií zkoumalo expozici zeleni a expozici typicky městskému prostředí. Výzkumníci zjistili, že vystavení zeleni má příznivý vliv na psychopatologické příznaky oproti negativnímu vlivu urbanizace. (Tran, 2022)

Jenda longitudinální studie (Van Aart, 2018) zjistila, že větší pokrytí a větší blízkost zelených ploch v okolí bydliště byly spojeny s menší hyperaktivitou, úzkostí a náladovými příznaky u dětí. Následná měření o 5 let později ukázala, že zelená plocha byla spojena s



vyššími hodnotami štěstí, ale významné souvislosti nebyly zjištěny u štěstí a spokojenosti jiných psychopatologických příznaků. Vystavení zelení znamenalo méně závažné příznaky ADHD u diagnostikovaných dětí. (Tran, 2022)

Naopak v jiné longitudinální studii zjistili, že zdravé děti s přístupem k zahradám měly významně vyšší skóre hyperaktivity, zatímco ostatní zelené prostory jako například parky neměly žádný významný vztah k příznakům ADHD. (Tran, 2022)

Dvě studie zjistily, že větší pokrytí zelení souvisí s méně závažnými internalizačními a externalizačními příznaky u zdravých dětí. Patřila sem jedna longitudinální studie, která zjistila méně závažné agresivní chování u dvojčat a trojčat s rizikem výskytu agresivního chování, s rizikem rozvoje antisociální poruchy osobnosti a další, která zjistila celkově nižší skóre psychopatologie. (Tran, 2022)

Zdá se, že pokrytí zelení je spojeno s méně závažnými příznaky ADHD. Dá se také předpokládat, že zelené plochy mohou být spojeny s méně závažnými externalizujícími projevy a internalizujícími příznaky u dětí. (Tran, 2022).

Ačkoli tento přehled zahrnoval jen velmi málo intervenčních a longitudinálních studií, z těch, které byly zahrnuty, byly pozitivní asociace mezi expozicí zelení a psychopatologií (Tran, 2022)

<b>Název studie:</b>	<b>Efficacy of behavioral classroom programs in primary school. A meta-analysis focusing on randomized controlled trials</b>
<b>Autor:</b>	Veenman B
<b>Rok vzniku:</b>	2018
<b>Účastníci:</b>	Děti s ADHD či s poruchou chování, navštěvující základní školu
<b>Věk účastníků:</b>	děti od 6 do 12 let
<b>Intervence:</b>	Behaviorální programy pro školní třídy
<b>Výstupy:</b>	Behaviorální programy ve třídě mají malý pozitivní vliv na rušivé chování a chování při plnění úkolů hodnoceného učitelem. Výsledky doporučují univerzální programy pro celé třídy k prevenci a snížení rušivého chování ve třídě.
<b>Design studie:</b>	metaanalýza

Tabulka14: Studie Veenman

Tato metaanalýza hodnotila účinnost behaviorálních programů u dětí s poruchou chování, s poruchou pozornosti a s hyperaktivitou nebo poruchou opozičního vzdorů, navštěvujících základní školu. (Veenman, 2018)

Online vyhledávání v databázích (PubMed, Embase, Psycinfo a Eric) přineslo 19 náhodných studií, které porovnávaly behaviorální programy ve třídě (včetně programů pro děti s mentálním postižením) u 18 047 dětí na základních školách. (Veenman, 2018)

Metaanalýzy náhodných efektů byly dodány učiteli, kteří pozorovali rušivé chování dětí ve třídě a plnění školních úkolů. Post-hoc analýzy zkoumaly, zda účinky závisejí na typu a závažnosti problémového chování. Meta-regrese zkoumaly moderující účinky věku, pohlaví a délky trvání intervence. (Veenman, 2018)

Několik přehledů a metaanalýz se zabývalo účinností programů behaviorálního chování ve třídách na rušivé chování a zejména na symptomy ADHD.

Metaanalýza, srovnávající účinky behaviorálních a ne-behaviorálních intervencí, všech převážně založených na rodině, ukázala nejvyšší velikost účinku u behaviorální terapie na externalizující problémy s chováním, jako je ADHD, poruchy opozičního vzdoru a další. (Veenman, 2018)

K řešení rušivého chování ve třídě se ve škole často používají behaviorální programy. Většina těchto programů využívá techniky předcházení problémů s chováním prostřednictvím jasných pravidel a účinných pokynů a následné techniky k posílení vhodného chování a omezování nevhodného chování například pomocí systémů odměn a systémů časových přestávek. (Veenman, 2018)

Program letní léčby například obsahuje program behaviorálních tříd pro děti s ADHD, v němž se v rámci třídních setkání používá pozitivní posilování během aktivit mimo třídu, například při sportu. Hra na dobré chování je dalším příkladem hojně využívaného skupinového behaviorálního programu, v němž malé skupiny žáků jsou odměňovány za chování jednoho nebo více žáků ve své skupině. (Veenman, 2018)

Tato studie ukazuje, že behaviorální třídní programy vedou k malému, ale významnému zlepšení učitelem hodnocených rušivých chování a chování při plnění úkolů ve škole. Výsledky dále naznačují, že vliv těchto intervencí na rušivé chování nesouvisí s věkem, pohlavím, typem problému, ani s tím, jak se projevuje chování nebo klinickým stavem, ale že kratší programy jsou účinnější, než programy delší. Vzhledem k tomu, že účinky těchto programů jsou malé, v některých případech je vhodné přidat další typ léčby jako je například medikace nebo kombinované psychosociální intervence či posílení účinku pro normalizaci rušivého chování. (Veenman, 2018)

Studie také ukazují, že intervence v raném věku jsou zásadní pro předcházení eskalace problémového chování v pozdějším životě. (Veenman, 2018)

Název studie:	<b>Educational accommodations for students with behavioral challenges: A systematic review of the literature</b>
Autor	Harrison, Judith R.; Bunford,
Rok vzniku:	2013
Účastníci:	Děti s ADHD, děti s poruchou chování a emocí.
Věk účastníků:	5-19 let
Intervence:	Intervence zahrnovaly strategie a úpravy ve vzdělávání, kterými byly:  možnosti volby,  přidání prvku zájmu dítěte k úkolům stimulace v rámci úkolu,  přizpůsobení nábytku,  blízkost učitele,  prodloužení času na vypracování úkolů, změny ve způsobu výuky nebo organizace prostředí ve třídě.
Výstupy:	Tato studie ukazuje, že některé úpravy ve vzdělávání představují efektivní metody pro práci s dětmi s poruchami chování a emocí a/nebo děti s ADHD.  Je zapotřebí dalšího aplikovaného výzkumu, který by porovnal účinky jednotlivých potenciálních úprav u žáků s poruchou chování a emocí a/nebo ADHD s těmi u dětí, které tyto poruchy nemají.
Design studie:	Systematické literální review

Tabulka 16: Studie Harrison

Tato studie se zaměřuje na hodnocení různých úprav ve vzdělávání, které mají potenciál zlepšit chování a akademické výsledky dětí s ADHD a s poruchami chování a emocí. Cílem bylo také zkoumat, které úpravy lze považovat za metody přizpůsobení. (Harrison, 2013)

Toto rozsáhlé systematické review předkládá přehled studií, zabývajících se používáním intervencí a metod přizpůsobení u dětí s poruchou chování a emocí a/nebo dětí s ADHD. Bylo nalezeno 149 studií určených k řešení studijních, emočních a behaviorálních problémů žáků základních nebo středních škol. Z těchto studií byly vybrány pouze ty studie, které mají potenciál zmírnit poruchy spojené s poruchou chování a emocí a/nebo s ADHD. Bylo tedy vybráno pouze 18 studií, které hodnotily 12 potenciálních úprav prostředí ve školách. Některé metody přizpůsobení byly v této práci hodnoceny poprvé. Data z těchto studií byla analyzována s ohledem na účinnost a kriteria přizpůsobení. (Harrison, 2013)

Účastníky studie byla heterogenní skupina dětí s poruchou chování a/nebo s ADHD. Důvodem této volby byl fakt, že děti s těmito poruchami se potýkají často se stejnými problémy jako děti s ADHD a obě skupiny dětí splňují diagnostická kritéria pro ADHD. Z této studie byly vyřazeny studie, které byly provedeny v prostředí, které nenapodobovalo typické podmínky ve třídě. Účastníci studií byli převážně běloši, muži a žáci základních škol. Bylo však poskytnuto minimum demografických informací o účastnících a pouze 4 studie uváděly etnickou příslušnost účastníků. Kromě toho byly ve většině prací nedostatečně popsány metody vykazování výsledků. (Harrison, 2013)

V této práci se diskutuje o tom, která metoda práce s dětmi vede k funkčnímu zlepšení projevů poruch chování a emocí a definuje pojem přizpůsobení zadanými kritérii. (Harrison, 2013)

Přizpůsobením jsou myšleny úpravy ve školách, které představují pro integrovaného žáka diferencovanou podporu cílem maximálně rozvinout potenciál žáka. (Harrison, 2013)

Úpravy obvykle zahrnují úpravy ve způsobu, jakým jsou výuka, úkoly nebo hodnocení prezentovány žákům, změny v organizaci času vyhrazeného pro činnost nebo test, úpravou místa na kterém studenti plní úkoly nebo hodnocení, a/nebo vyučujících, kteří jsou na tomto místě přítomni. (Harrison, 2013)

První metodou byla možnost volby. Možnost volby je strategie, při níž má žák možnost vybrat si učební úkol, chování nebo činnost ze dvou nebo více možností, které mají stejný cíl a které učitel vnímá jako stejně přijatelné. Ve všech studiích se ukázalo, že pokud účastníci měli možnost volby, zvýšilo se jejich zapojení do úkolu, produktivita práce a

přesnost. Když byla poskytnuta možnost volby, nežádoucí chování se snížilo. Je však patrná variabilita účinků. (Harrison, 2013)

Druhým možným způsobem přizpůsobování bylo přidání prvku zájmu studentů k zadaným úkolům. Začlenění zájmu snížilo rušivé chování a zvýšilo se žádoucí chování, což se následně projevilo zvýšením produktivity práce. Informace se však u jednotlivých účastníků liší a nebylo provedeno srovnání výsledků studentů s poruchou chování a emocí a/nebo ADHD s těmi bez poruch chování a emocí a bez ADHD. (Harrison, 2013)

Stimulace v rámci úkolů prezentovala například studie zabývající se zvýrazňováním důležitých slov v textu při čtení a upoutávání pozornosti dítěte. V případě, že se jednalo o vysoce strukturovanou aktivitu, autoři zjistili, že aktivita studentů s ADHD se statisticky významně snížila. (Harrison, 2013)

Rychlá výuka představovala rychlou prezentaci nového podnětu se zkrácenou dobou čekání na odpověď žáka před prezentací dalšího podnětu. Rušivé chování se sice zlepšilo, ale přesnost se snížila. (Harrison, 2013)

Zkrácení délky úlohy představuje změnu školních postupů a udržuje studenty na stejné úrovni učebního obsahu jako v daném ročníku. Nebyla však zjištěna žádná souvislost mezi velikostí správných odpovědí a chováním při řešení úkolu. (Harrison, 2013)

Bylo přezkoumáno pět studií o účinnosti možných úprav prostředí, včetně jedné o adaptivním nábytku, jedné o blízkosti učitele, dvou o stimulaci mimo úkol a jedné o výuce v malých skupinách. (Harrison, 2013)

Vzhledem k tomu, že děti s diagnózou ADHD mají často výrazné problémy se sensorickou motorikou, což má negativní dopad na typické školní aktivity, jedna studie předpokládala, že by použití terapeutických míčů místo židlí mohlo zmírnit problémy s chováním těchto dětí ve škole. (Schilling, 2003) A opravdu se zvýšila produktivita čitelných slov i chování vsedě. Pro výpočet ES však nebyl k dispozici dostatek důkazů. (Harrison, 2013)

Dále se zkoumal rozdíl blízkosti učitele a situace, kdy byl učitel na druhé straně místnosti. Autoři uváděli určité zlepšení chování u chlapců s ADHD, když byl učitel blíže k

žákům ve srovnání s větší vzdáleností od nich. Tyto přínosy však byly omezeny na určité výsledné proměnné a závisely na věku účastníků a kooperativních/individuálních sociálních požadavcích. (Harrison, 2013)

Zkoumala se také stimulace mimo úkol, například v místnosti může znít hudba nebo může být úkol doplněn pohybem. Někteří odborníci tvrdí, že rozptylování má negativní vliv na výkon dětí s ADHD. Jiní tvrdí, že děti s ADHD jsou nedostatečně vzrušené a snaží se dosáhnout optimální úrovně vzrušení prostřednictvím rušivého chování a vnější stimulace (Zentall, 1985). Whalen (1979) hodnotili účinek zvýšené hladiny okolního hluku pouštěním rokové hudby na pozornost při plnění úkolů a nevhodné chování. Hlučná období vedla k větší neočekávané náhlé aktivitě než klidná období, a to ve větší míře u nemedikovaných chlapců s hyperaktivitou než u ostatních skupin. Také nemedikovaní chlapci s hyperaktivitou vykazovali během klidných období více negativních verbalizací než během hlučných období. (Harrison, 2013)

Výuka v malých skupinách představuje změnu běžných školních postupů a udržuje studenty ve stejném studijním standardu na úrovni třídy, není však jasné, zda byl dopad postižení zprostředkovaný, protože produktivita práce se během výuky v malých skupinách zhoršila ve srovnání s ostatními podmínkami. Jelikož autoři neměřili rozdílnou podporu, nelze vyvozovat závěry. (Harrison, 2013)

Dvě studie hodnotily účinnost prodlouženého času na vypracování testu nebo úkolů, než je poskytováno ostatním žákům. Prodloužení času nesnížilo problémy s chováním žáků s ADHD. (Harrison, 2013)

Většina zkoumaných studií neobsahovala srovnání výsledků mezi skupinami dětí s poruchou chování a emocí a/nebo ADHD a bez těchto poruch. Dostupnost učitele byla jedinou strategií s určitými důkazy o diferenciativním posílení, ale kvůli problémům s designem, z této studie nemohli vyvodit závěry o diferenciativním posílení. (Harrison, 2013)

Jak dětem s hyperaktivitou, tak dětem bez hyperaktivity prospělo přidání struktury k úkolům (Zentall, 1985) a dětem bez ADHD prospělo prodloužení času více než dětem s ADHD. (Harrison, 2013)

Existují minimální důkazy o tom, že některé z prověřovaných strategií mohou některým žákům pomoci zlepšit jejich chování, ale jen málo z nich naznačuje, že jsou pro děti s poruchou chování a emocí a/nebo s ADHD přínosnější než pro ostatní žáky. Je tedy možné, že pokud další výzkumy zjistí, že některé z těchto strategií prospívají žákům s poruchou chování a emocí a/nebo s ADHD, pak tyto postupy představují dobrý způsob vyučování. (Harrison, 2013)

V tomto výzkumu nebyla nalezena žádná potenciální přizpůsobení, která by splňovala všechny složky definice přizpůsobení, definované na začátku tohoto review. Vzhledem k malému počtu studií a heterogenitě studií a výsledných proměnných je literatura k tomuto tématu nedostatečná. Ačkoli byly vypočítány jednotlivé ES, nebylo možné vypočítat celkové nebo meta-ES. Je zapotřebí dalšího aplikovaného výzkumu, který by porovnal účinky jednotlivých potenciálních úprav u žáků s poruchou chování a emocí a/nebo ADHD s těmi u dětí, které tyto poruchy nemají. (Harrison, 2013)



<b>Design studie:</b>	<b>Social skills interventions for students with challenging behavior: Quality of the evidence base and a single-case research meta-analysis</b>
<b>Autor:</b>	Hutchins, Nancy Sanchez
<b>Rok vzniku:</b>	2016
<b>Účastníci:</b>	Děti s poruchou chování a emocí, děti s rizikem poruch chování a emocí a děti poruchou autistického spektra
<b>Věk účastníků:</b>	Děti od 4 do 12 let
<b>Intervence:</b>	<p>Intervence individuální nebo obecná.</p> <p>Individuální - výuka sociálních dovedností odpovídala nedostatkům žáka</p> <p>Obecné- skriptované výukové programy sociálních dovedností.</p> <p>Intervence samostatná nebo kombinovaná.</p> <p>Samostatné - nácvik sociálních dovedností byly jedinou prováděnou intervencí.</p> <p>Kombinované – byly kombinované s dalšími strategiemi, jako je sebekontrola, nápověda, skupinová podmíněnost nebo jiné formy posilování.</p> <p>K výuce sociálních dovedností související s vhodným chováním ve třídě u studentů s poruchou autistického spektra se často používaly sociální příběhy a videomodelování.</p>
<b>Výstupy:</b>	<p>Tento systematický přehled literatury a hodnocení kvality hodnotil speciální školní intervence pro žáky s poruchou chování a emocí nebo s rizikem poruch chování a emocí nebo u žáků s poruchou autistického spektra.</p> <p>Intervence ukázaly zlepšení chování dítěte doma a snížení stresu/napětí rodičů, ale menší zlepšení se projevilo ve škole.</p> <p>Hodnocení kvality poskytly informace o metodologické náročnosti v</p>

	rámci existující literatury sociálních dovedností.
<b>Design studie:</b>	quality review, literální review

Tabulka 17: Hutchins

Tato studie přináší výsledky metodologického přehledu kvality 24 jednorázových výzkumných studií z let 1998 až 2014 o využívání intervencí v oblasti sociálních dovedností u žáků s problémovým chováním. Systematický přehled literatury o sociálních dovednostech byl proveden se záměrem aktualizovat předchozí studii Mathura (1998) o intervencích sociálních dovedností u žáků s emočními problémy a problémy v chování. (Hutchins, 2016)

Účelem tohoto systematického review a hodnocení kvality bylo aktualizovat a zhodnotit speciální školní intervence pro studenty s poruchou chování a emocí a studenty s rizikem poruch chování a emocí a studenty s poruchou autistického spektra. Výsledky hodnocení kvality poskytly informace o metodologické přesnosti stávající literatury o sociálních dovednostech. (Hutchins, 2016)

Polovina studií však nesplňovala standardy pro design jednoho případu. Mnoho studií dostatečně neuvádělo spolehlivost, věrnost implementace nebo neposkytovalo dostatečné příležitosti k prokázání účinku intervence. (Hutchins, 2016) Bylo tedy vybráno sedm studií, které měřily výsledky v šesti oblastech. Intervence ukázaly zlepšení chování dětí doma a snížení stresu/napětí rodičů, ale menší zlepšení se projevilo ve škole. Většina studií byla provedena v prvních třídách základních škol. (Hutchins, 2016)

Třemi nejčastějšími projevy chování ve všech studiích bylo nedodržování pravidel, negativní slovní interakce a narušování výuky. Žáci s poruchou chování a emocí nebo ohrožení poruchou chování a emocí jsou často charakterizováni jako žáci s externalizujícími a/nebo internalizujícími vzorci chování, které jsou spojeny s deficitem sociálních dovedností. (Hutchins, 2016)

Nedostatky v sociálních dovednostech se projevovaly také u dětí s poruchou autistického spektra, zejména u dětí s vysokofunkčním autismem. (Hutchins, 2016)

V této studii byly zkoumány tři výzkumné otázky.

První otázka se zaměřila na metodologickou kvalitu jednotlivých případových studií zkoumajících speciální školní intervence u žáků s poruchou chování a emocí a u studentů s rizikem poruchou chování a emocí a u žáků s poruchou autistického spektra, kteří vykazují náročné chování. Po zhodnocení kvality každé z 24 zahrnutých studií, se zjistilo, že metodologická kvalita studií není ideální, ale má určitý potenciál. 13 z identifikovaných studií nespĺňovala minimální standardy designu s výhradami nebo bez nich. 10 studií splňovalo standardy s výhradami. Na základě tohoto hodnocení byly identifikovány 3 oblasti metodických nedostatků: spolehlivost, věrnost provedení a experimentální kontrola. (Hutchins, 2016)

Druhá otázka se zaměřila na identifikaci nejčastějších chování ve škole, které je třeba zlepšit prostřednictvím speciální školní intervence. Patřili sem fyzická nebo verbální agrese a potíže v interakci s vrstevníky nebo dospělými. Chování ve třídě zahrnovalo nedodržování pravidel, záchvaty vzteku a ničení majetku. Třemi nejčastějšími projevy chování napříč všemi studiiemi v obou kategoriích bylo nedodržování pravidel, negativní verbální interakce a narušování chodu třídy, dále záchvaty vzteku a ničení majetku. Většina účastníků, kteří se takto chovali, byli žáci s poruchou autistického spektra. U sociální interakce se nejčastěji jednalo o fyzickou nebo verbální agresi a negativní slovní interakce. Většina účastníků, kteří se takto chovali, byli žáci s poruchou chování a emocí anebo žáci s rizikem tohoto chování. (Hutchins, 2016)

K výuce sociálních dovedností u žáků s poruchou autistického spektra byly často využívány sociální příběhy a videomodelování. (Hutchins, 2016)

Třetí oblast šetření se zaměřila na zjištění, pro koho a za jakých podmínek byl výzkum speciálních školských intervencí prováděn. Výsledky zaměřené na tuto třetí oblast ukázaly, že většina studií byla provedena v raných třídách základní školy od předškolního věku do čtvrté třídy. Stejný počet studií zahrnoval účastníky s poruchou autistického spektra ve srovnání s účastníky s poruchou chování a emocí s rizikem této poruchy. Bylo provedeno více výzkumů s účastníky s poruchou chování a emocí anebo s rizikem jejich vzniku ( $n = 44$ ) než se studenty s poruchou chování a emocí ( $n = 31$ ).

15 studií bylo zaměřeno na individualizované speciální školské intervencí na míru studentovi. Na úrovni počtu účastníků však byly počty téměř vyrovnané. Intervence, které

byly individualizované, byly především ve studiích týkajících se žáky s poruchou autistického spektra. Obecné speciální školní intervence byly realizovány pro skupiny žáků s poruchou chování a emocí nebo s rizikem jejich výskytu. (Hutchins, 2016)

V patnácti studiích byla prováděna pouze speciální školní intervence, na rozdíl od kombinace intervence s jinými behaviorálními strategiemi. V devíti studiích byly speciální školní intervence kombinovány s jednou z následujících strategií: s vizuálním připomínáním, tréninkem s vrstevníky, sebeřizením, posilování, korektivní zpětnou vazbou a skupinovou podmíněností. Bylo zjištěno, že výzkum speciálních školských intervencí obsahuje několik metodologických problémů. (Hutchins, 2016)

Název studie:	<b>Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview</b>
Autor:	Lehtimaki Susanna
Rok vzniku:	2021
Účastníci:	Dospívající a mladí lidé s duševními onemocněními:  depresemi, úzkostmi, stresem, celková pohoda, poruchami s příjmem potravy, poruchami pozornosti, prevence sebevražd, obsedantně-kompulzivními poruchami, poruchami spánku, poruchami fungování rolí, fobiemi, postraumatickými stresovými poruchami.
Věk účastníků:	10 -24 let
Intervence:	Terapeutické videohry  Mobilní aplikace  Internetová KBT (cKBT)
Výstupy:	Byly nalezeny důkazy o účinnosti počítačové kognitivně-behaviorální terapii na úzkost a depresi, zatímco o účinnosti jiných digitálních terapií se důkazy nenašly.
Design studie:	Systematické review

Tabulka 18: Lehtimaki

Cílem tohoto systematického review bylo shrnout současné poznatky o digitálních zdravotních intervencích zaměřených na dospívající a mladé lidi ve věku od 10 do 24 let se zaměřením na účinnost, nákladovou efektivitu a zobecnitelnost na prostředí s nízkými zdroji, jakými jsou země s nízkými a středními příjmy. (Lehtimaki, 2021)

V databázích MEDLINE, PubMed, PsycINFO a Cochrane byly vyhledány systematické přehledy a meta – analýzy, týkající se digitálních intervencí v oblasti duševního zdraví, zaměřených na dospívající a mladé lidi, publikované od ledna 2010 do června 2020. (Lehtimaki, 2021)

První vyhledávání přineslo 1295 článků. Po vyloučení duplicitních odkazů se počet článků snížil na 1098. Strategie vyhledávání byla doplněna ručním vyhledáváním v databázi referenčních seznamů klíčových článků, které přineslo dalších 8 článků. (Lehtimaki, 2021)

Dva autoři nezávisle na sobě prověřili studie, extrahovali data a posoudili kvalitu přehledů. Do tohoto systematického přehledu bylo nakonec zahrnuto 18 systematických review a meta - analýz. (Lehtimaki, 2021)

Odhaduje se, že každý pátý dospívající se každoročně setká s poruchou duševního zdraví, ale kvůli překážkám v přístupu k duševnímu zdraví a vyhledání péče zůstává většina z nich nediodagnostikována a neléčena. Časný znik psychopatologie k celoživotním problémům v širokém spektru funkčních oblastí, takže je nezbytné se jimi zabývat již v rané fázi života. S nárůstem digitálního propojení a to i v zemích s nízkými a středními příjmy, jsou digitální zdravotnické technologie považovány za slibné pro řešení duševního zdraví dospívajících a mladých lidí. V posledních letech roste počet digitálních zdravotních intervencí, včetně více než 2 milionů webových aplikací pro duševní zdraví. Všechny byly vyvinuty k řešení řady duševních zdravotních problémů. (Lehtimaki, 2021)

Byly nalezeny důkazy o účinnosti počítačové kognitivně-behaviorální terapii na úzkost a depresi, zatímco o účinnosti jiných digitálních terapií se důkazy nenašly. (Lehtimaki, 2021)

Intervence s osobním prvkem s odborníkem, vrstevníkem nebo rodičem byly spojeny s vyšší účinností, vyšší mírou jakou pacienti dodržovali svůj léčebný plán a nižším předčasným

ukončením léčby než plně automatizované nebo samostatně prováděné intervence. (Lehtimaki, 2021)

Ačkoli digitální intervence v oblasti duševního zdraví mohou být účinné jak pro doplnění, tak pro nahrazení tradičních intervencí v oblasti duševního zdraví pouze malá část existujících digitálních platform je založena na důkazech. Navíc jejich nákladová efektivita a účinnost, a to i v zemích s nízkými a středními příjmy, nejsou dostatečně prozkoumány. (Lehtimaki, 2021)

Při vývoji, investicích a poskytování digitálních duševních zdravotních programů pro dospívající a mladé lidi je třeba, abychom lépe zvážili, jaké typy služeb mají smysl, aby byly poskytovány prostřednictvím digitální platformy, co chceme aby, digitální platforma přinesla a měli bychom zohlednit také, jaké druhy služeb preferují sami dospívající a mladí lidé a do jaké míry jsou tyto služby nákladově úsporné. (Lehtimaki, 2021)

<b>Název:</b>	<b>Comparing school- and home-based interventions to school-based treatment for disruptive behavior disorders: A meta-analysis</b>
<b>Autor:</b>	Johanna A. Monroe
<b>Rok vzniku:</b>	2016
<b>Účastníci:</b>	děti s poruchou chování
<b>Věk účastníků:</b>	děti do 12 let
<b>Intervence:</b>	domácí a školní behaviorální intervence
<b>Výstupy:</b>	Tento výzkum se snažil zjistit, zda domácí a školní behaviorální intervence byly účinnější při snižování rušivého chování než samotné školní intervence. Závěry naznačují, že kombinace intervencí v domácím a školním prostředí má malý vliv na rušivé chování, zatímco školní programy samotné mohou vést k redukci rušivého chování.
<b>Design studie:</b>	Metaanalýza, disertační práce

Tabulka 19: Monroe

Cílem této studie bylo shrnout a analyzovat výzkumy týkající se účinných intervencí u rušivého chování. Elektronické vyhledávání přineslo mnoho výsledků ohledně rušivého chování, nicméně pouze 29 studií se zabývalo konkrétně tématy jako rvačky, šikana, trestné činy na osobách, opoziční vzdor, hyperaktivita, impulzivita, a podobné problémy s chováním. Z těchto bylo několik studií vyloučeno z různých důvodů. (Monroe, 2016)

V této práci bylo analyzováno 29 studií, zahrnujících celkem 16 647 účastníků, kteří se zabývali redukcí rušivého chování. Bylo zkoumáno 15 intervencí, které byly účinné při redukcí rušivého chování doma i ve škole, a 14 intervencí, které se zaměřily pouze na prostředí školy. Výsledky ukázaly, že školní intervence měly signifikantní vliv na snížení rušivého chování, i když změny byly velmi malé a nevýznamné. (Monroe, 2016)

Největší účinnost vykazovaly behaviorální přístupy a poradenství, následované akademickými programy a oddělenými školami nebo třídami. Naopak, multimodální programy a programy vrstevnické mediace vykazovaly nejnižší účinnost. Rozdíly mezi účinností intervencí se snížily, když byly brány v úvahu jejich obecné charakteristiky. (Monroe, 2016)

Účinky intervencí se nelišily v závislosti na věku, pohlaví nebo etnickém složení účastníků. Studie zahrnovaly různá období léčby, od krátkodobých intervencí po léčbu trvající více než jeden školní rok. Ukázalo se, že úroveň rušivého chování se u dospívajících v neléčených kontrolních skupinách málo změnila, i přes různé úrovně rizika a věku. (Monroe, 2016)

Výsledky zdůrazňují, že účinnost intervencí proti rušivému chování závisí na kvalitě provedení, intenzitě, individualizaci a průběžné podpoře učitelů. Programy zahrnuté do analýzy zahrnovaly školení a supervizi pracovníků poskytujících služby, což se lišilo od běžné praxe.

Závěry naznačují, že kombinace intervencí v domácím a školním prostředí má malý vliv na rušivé chování, zatímco školní programy samotné mohou vést k redukcí rušivého chování. Nicméně výsledky této práce je třeba interpretovat s opatrností, s ohledem na variabilitu mezi srovnávanými podmínkami a rozdíly v účinnosti jednotlivých intervencí. (Monroe, 2016)

<b>Název studie:</b>	<b>Promoting Positive Behavior Using the Good Behavior Game</b>
<b>Autor:</b>	Lisa Bowman-Perrott
<b>Rok vzniku:</b>	2016
<b>Účastníci:</b>	Děti s problémovým chováním a poruchou chování a emocí, i děti s mentálním postižením, vývojově-mentálním postižením, studenti s rizikem poruch chování a emocí a studenti bez postižení.
<b>Věk účastníků:</b>	Děti od předškolního věku do 18 let
<b>Intervence:</b>	Hra na dobré chování (Goog behavior game)
<b>Výstupy:</b>	Hra na dobré chování má potenciál při snižování problémového chování a zvýšení prosociálního chování u studentů.  Hra na dobré chování je nejúčinnější při snižování rušivého chování a chování mimo úkol.  Z hry na dobré chování mají největší prospěch žáci s poruchou chování a emocí anebo žáci ohroženi poruchou chování a emocí.
<b>Design studie:</b>	Metaanalýza

Tabulka 20: Studie Bowman

Tato metaanalýza zkoumala 21 studií jednopřípadových výzkumů. Ty zahrnovaly celkem 43 případů a celkem 1 580 účastníků od předškolního věku po 12. ročník. 17 studií se zaměřovalo na žáky základních škol. Etnický původ účastníků byl uváděn ve 4 studiích, zastupujících více než 13 etnických skupin. Účastníci zahrnovali studenty s mentálním postižením, vývojovými poruchami, s poruchami chování a emocí, studenty ohrožené poruchou chování a emocí a studenty bez postižení. 14 studií bylo prováděno v třídách běžného vzdělávání, 2 v třídách speciálního vzdělávání, 2 ve školních jídelnách, 1 ve třídě „Head Start“, 1 v tělocvičně a 1 ve třídě pro studenty s behaviorálními výzvami. Chování a očekávání byla jasně definována ve všech studiích. Hra na dobré chování se aplikovala ve všech předmětech až na tělocvik. (Bowman, 2016)



Cílem této metaanalýzy bylo posoudit účinek hry na dobré chování a pěti potenciálních proměnných na chování žáků základních a středních škol v 21 studiích sledujících jednotlivé případy. Hra na dobré chování je strategie řízení třídy, která využívá vzájemně závislou skupinovou orientovanou podmíněnost k podpoře prosociálního chování a snížení problémového chování. (Bowman, 2016)

Zaprvé, velký celkový efekt ( $ES = 0.82$ ) naznačuje, že hra na dobré chování významně snižuje problémové chování a zvyšuje požadované chování. Žáci s poruchou chování a emocí nebo žáci s ohrožením poruchou chování a emocí měli z hry na dobré chování větší prospěch než ostatní děti. Žáci, kteří projevovali rušivé a odchýlené chování, měli největší prospěch z hry. I když bylo ve skupině s rušivým/chováním mimo úkol více účastníků, zjištění nebyla ovlivněna touto proměnou. Hra na dobré chování byla účinnější při snižování rušivého chování mimo úkol než při zvyšování pozornosti na úkol. (Bowman, 2016)

Byly zjištěny střední až velké efekty hry na dobré chování při snižování problémového chování u žáků základních a středních škol. Zjistilo se, že hry na dobré chování v původním i upraveném formátu byly účinné. Toto zjištění podporuje učitele k flexibilnímu přizpůsobené hry na dobré chování individuálním potřebám studentů. Konečně, častější používání této metody vedlo k většímu snížení problémového chování. Byly zaznamenány nedostatky v hlášené věrnosti implementaci. (Bowman, 2016)

Název studie:	<b>Behavioral intervention technologies and psychotherapy with youth: A review of the literature</b>
Autor:	Bunge, E. L.
Rok vzniku:	2016
Účastníci:	Děti trpící úzkostmi, depresemi, obsedantně-kompulzivní poruchou, ADHD, porucha chování, porucha opozičního vzdorů.
Věk účastníků:	3 – 18
Intervence:	technologicky podporované intervenční nástroje behaviorálních intervencí, jakými jsou internet, virtuální realita, aplikace, počítačová podpora terapie, telefon, DVD, textové zprávy a chatování.
Výstupy:	Ve všech intervencích byly zaznamenány pozitivní vlivy.
Design studie:	literární review

Tabulka 21: Studie Bunge

Tato studie je systematickým přehledem dostupné literatury o behaviorálních intervencích pro děti a adolescenty s diagnózami duševního zdraví podle DSM-5. Do analýzy byly zahrnuty všechny studie o behaviorálních intervencích pro děti a adolescenty publikované mezi 1. lednem 2000 a 31. prosincem 2014. Celkem jich bylo 7179. 53 z nich splňovalo inkluzivní kritéria pro zařazení. Jednalo se o studie, které se zabývaly behaviorálními intervencemi zabývajícími se úzkostí, depresemi, obsedantně-kompulzivní poruchou, poruchou pozornosti, hyperaktivitou, poruchou chování a poruchou opozičního vzdorů. Tato studie přinesla pozitivní hodnocení behaviorálních intervencí pro děti a adolescenty. Omezení současného výzkumu a návrhy na budoucí směřování jsou diskutovány. (Bunge, 2016)

Dominantním modelem poskytování psychologických intervencí je terapie, která probíhá tváří v tvář mezi terapeutem a dítětem (F2F). Technologie založené na behaviorální intervenci (BITs) mohou zvýšit výsledky terapie a udělat terapii dostupnější. (Bunge, 2016)

Tato studie zkoumá technologicky podporované intervenční nástroje behaviorálních intervencí, jakými jsou internet, virtuální realita, aplikace, počítačová podpora terapie, telefon, DVD, textové zprávy a chatování. Výsledky naznačují, že tyto intervence mohou být účinné při řešení poruch jako je deprese, úzkost, poruch opozičního vzdoru, poruch chování obsedantně kompulzivní poruchy a chování u dětí, nicméně tyto intervence u ADHD mají jen malou účinnost. (Bunge, 2016)

Doporučuje se další výzkum, který by porovnával behaviorální terapii s terapií s jinými s terapií tváří v tvář (F2F), a rozšíření zkoumaných populací, aby bylo možné obecnější závěry platné napříč věkovými a kulturními skupinami. (Bunge, 2016)

<b>Název studie:</b>	<b>Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders</b>
<b>Autor:</b>	Gemma Battagliese
<b>Rok vzniku:</b>	2015
<b>Účastníci:</b>	Děti s poruchou chování, poruchou opozičního vzdoru, děti s ADHD a jejich pečující osoby
<b>Věk účastníků:</b>	Děti do 18
<b>Intervence:</b>	Kognitivně behaviorální terapie (KBT)
<b>Výstupy:</b>	<p>Tato metaanalýza posuzovala účinnost kognitivně-behaviorální terapie (KBT) při řešení problémů externího chování a souvisejících obtíží. Výsledky naznačují, že KBT středně snižuje symptomy spojené s externím chováním, ADHD a poruchou opozičního vzdoru a nedostatek pozornosti. KBT také zlepšuje sociální kompetenci a snižuje rodičovský stres. Je zaznamenán malý pokles interních problémů, agresivního chování a depresivních symptomů u matek po KBT.</p> <p>Výsledky ukázaly, že největší zlepšení po KBT bylo u symptomů poruchy opozičního vzdoru (0,879), dále u stresů rodičů (0,6087), u externalizujících symptomů (0,52), u rodičovským dovedností (0,381), u sociální kompetencí (0,390) u symptomů ADHD (0,343). KBT byla také spojena se zlepšenou pozorností (0,378), agresivním chováním (0,284), internalizačními symptomy (0,272) a mateřskými depresivními symptomy (0,231).</p>
<b>Design studie:</b>	Metaanalýza

Tabulka 25: Studie Battagliese

Cílem této studie bylo provést metaanalýzu, hodnotící účinnost kognitivně behaviorální terapie (KBT) při snižování externalizačních symptomů u dvou poruch: poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a poruchy opozičního vzdorů. Byla také zkoumána účinnost KBT při zlepšování sociální kompetence a pozitivního rodičovství a snižování internalizačních symptomů, stresu rodičů a depresivních symptomů u matek. (Battagliese, 2015)

Byly prohledány databáze PsycInfo, PsycARTICLES, Medline a PubMed a bylo vybráno 21 studií, splňujících inkluzivní kritéria pro výběr. (Battagliese, 2015)

Výsledky ukázaly, že největší zlepšení po KBT bylo pozorováno u symptomů poruch opozičního vzdorů, dále v pořadí u stresových symptomů rodičů, externalizačních symptomů, rodičovských dovedností, sociální kompetencí a symptomů ADHD. KBT zlepšovala také pozornost, agresivní chování, internalizačními symptomy a depresivní symptomy u matek. (Battagliese, 2015)

Celkově je KBT účinnou možností léčby externalizačních poruch a souvisí také se snížením úzkosti u rodičů a depresivních symptomů u matek. Multimodální léčby zaměřené na symptomy jak u dětí, tak u jejich pečujících se jeví jako důležité pro dosažení trvalých a zobecněných přínosů.

Významné efekty na rodičovský stres a psychopatologii, stejně jako na výchovné praktiky, zdůrazňují klíčovou roli rodičovských stylů při řešení externích problémů.

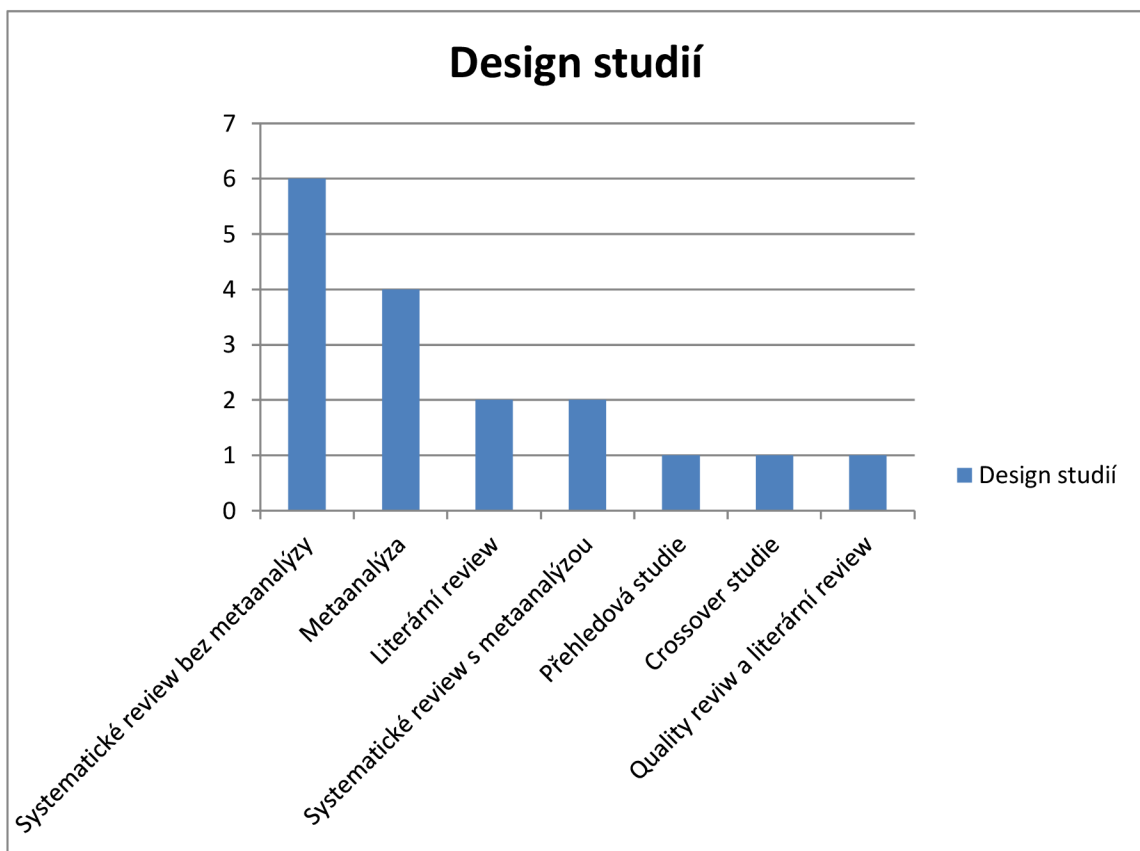
Celkově tato metaanalýza naznačuje, že KBT je účinná při řešení externích poruch.

Výsledky také podporují myšlenku, že multimodální intervence zahrnující děti, rodiče a pečovatele (například učitele) jsou zvláště prospěšné při snižování externálních symptomů. Nicméně, co tuto studii vystihuje, je její zaměření nejen na externí symptomy, ale také na rodičovský stres a psychopatologii. Tento přístup představuje nový pohled na analýzu klíčové role depresí u matek a dysfunkčních rodičovských strategií při náchylnosti k a udržování rušivého chování. (Battagliese, 2015)

### 3.2. Shrnutí výsledků

Inkluzivní kritéria, definovaná na začátku tohoto literárního přehledu splnilo 15 studií, mající různý design.

Nejvíce byly zastoupeny systematické review bez metaanalýzy, dále pak metaanalýzy, literární review, systematické review s metaanalýzou, crossover studie, přehledová studie, quality review a literární review. Četnost designu studií je znázorněn na grafu č.



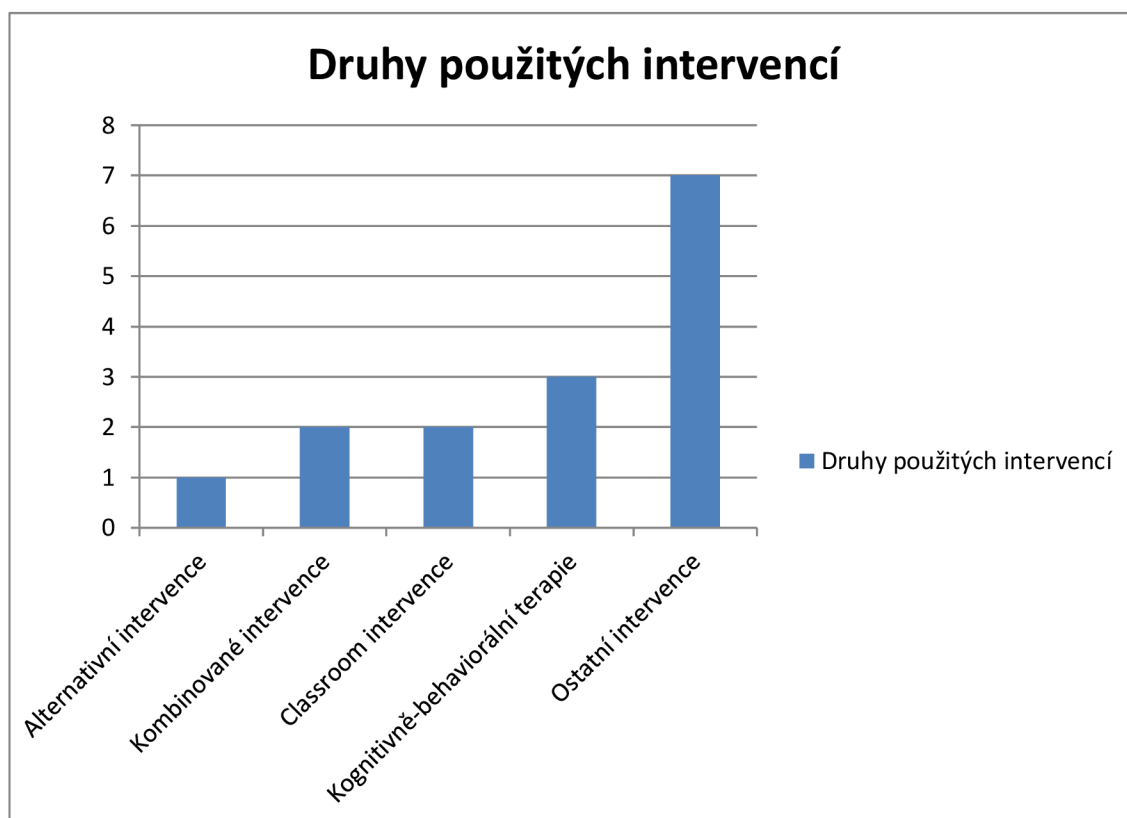
Graf 1 - Design jednotlivých studií

### 3.3. Hledání odpovědí na první výzkumnou otázku

„Jaké jsou nejčastěji používané intervence u dětí s poruchou chování a emocí?“

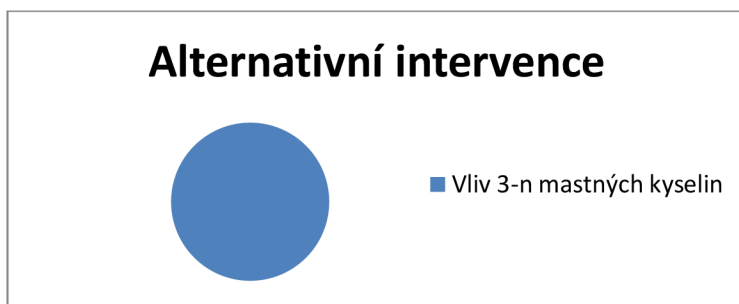
Odpověď na výzkumnou otázku, nalezneme rozbořem jednotlivých studií.

V následujícím grafu jsou znázorněny jednotlivé druhy intervencí, které byly ve zkoumaných studiích aplikovány. Pro přehlednost jsou jednotlivé intervence rozděleny do pěti kategorií.



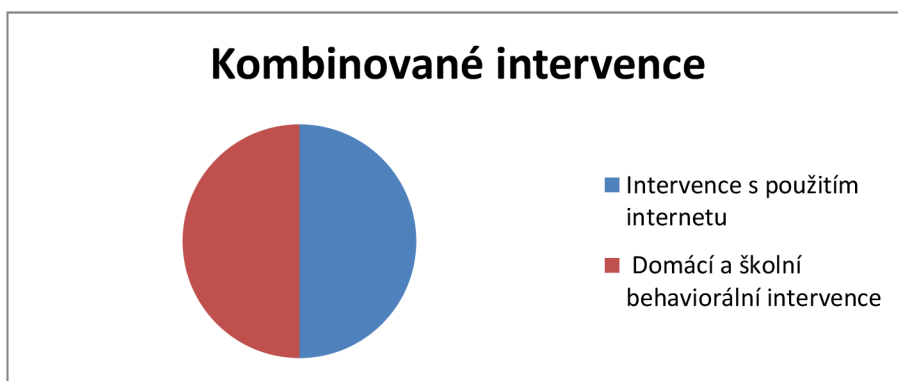
Graf 2 - Druhy použitých intervencí

Do skupiny alternativních intervencí byla zahrnutá intervence ze studie, zabývající se vlivem n-3 mastných kyselin na deprese, poruchy chování a ADHD. ( Ramakrishnan, 2014)



Graf 3 - Alternativní intervence

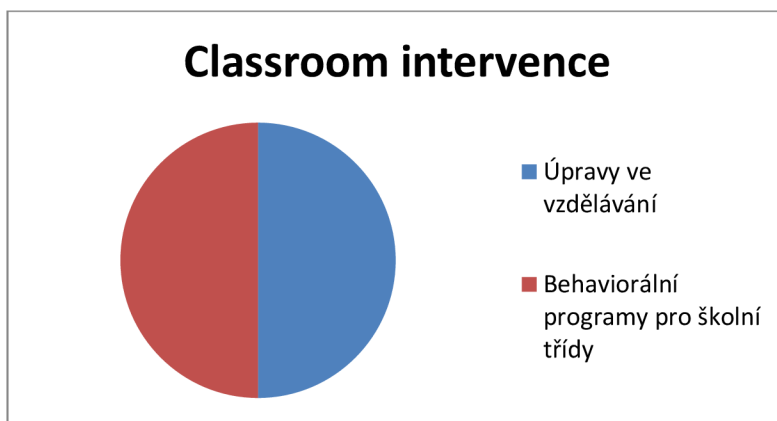
Do skupiny kombinovaných intervencí byly zahrnuty dvě studie. První se zabývala intervencí s použitím internetu (Bunge, 2016) a druhá obsahovala domácí a školní behaviorální intervence a jejich vliv na poruchy chování. (Monroe, 2016)



Graf 4 - Kombinované intervence

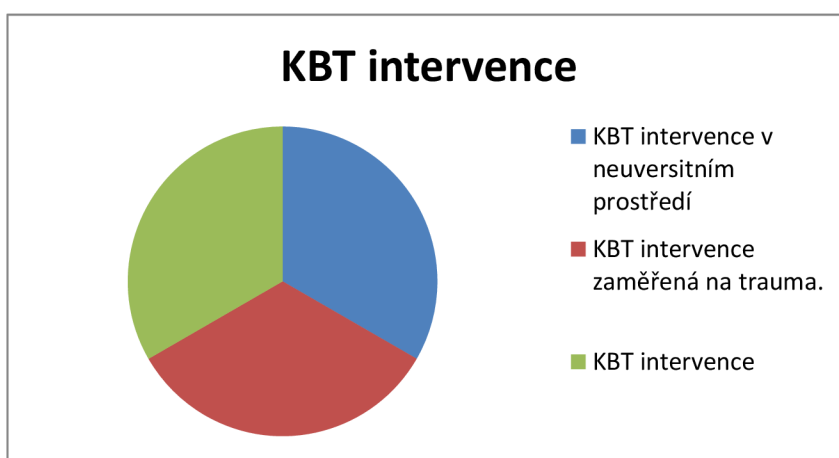
Classroom interventions were two. The first dealt with adjustments in education of children with behavioral and emotional disorders and children with ADHD (Harrison 2013) and the second included behavioral programs for school classes for children with ADHD or with behavioral disorders in children up to 12 years. (Veenma, 2012)





Graf 5 - Classrom intervence

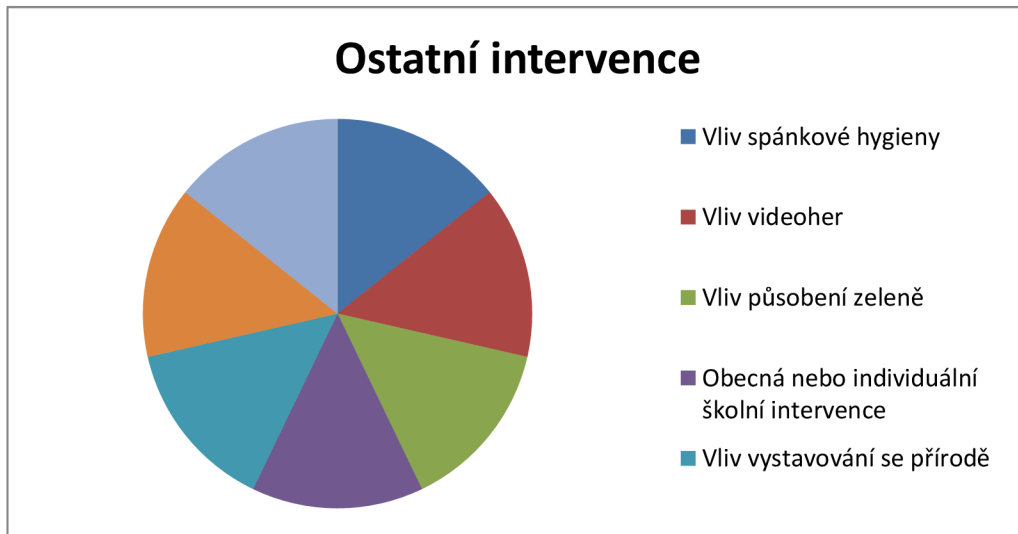
Mezi kognitivně-behaviorální intervence (KBT) byly zařazeny tři studie. První se zabývala KBT v neuniverzitním, klinickém prostředí u dětí s poruchou chování, poruchou opozičního vzdoru a u dětí s ADHD. (Riise, 2020) Druhá se zabývala KBT zaměřenou na trauma (TF-KBT) u dětí a adolescentů s problémovým chováním, s depresivními příznaky a s posttraumatickou sociální poruchou. (Ramirez, 2014) A třetí se zabývala účinností KBT při řešení problémů v chování a souvisejících obtížích dětí. (Battagliese, 2015)



Graf 6 - KBT intervence

Do kategorie ostatní bylo zařazeno šest intervencí. První intervence se zabývala spánkovou hygienou a jejím vlivem na chování dětí a dospívající s poruchami chování a emocí, zejména s agresivitou a antisociálním chováním. (Schlarb, 2014) Druhá se zabývala využitím videoher u dětí s duševními onemocněními. (Lehtimaki, 2021) Třetí se zabývala dlouhodobým působením zeleně na problémy s chováním u dětí. (Sakhvidi, 2022) Čtvrtá se

zabývala individuální nebo obecnou školní intervencí dětí s poruchou chování a emocí, dětí s rizikem poruch chování a emocí a dětí poruchou autistického spektra. (Hutchins, 2016) Pátá studovala vliv vystavování se přírodě u dětí s poruchou chování a s ADHD. (Tran, 2022) Šestá se zabývala rodičovskými intervencemi a rodičovskými programy pro děti s poruchou chování - se záchvaty vzteku, agrese a nedodržování norem. (Barlow, 2000) Sedmá se zabývala terapií Hrou na chování u dětí s problémovým chováním a s poruchou chování a emocí. (Bowman, 2016)



Graf- 7 Ostatní intervence

Výsledky těchto zjištění jsou shrnuty v diskuzi.

### 3.4. Hledání odpovědi na druhou výzkumnou otázku

Druhá výzkumná otázka zněla:

„Existují intervence mající vliv na snížení symptomů poruch chování a emocí u dětí od šesti do jedenácti let?

Abychom mohli na tuto otázku odpovědět, bude vhodné podrobně prozkoumat výsledky jednotlivých studií.

U první zkoumané studie (Barlow, 2000) zabývající se rodičovskými intervencemi a vzdělávacími programy pro rodiče, bylo zaznamenáno významné zlepšení chování dětí ve srovnání s kontrolní skupinou, chyběla však kauzální analýza.

Druhá studie (Riise, 2020), zabývající se kognitivně - behaviorální terapií (KBT) v neuniverzitním - klinickém – prostředí přinesla významné zlepšení jak u ADHD, tak u poruch chování a poruch opozičního vzdorů.

Průměrná velikost účinku v rámci skupiny po léčbě byla významná ( $g = 0,91$ ). Byly zaznamenány velké velikosti účinku jak pro ADHD ( $g = 0,80$ ), tak pro poruchy chování a poruchy opozičního ( $g = 0,98$ ). Po léčbě byla míra remise 38 % pro ADHD a 48 % pro poruchy chování a poruchy opozičního vzdorů. Celková míra remise byla 14 %. Srovnávání se studii účinnosti ukázalo, že KBT v přináší míru

Třetí studie (Schlarb, 2014) ukazuje, že úprava kvality a kvantity spánku, včasným uleháním a dodržováním spánkové hygieny povede ke zmírnění projevů problémového chování.

Výsledky čtvrté studie (Sakhvidi, 2022) zdůrazňují důležitost zvýšení zeleně ve školním a životním prostředí dítěte, aby se zvýšila expozice dětí vůči zeleni a aby se zeleň považovala za jeden z cílových prvků v plánování městského životního prostředí. Důkazy jsou omezené a neprůkazné pro některé výsledky chování.

Výsledky páté studie (Ramakrishnan, 2014) odkazují na pozorovací studie a podporují přímou souvislost mezi špatným stavem n-3 mastných kyselin a zvýšeným rizikem depresí u matek a poruchami chování u dětí, jako jsou např. porucha pozornosti s

hyperaktivitou (ADHD). Nicméně důkazy z intervenčních studií jsou slabé. Většina zkoumaných studií měla malé velikosti vzorků a byly provedeny na klinicky diagnostikovaných vzorcích, bez placebem kontrolovaných skupin. Několik longitudinálních studií zjistilo negativní souvislost mezi nízkou hladinou DHA v raném věku a následnými problémy s chováním u malých dětí. (Ramakrishnan, 2014)

Výsledky šesté studie ukazují na jen mírné účinky TF-KBT na poruchy chování a problémy se sexuálním chováním. (Ramirez, 2014)

Výsledky sedmé studie ukazují, že zelené plochy mohou být spojeny s méně závažnými externalizujícími projevy a internalizujícími příznaky u dětí. (Tran, 2022).

Výsledky osmé studie (Veenman, 2018) poukazují na to, že behaviorální programy ve třídě mají malý pozitivní vliv na rušivé chování a chování při plnění úkolů hodnoceného učitelem. Výsledky doporučují univerzální programy pro celé třídy k prevenci a snížení rušivého chování ve třídě.

Výsledky deváté (Harrison 2013) studie ukazují, že některé úpravy ve vzdělávání představují efektivní metody pro práci s dětmi s poruchami chování a emocí a/nebo děti s ADHD. Je zapotřebí dalšího aplikovaného výzkumu

Výsledky desáté studie (Hutchins, 2016) ukazují, že speciální školní intervence u žáků s poruchou chování a emocí nebo s rizikem poruch chování a emocí nebo u žáků s poruchou autistického spektra vedly ke zlepšení chování dětí doma a snížení stresu/napětí rodičů, ale menší zlepšení se projevilo ve škole.

Výsledky jedenácté studie (Lehtimaki, 2021) ukazují, že ačkoli digitální intervence v oblasti duševního zdraví mohou být účinné jak pro doplnění, tak pro nahrazení tradičních intervencí v oblasti duševního zdraví, pouze malá část existujících digitálních platforem je založena na důkazech.

Výsledky dvanácté studie naznačují, že školní a domácí intervence jsou při snižování rušivého chování účinnější než intervence pouze ve škole (Monroe, 2016), účinky byly i přesto malé.

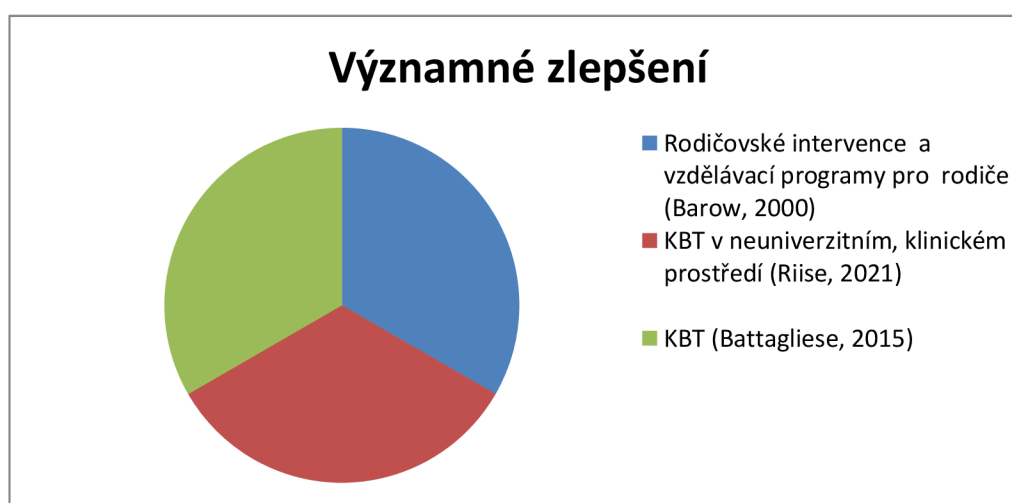
Výsledky třinácté studie ukazují, že byly zjištěny střední až velké efekty hry na dobré chování při snižování problémového chování u žáků základních a středních škol. (Veenman, 2018) Hra na dobré chování je neúčinnější při snižování rušivého chování a chování mimo úkol. Z hry na dobré chování mají největší prospěch žáci s poruchou chování a emocí anebo žáci ohrožení poruchou chování a emocí.

Výsledky čtrnácté studie ukazují, že technologicky podporované intervenční nástroje behaviorálních intervencí, jakými jsou internet, virtuální realita, aplikace, počítačová podpora terapie, telefon, DVD, textové zprávy a chatování mohou být účinné při řešení poruch jako je deprese, úzkost, poruch opozičního vzdoru, poruch chování obsedantně kompulzivní poruchy a chování u dětí, nicméně tyto intervencí u ADHD mají jen malou účinnost. (Bunge, 2016)

Výsledky patnácté studie (Battagliese, 2015) ukázaly, že největší zlepšení po KBT bylo u symptomů poruch opozičního vzdoru (0,879) následovaných stresem rodičů (0,6087), externalizující symptomy (0,52), rodičovským dovednostem (0,381), sociální kompetencí (0,390) a symptomy ADHD (0,343). KBT byla také spojena se zlepšenou pozorností (0,378), agresivním chováním (0,284), internalizačními symptomy (0,272) a mateřskými depresivními symptomy (0,231).

Účinnost jednotlivých intervencí jsou zakresleny v následujících grafech.

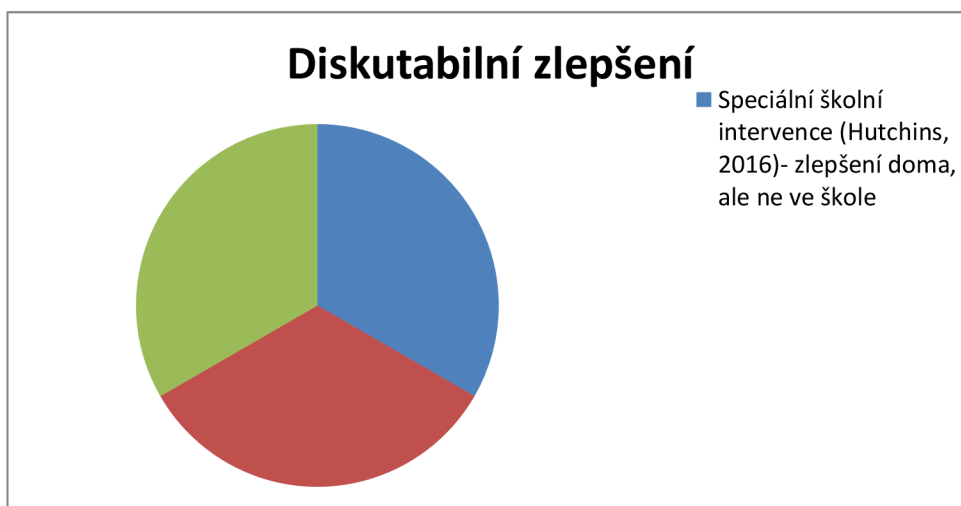
Jednotlivé grafy znázorňují studie, které se jeví jako významně účinné, méně účinné, které mají předpoklad být účinné a studie, u kterých je účinnost diskutabilní.



Graf 8 - Intervence dosahující významného zlepšení

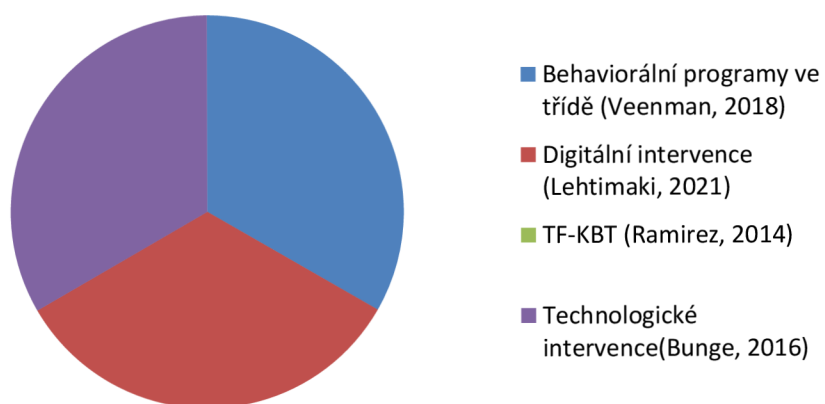


Graf 9 - Intervence mající předpoklad být účinné



Graf 10 - Intervence dosahující diskutabilního zlepšení

## Malé, mírné nebo žádné zlepšení



Graf 11- Intervence dosahující malého zlepšení

## 4. Diskuze

Tématem této diplomové práce jsou poruchy chování a emocí u dětí od šesti do jedenácti let a internce. Celá teoretická část diplomové práce se tedy zabývala touto cílovou skupinou, jak z hlediska historie, tak z hlediska vývojové psychologie a z hlediska poruch chování a běžně používaných intervencí na zmírnění symptomů těchto poruch. V teoretické části této diplomové práce jsou rovněž popsány poruchy chování a emocí, které spadají do kategorie Poruch chování a emocí s typickým začátkem v dětství podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), a jsou porovnány s jejich ekvivalenty v právě se evaluující jedenácté revizi této klasifikace. V této části práce jsou také popsány poruchy chování, jak jsou charakterizovány v manuálu americké psychiatrické společnosti (DSM-5) a rozdělení poruch chování z hlediska speciálně-pedagogické praxe. Jsou popsány také kompetence školních a školských poradenských zařízení a intervence, které se u dětí poruchou chování a emocí běžně používají.

V praktické části jsem se zabývala dvěma výzkumnými otázkami, na které jsem se snažila nalézt odpověď.

Otázky byly následující.

„Jaké jsou nejčastěji používané intervence u dětí s poruchou chování a emocí?“

„Existují intervence mající vliv na snížení symptomů poruch chování a emocí u dětí od šesti do jedenácti let?“

K zodpovězení těchto výzkumných otázek byl zvolen postup literárního review, které se zaměřilo na komplexní přehled existující literatury v této oblasti bádání. V kapitole, zabývající se metodikou je popsán celý proces vedoucí k vybrání 15 studií z celkového počtu 1302 studií. Zde jen shrnu, že jsem spolu s dalšími třemi studentkami prostudovala abstrakty 1302 studií, zabývajících se intervencemi u poruch chování a emocí nalezených v databázi Epistemonikos a na základě inkluzivních a exkluzivních kritérií jsme odstranili 1260 studií a nechaly pouze 42 studií. V další fázi jsme dohledávaly plné texty studií. Byla vyřazena 1 studie, u které se nám nepodařilo dohledat její plný text. Zůstalo tedy 41 studií. Tyto studie byly dále roztrženy na studie obsahující KBT intervence, školní intervence (zde nazvané



classroom intervence), kombinované intervence, alternativní intervence a ostatní intervence. Z 41 studií odpovídalo inkluzivním kritériím této diplomové práce pouze 15 studií.

Důkladným rozbořem těchto patnácti studií jsem se snažila nalézt odpovědi na dvě výše definované výzkumné otázky.

Vycházíme-li z výsledů těchto rozborů můžeme na první výzkumnou otázku: „ Jaké jsou nejčastěji používané intervence u dětí s poruchou chování a emocí?“ odpovědět, že nejčastěji používanými intervencemi jsou kognitivně-behaviorální terapie. Vedle osvědčené kognitivně-behaviorální terapie jsou ve zkoumaných studiích zastoupeny terapie zkoumající vliv životního prostředí na člověka, vliv potravy a spánku.

Vycházíme-li z přesvědčení, že člověk je se svým okolím v neustálé vzájemné interakci a že fyzická i psychická stránka člověka spolu úzce souvisejí a nelze je oddělit, potom zařazení těchto intervencí je velmi opodstatněné.

Další obsažené studie se zabývaly školními intervencemi, zde nazvanými classroom intervencemi. I použití těchto intervencí je z hlediska, pro učitele i spolužáky, nepříjemných projevů poruch chování dětí ve škole, opodstatněné.

V této práci jsou zahrnuty také dvě intervence zabývající se hrou. Jedna se týká využitím počítačových her na změnu symptomu poruch chování a jedna se zabývá hrou na dobré chování. Vzhledem k tomu, že jsou děti na prvním stupni základní školy ještě stále hravé a hra má schopnost být velmi názorná, poučná a multisenzorická i zvolení těchto intervencí se zdá být logicky správné.

Odpověď na druhou výzkumnou otázku „Existují intervence mající vliv na snížení symptomů poruch chování a emocí u dětí od šesti do jedenácti let? jsem opět hledala důkladným rozbořem jednotlivých studií. Ze zkoumaných studií byly neúčinnější kognitivně-behaviorální terapie a programy zaměřené na rodiče, rozvíjející rodičovské kompetence. Zde se ukazuje, jak velký vliv má výchova a chování rodičů na chování dětí.

Dvě ze tří kognitivně-behaviorálních studií vykazovaly významné zlepšení. Výsledky jsou statisticky diskutabilní, jelikož KBT intervence byla ve studiích nejčastěji vyžívanou formu intervencí.

Jednotlivé studie se lišily designem. Jsou obsaženy systematické review bez metaanalýzy, dále pak metaanalýzy, literární review, systematické review s metaanalýzou, crossover studie, přehledová studie, quality review a literární review. Ve studiích byly tedy použité různé designy, používající různé metody a sledující různé cíle. Srovnán jednotlivých designu je proto obtížné.

Některé studie ukazují na pozitivní účinek použitých intervencí, nebyla však u nich spočítána statistická významnost, neobsahovaly dostatek zkoumaných vzorků či chyběla kontrolní skupina k porovnání účinků intervence. Všechny navrhované studie jsou optimistické a podporují výzkumníky k dalšímu bádání v oblastech svého zájmu.

Během této práce jsme našly mnoho studií, které byly velmi zajímavé, obohacující, ale nesplňovaly inkluzivní kritéria a z tohoto důvodu byly vyřazeny.

## 5. Závěr

Tato diplomová práce se zabývá poruchami emocí a chování u žáků od šesti do jedenácti let a intervencemi. Je rozdělena na dvě části. Na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část se zabývá dítětem ve věku od šesti do jedenácti let z hlediska vývojové psychologie, a z hlediska postavení tohoto dítěte ve společnosti, jak v minulých letech, tak v současnosti.

Dále se teoretická část práce zabývá poruchami chování a emocí, možnými příčinami vzniku poruch chování a emocí, různými klasifikacemi poruch chování a emocí a školními a školskými poradenskými zařízeními, dále různými druhy intervencí, které se používají s cílem zmírnit symptomy poruch chování a emocí u dětí.

Cílem praktické části této diplomové práce bylo vytvořit literární review, kritický přehled všech dostupných intervencí poruch chování emocí u dětí od šesti do jedenácti let, a zjistit, jaký je vliv těchto intervencí na základní symptomy poruch chování a emocí.

V první kapitole praktické části je předložena metodologie výzkumu. Jsou zde popsány jednotlivé fáze tvorby tohoto literárního review. Těmi bylo zvolení inkluzivních a exkluzivních kritérií pro zařazení studií do našeho bádání a vyhledání v databázi Epistemonikos, třídění jednotlivých studií, rozdělení studií, extrakce dat ze studií do přehledových tabulek. V této fázi práce jsme extrahovaly data z dohledaných plných textů a zaznamenaly jsme je do tabulek. Tabulky obsahovaly názvy studií, jména autorů, roky publikování studií, účastníky studií, použité intervence a výsledky získané důkladným rozborem jednotlivých studií. V práci je přiložen PRISMA diagram vývoje selekce jednotlivých studií. Na praktické části své diplomové práce jsem až do tohoto bodu spolupracovala s dalšími třemi studentkami, s Petrou Brankovou, s Magdou Kleinovou a Evou s Bodzentovou.

Z celkového počtu 1302 studií jen 15 studií odpovídalo inkluzivním kritériím této diplomové práce.

Tyto studie jsem podrobně prozkoumala, abych mohla nalézt odpovědi na 2 výzkumné otázky.

„Jaké jsou nejčastěji používané intervence u dětí od šesti do jedenácti let s poruchou chování a emocí?“

„Existují intervence mající vliv na snížení symptomů poruch chování a emocí u dětí od šesti do jedenácti let?“

Odpovědi na výzkumné otázky jsou diskutovány v kapitole diskuze.

Odpovědi na první výzkumnou otázku je, že existují intervence, které mají vliv na snížení symptomů poruch chování a emocí u dětí od šesti do dvanácti let

Odpověď na druhou výzkumnou otázku je, že lze předpokládat, že nejčastěji používanými intervencemi jsou kognitivně- behaviorální terapie.

## Použitá literatura

### Literatura použitá v teoretické části

ADLER, Alfred. *Psychologie dětí: děti s výchovnými problémy*. Přeložil Zbyněk VYBÍRAL. Individuální psychologie. Praha: Práh, 1994. ISBN 80-85809-22-2.

BLAHUTKOVÁ, Marie a Jiřina KLENKOVÁ. *Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 978-802-1036-277.

ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Doplněk, 2000. ISBN 80-7239-060-0.

DVOŘÁČKOVÁ-MALÁ, Dana; HOLÝ, Martin; STERNECK, Tomáš; ZELENKA, Jan; ANTONÍN MALANÍKOVÁ, Michaela et al. *Děti a dětství: od středověku na práh osvícenství*. Praha: NLN, s.r.o., ve spolupráci s Historickým ústavem AV ČR, 2019. ISBN 978-80-7422-675-5

KOVÁŘOVÁ, Helena; POSPÍŠILOVÁ, Lenka; URBÁNEK, Vladimír a ZEMEK, Petr. *Na jevišti světa: Jan Amos Komenský a jeho doba*. Uherský Brod: Muzeum Jana Amose Komenského v Uherském Brodě, 2021. ISBN 9788090712553.

KOMENSKÝ, Jan Ámos. *Informatorium školy mateřské*. 2. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1964. ISBN 80-200-1451-9.

GAVENDOVÁ, Nora. *Kognitivně-behaviorální přístupy v praxi pedagoga*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2501-2.

HUTYROVÁ, Miluše. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál, 2019. ISBN 9788026215233.

KASPER, Tomáš a KASPEROVÁ, Dana. *Dějiny pedagogiky*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2429-4.

- KEY, Ellen, SOMOGYI, Viola (ed.). *Století nového dítěte: úvahy o výchově*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1953-8.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.
- LANGER, Stanislav. *Diagnostikování problémových žáků pomocí diagnostických modelů a diagnostického klíče: (experiment)*. Hradec Králové: Kotva, 1998. ISBN 80-900254-9-8.
- LI, Hongzhi. *Zhuan falun: Otáčení kolem zákona*. Druhé vydání. Praha: Vladimír Kvasnička, nakladatelství Vodnář, 2019. ISBN 978-80-7439-145-3.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0519-7.
- MÄRTL, Claudia. *Středověk: 101 nejdůležitějších otázek*. Velké Bílovice: TeMi CZ, 2007. ISBN 978-80-903873-7-9.
- PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.
- PEKAŘOVÁ, Ludmila. *Jak žít a nezbláznit se*. Poznání, 2006. ISBN 978-80-86606-49-X.
- POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života : funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulturní souvislosti, měření emocí*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-5128-3.
- PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika: [věda o edukačních procesech]*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-170-3. (Průcha, 1997)
- PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.
- PTÁČEK, Radek a Hana PTÁČKOVÁ. *ADHD variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930- 8.

PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.

RICHÉ, Pierre a VERGER, Jacques. *Učitelé a žáci ve středověku*. Kulturní historie. V Praze: Vyšehrad, 2011. ISBN 978-80-7429-028-2.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 4., upravené vyd. Praha: SPN, 1980.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024621531

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie školního dítěte*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-487-x.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3268-1.

VESELÁ, Zdenka. *Vývoj české školy a učitelského vzdělání*. Brno: Masarykova univerzita, 1992. ISBN 8021004584.

VESELÁ, Renata. *Rodina a rodinné právo: historie, současnost a perspektivy*. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86432-93-9.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 11. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN

ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Relaxace nejen pro děti s ADHD: máte neklidné, nesoustředěné dítě?*. Praha: D H, 2008. ISBN 978-809-0386-983.

### **Elektronické zdroje**

BOWMAN-PERROTT, Lisa; BURKE, Mack D.; ZAINI, Samar; ZHANG, Nan a VANNEST, Kimberly. Promoting Positive Behavior Using the Good Behavior Game. Online. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2016, roč. 18, č. 3, s. 180-190. ISSN 1098-3007. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1098300715592355>. [cit. 2024-04-16].

BREZOVSKÁ, Katarína a PROCHÁZKOVÁ, Kateřina. V Číně už třicet let platí politika jednoho dítěte. Online. Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/zpravy-svet/v-cine-uz-tricet-let-plati-politika-jednoho-ditete-\\_201009241156\\_kbrezovska](https://www.irozhlas.cz/zpravy-svet/v-cine-uz-tricet-let-plati-politika-jednoho-ditete-_201009241156_kbrezovska). [cit. 2024-04-12].

Floriánová, A. (2023). Úmluva o právech dítěte v souvislostech. <https://sancedetem.cz/umluva-o-pravech-ditete-v-souvislostech>

Floriánová, A. (2021). Úmluva o právech dítěte v souvislostech. <https://sancedetem.cz/umluva-o-pravech-ditete-v-souvislostech>

HESKETH, Therese; LU, Li a XING, Zhu Wei. The Effect of China's One-Child Family Policy after 25 Years. Online. *New England Journal of Medicine*. 2005, roč. 353, č. 11, s. 1171-1176. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <https://doi.org/10.1056/NEJMp051833>. [cit. 2024-04-09].

HRADILOVÁ, Veronika. Právní aspekty politiky jednoho dítěte v Číně. Právní fórum. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., VI, 7/2009, s. 297-304. ISSN 1214-7966. 2009.

CHUTNÁ, Monika. Geneze práv dítěte v mezinárodním měřítku. *Časopis pro právní vědu a praxi*. 1995, roč. 3, č. 4, s. 147–160. ISSN Časopis pro právní vědu a praxi. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/cpvp/article/view/9366>. [cit. 2024-04-09].

LABUSOVÁ, Eva. Mladší školní věk. Online. 2014. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/mladsi-skolni-vek#fyzicky-vyvoj>.

LASOTOVÁ, Naděžda. Neurogenic disfluency. Online. *Listy klinické logopedie*. 2021, roč. 5, č. 1, s. 4-9. ISSN 25706179. Dostupné z: <https://doi.org/10.36833/lkl.2021.005>. [cit. 2024-04-06].

POLÍNEK, Martin Dominik; POLÍNKOVÁ, Zdeňka; RŮŽIČKA, Michal a RŮŽIČKOVÁ, Lenka. *Teatroterapeutické a skazkoterapeutické přístupy pro literárně-dramatické obory*. Online. Křížkovského 8, 771 47 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5748-2. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/pdf.20.24456683>. [cit. 2024-04-09].

REED, Geoffrey M.; FIRST, Michael B.; KOGAN, Cary S.; HYMAN, Steven E.; GUREJE, Oye et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Online. *World Psychiatry*. 2019, roč. 18, č. 1, s. 3-19. ISSN 1723-8617. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/wps.20611>. [cit. 2024-04-06].



YU, Quincy. Je politika jednoho dítěte v Číně zločinem proti lidskosti? Online. 2010.

Dostupné z: <https://archiv.epochtimes.cz/2010082614288/Je-politika-jednoho-ditete-v-Cine-zlocinem-proti-lidskosti.html>. [cit. 2024-04-12].

VEENMAN, Betty; LUMAN, Marjolein; OOSTERLAAN, Jaap a EAPEN, Valsamma. Efficacy of behavioral classroom programs in primary school. A meta-analysis focusing on randomized controlled trials. Online. *PLOS ONE*. 2018, roč. 13, č. 10. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201779>. [cit. 2024-04-16].

WIHODA, Martin. *Za vzestupem stálo křesťanství i otrokářství*. Online. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/clanek/historie-historik-martin-wihoda-o-pocatcich-ceskych-dejin-za-vzestupem-stalo-krestanstvi-i-otrokarstvi-40333819>. [cit. 2024-04-04].

*Výbor OSN pro práva dítěte vydal Závěrečná doporučení ke spojené 5. a 6. pravidelné zprávě České republiky o plnění Úmluvy OSN o právech dítěte*. (2021). Retrieved April 17, 2024, from [https://vlada.gov.cz/cz/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/ze-zasedani-vyboru/vybor-osn-pro-prava-ditete-vydal-zaverecna-doporuceni-ke-spojene-5--a-6--pravidelne-zprave-ceske-republiky-o-plneni-umluvy-osn-o-pravech-ditete-192068/Výbor\\_OSN\\_pro\\_práva\\_dítěte\\_vydal](https://vlada.gov.cz/cz/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/ze-zasedani-vyboru/vybor-osn-pro-prava-ditete-vydal-zaverecna-doporuceni-ke-spojene-5--a-6--pravidelne-zprave-ceske-republiky-o-plneni-umluvy-osn-o-pravech-ditete-192068/Výbor_OSN_pro_práva_dítěte_vydal)

*Závěrečná doporučení ke spojené 5. a 6. pravidelné zprávě České republiky o plnění Úmluvy OSN o právech dítěte*. (2021). Retrieved April 17, 2024, from <https://vlada.gov.cz/cz/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/ze-zasedani-vyboru/vybor-osn-pro-prava-ditete-vydal-zaverecna-doporuceni-ke-spojene-5--a-6--pravidelne-zprave-ceske-republiky-o-plneni-umluvy-osn-o-pravech-ditete-192068/>

„Nespravedlnost na jednom místě zeměkoule ohrožuje spravedlnost na celém světě.-- varianta-- Malá nespravedlnost je hrozbou pro veškerou spravedlnost.“ Zdroj: <https://citaty.net/citaty/2054691-martin-luther-king-nespravedlnost-na-jednom-miste-zemekoule-ohrozuje/>. Online. 2022. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/2054691-martin-luther-king-nespravedlnost-na-jednom-miste-zemekoule-ohrozuje/>. [cit. 2024-04-17]. *Základy obecné psychologie - doplňující studijní materiál*. Online. Dostupné z: <https://turbo.cdv.tul.cz/mod/book/view.php?id=5965&chapterid=6239>. [cit. 2024-04-04]

*Chování*. Online. Dostupné z: <https://www.studium-psychologie.cz/obecna-psychologie/3-chovani.html>. [cit. 2024-04-06].

*Legislativa a systém sociálně-právní ochrany*. Online. Dostupné z: [Legislativa a systém sociálně-právní ochrany](https://www.mpsv.cz/legislativa-a-system-socialne-pravni-ochrany). <https://www.mpsv.cz/legislativa-a-system-socialne-pravni-ochrany>. [cit. 2024-04-17].

*Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize : MKN-10 : kapesní formát*. 2. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992.

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Online. Dostupné z: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#!/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F37291724>. [cit. 2024-04-06]. Přeloženo autorkou.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TRÂ®)*. 2022. United States. ISBN 9780890425763. (Přeloženo autorkou diplomové práce)

Současné trendy v oblasti klinické psychologie. Online. Dostupné z: [https://wikisofia.cz/wiki/Sou%C4%8Dasn%C3%A9\\_trendy\\_v\\_oblasti\\_klinick%C3%A9\\_psychologie#cite\\_note-:0-8](https://wikisofia.cz/wiki/Sou%C4%8Dasn%C3%A9_trendy_v_oblasti_klinick%C3%A9_psychologie#cite_note-:0-8). [cit. 2024-04-06].

Střediska výchovné péče. Online. Dostupné z: <http://archiv-nuv.npi.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/strediska-vychovne-pece.html>. [cit. 2024-04-07].

Předškolák s problémovým chováním: Proaktivní model osmi kroků k lepšímu chování. Online. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/PI/16567/PREDSKOLAK-S-PROBLEMOVYM-CHOVANIM-PROAKTIVNI-MODEL-OSMI-KROKU-K-LEPSIMU-CHOVANI.html>. [cit. 2024-04-07].

## **Právní dokumenty**

*Úmluva o právech dítěte a související dokumenty*. [Praha]: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2016. ISBN 978-80-7421-120-1.

*Listina základních práv a svobod*. Online. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod/hlava-4-clanek-33>. [cit. 2024-04-04].

MŠMT: *Vyhláška č. 72/2005 Sb. Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Online. Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>. [cit. 2024-04-07].

MŠMT: (2002). Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně-výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. [online]

MŠMT: (2004): *Zákon č. 561/2004 Sb. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. Online. Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>. [cit. 2024-04-04].

### **Diplomové práce**

BÁRTKOVÁ, Kristýna. *Podpora nadaných žáků na 1. stupni základní školy* Online.

Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. 2010. Dostupné z:

<https://is.muni.cz/th/s2rom/>. [cit. 2024-04-12].

HRNČÍŘOVÁ KONSTANTINOVÁ, Jana. Úmluva o právech dítěte a její konsekvence pro pedagogickou teorii a praxi. Č. Bud., 2007. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Teologická fakulta, Katedra pedagogiky.

KRUPA, Matěj. *Mezinárodní ochrana práv dítěte*. Diplomová práce, vedoucí JUDr. Monika Bayerová, Ph.D. Praha: Univerzita Karlova v Praze Právnická fakulta Katedra mezinárodního práva, 2016.

VALČUHOVÁ, Květa. *Intervence žáka s ADHD*. 2015. Diplomová práce. Masarykova Univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. 2015.

### **Literatura použitá v praktické části**

BARLOW, JANE a STEWART-BROWN, SARAH. Behavior Problems and Group-Based Parent Education Programs. Online. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*.

2000, roč. 21, č. 5, s. 356-370. ISSN 0196-206X. Dostupné z:

<https://doi.org/10.1097/00004703-200010000-00007>. [cit. 2024-04-16].

BATTAGLIESE, Gemma; CACCETTA, Maria; LUPPINO, Olga Ines; BAGLIONI, Chiara; CARDI, Valentina et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. Online. *Behaviour Research and Therapy*. 2015, roč. 75, s. 60-71. ISSN 00057967. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.008>. [cit. 2024-04-16].

BOWMAN-PERROTT, Lisa; BURKE, Mack D.; ZAINI, Samar; ZHANG, Nan a VANNEST, Kimberly. Promoting Positive Behavior Using the Good Behavior Game. Online. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2016, roč. 18, č. 3, s. 180-190. ISSN 1098-3007. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1098300715592355>. [cit. 2024-04-16].

BUNGE, E.L.; DICKTER, B.; JONES, M.K.; ALIE, G.; SPEAR, A. et al. Behavioral Intervention Technologies and Psychotherapy with Youth: A Review of the Literature. Online. *Current Psychiatry Reviews*. 2016, roč. 12, č. 1, s. 14-28. ISSN 15734005. Dostupné z: <https://doi.org/10.2174/1573400511666150930232254>. [cit. 2024-04-16].

DE ARELLANO, Michael A. Ramirez; LYMAN, D. Russell; JOBE-SHIELDS, Lisa; GEORGE, Preethy; DOUGHERTY, Richard H. et al. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. Online. *Psychiatric Services*. 2014, roč. 65, č. 5, s. 591-602. ISSN 1075-2730. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>. [cit. 2024-04-16].

HARRISON, Judith R.; BUNFORD, Nora; EVANS, Steven W. a OWENS, Julie Sarno. Educational Accommodations for Students With Behavioral Challenges. Online. *Review of Educational Research*. 2013, roč. 83, č. 4, s. 551-597. ISSN 0034-6543. Dostupné z: <https://doi.org/10.3102/0034654313497517>. [cit. 2024-04-16].

HUTCHINS, Nancy S.; BURKE, Mack D.; HATTON, Heather a BOWMAN-PERROTT, Lisa. Social Skills Interventions for Students With Challenging Behavior. Online. *Remedial and Special Education*. 2017, roč. 38, č. 1, s. 13-27. ISSN 0741-9325. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0741932516646080>. [cit. 2024-04-16].

LEHTIMAKI, Susanna; MARTIC, Jana; WAHL, Brian; FOSTER, Katherine T a SCHWALBE, Nina. Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview. Online. *JMIR Mental Health*. 2021, roč. 8, č. 4. ISSN 2368-7959. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/25847>. [cit. 2024-04-16].

Monroe, J. A. (2015). *Comparing school- and home-based interventions to school-based treatment for disruptive behavior disorders: A meta-analysis* (Order No. 3723685). Available from ProQuest Central. (1720843575). Retrieved from

<https://www.proquest.com/dissertations-theses/comparing-school-home-based-interventions/docview/1720843575/se-2>

PAGE, Matthew J; MCKENZIE, Joanne E; BOSSUYT, Patrick M; BOUTRON, Isabelle; HOFFMANN, Tammy C et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Online. *BMJ*. ISSN 1756-1833. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. [cit. 2024-04-16].

RAMAKRISHNAN, Usha; IMHOFF-KUNSCH, Beth a DIGIROLAMO, Ann M. Role of docosahexaenoic acid in maternal and child mental health. Online. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2009, roč. 89, č. 3, s. 958S-962S. ISSN 00029165. Dostupné z: <https://doi.org/10.3945/ajcn.2008.26692F>. [cit. 2024-04-16].

RIISE, Eili N.; WERGELAND, Gro Janne H.; NJARDVIK, Urdur a ÖST, Lars-Göran. Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. Online. *Clinical Psychology Review*.

SCHLARB, Angelika A.; SOPP, Roxanne; AMBIEL, David a GRÜNWARD, Julia. Chronotype-related differences in childhood and adolescent aggression and antisocial behavior – A review of the literature. Online. *Chronobiology International*. 2013, roč. 31, č. 1, s. 1-16. ISSN 0742-0528. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/07420528.2013.829846>. [cit. 2024-04-16]. 2021, roč. 83. ISSN 02727358. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954>. [cit. 2024-04-16].

TRAN, Ivy; SABOL, Olivia a MOTE, Jasmine. The Relationship Between Greenspace Exposure and Psychopathology Symptoms: A Systematic Review. Online. *Biological Psychiatry Global Open Science*. 2022, roč. 2, č. 3, s. 206-222. ISSN 26671743. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2022.01.004>. [cit. 2024-04-16].

VEENMAN, Betty; LUMAN, Marjolein; OOSTERLAAN, Jaap a EAPEN, Valsamma. Efficacy of behavioral classroom programs in primary school. A meta-analysis focusing on randomized controlled trials. Online. *PLOS ONE*. 2018, roč. 13, č. 10. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201779>. [cit. 2024-04-16].

WHALEN, Carol K.; HENKER, Barbara; COLLINS, Barry E.; FINCK, Doris a DOTEMOTO, Sharon. A SOCIAL ECOLOGY OF HYPERACTIVE BOYS: MEDICATION EFFECTS IN STRUCTURED CLASSROOM ENVIRONMENTS. Online. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1979, roč. 12, č. 1, s. 65-81. ISSN 0021-8855. Dostupné z: <https://doi.org/10.1901/jaba.1979.12-65>. [cit. 2024-04-18].

ZARE SAKHVIDI, Mohammad Javad; KNOBEL, Pablo; BAUWELINCK, Mariska; DE KEIJZER, Carmen; BOLL, Lilian Marie et al. Greenspace exposure and children behavior: A systematic review. Online. *Science of The Total Environment*. 2022, roč. 824. ISSN 00489697. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.153608>. [cit. 2024-04-16].

## Seznam zkratk

ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou
BITs	Behaviorally Informed Technologies (technologie založené na behaviorálních principech)
CNS	centrální nervová soustava
č.	číslo
ČR	Česká republika
DHA	dokosahexaenová kyselina
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. revize.
EPA	eikosapentaenové kyseliny
ES	effect size (velikost efektu)
F2F	face-to-face (tváří v tvář)
g	velikost efektu
KTB	kognitivně-behaviorální terapie
MK	mastné kyseliny
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 10. revize.
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 11. revize.
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
OSN	Organizace spojených národů
PUFA	polyunsaturated fatty acids (nenasycené mastné kyseliny)
Sb.	Sbírka zákonů
TF-KBT	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na trauma)
%	procento

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Zařazení Hyperkinetických poruch z MKN-10 do MKN-11

Tabulka 2: Zařazení Poruch chování z MKN-10 do MKN-11

Tabulka 3: Zařazení Smíšených poruch chování a emocí z MKN-10 do MKN-11

Tabulka 4: Zařazení Emočních poruch s nástupem specifickým pro dětství z MKN-10 do MKN-11

Tabulka 5: Zařazení Poruch sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání z MKN-10 do MKN-11

Tabulka 6: Zařazení Tiků z MKN-10 do MKN-11

Tabulka 7: Zařazení Jiných poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání z MKN-10 do MKN-11

Tabulka 8: Studie Barlow

Tabulka 9: Studie Riise

Tabulka 10: Studie Schlarb

Tabulka 11: Studie Sakhvidi

Tabulka 12: Studie Ramakrishnan

Tabulka 13: Studie Ramirez

Tabulka 14: Studie Tran

Tabulka 15: Studie Veenman

Tabulka 16: Studie Harrison

Tabulka 17: Studie Hutchins

Tabulka 18: Studie Lehtimaki

Tabulka 19: Studie Monroe

Tabulka 20: Studie Bowman

Tabulka 21: Studie Bunge

Tabulka 22: Studie Battagliese

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1: Vývojový diagram vyhledaných studií



## **Seznam grafů**

Graf 1- Design jednotlivých studií

Graf 2 - Druhy použitých intervencí

Graf 3 - Alternativní intervence

Graf 4 - Kombinované intervence

Graf 5 - Classroom intervence

Graf 6 - KBT intervence

Graf- 7 Ostatní intervence

Graf 8 - Intervence dosahující významného zlepšení

Graf 9 - Intervence mající předpoklad být účinné

Graf 10 -Intervence dosahující diskutabilního zlepšení

Graf 11- Intervence dosahující malého zlepšení