

Výzkumné studie

BEHAVIORÁLNÍ, EMOČNÍ A SOCIÁLNÍ POTÍŽE DYSLEKTICKÝCH DĚTÍ BĚHEM ŠKOLNÍ DOCHÁZKY (7–15 LET) – LONGITUDINÁLNÍ VÝZKUM

LUCIE FOLTOVÁ^{1,2}, ŠÁRKA PORTEŠOVÁ³, LUBOMÍR KUKLA⁴

¹ *Institut celoživotního vzdělávání, Mendelova univerzita, Brno*

² *Ústav preventivního lékařství LF MU, Brno*

³ *Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny FSS MU, Brno*

⁴ *RECETOX – PFF MU, Brno*

ABSTRACT

Behavioral, emotional and social difficulties of dyslexic children during school attendance (7–15 years old) – longitudinal research

L. Foltová, Š. Portešová, L. Kukla

Objectives. Dyslexia is often associated with other psychosocial difficulties. The aim of this work is to verify these results in the Czech population, including the detection of the developmental trajectory of the examined difficulties. Furthermore, the study focuses on potential differences between the view of children (or adolescents) themselves and their mothers.

Sample and setting. In the study, the SDQ Questionnaire (Strengths and Difficulties Questionnaire) is used to measure behavioral, emotional and social difficulties, but also prosocial behavior. The sample comprises children (from the study ELSPEC) diagnosed with dyslexia (N=50) and a control group of children without school difficulties (N=405). The measurement was carried out in three periods: at 7 years (mother); at 11 years (both mother and child) and 15 years (both mother and adolescent). Furthermore, at 15 years of age, adolescents completed the Life Satisfaction Questionnaire (SWLS) and the Self-Esteem Scale (RSES).

Results. The correlation of dyslexia with other psychosocial problems appears to be ambiguous. The developmental trajectory shows that greatest difficulties can be found in dyslexic

children at 7 years of age; subsequently, there is a considerable decline at 11 years of age. At 15 years, there is a slight increase, which is, however, smaller than in non-dyslexic adolescents. Contrary to expectations, Czech children report about themselves more manifestations of problematic behavior than it is evident from their mothers' assessments; therefore, they are much more critical to themselves. Interestingly, there is an agreement between the view of mothers and dyslexic children, which does not occur in the control group. Adolescents with dyslexia do not exhibit lower self-esteem or overall life satisfaction. Moreover, it is also positive that they do not differ from the control group in the manifestations of prosocial behavior.

Study limitation. Sample size of dyslexic group; absence of external diagnostics.

key words:

dyslexia,
psychosocial difficulties,
prosocial behavior,
adolescents,
longitudinal research

klíčová slova:

dyslexie,
psychosociální potíže,
prosociální chování,
adolescenti,
longitudinální výzkum

Došlo: 31. 10. 2012; Š. P., FSS MU, Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny, Joštova 10, 602 00 Brno; e-mail: portes@fss.muni.cz

Tento výzkum byl podpořen projektem GAČR (GAP407/11/1272).

PROBLÉM

Dyslexie je nejznámější a zároveň nejčastější specifickou poruchou učení (dále SPU). Existují různé teorie o příčinách jejího vzniku. Nejčastěji se uvádějí fonologická teorie, hypotéza dvojího deficitu a teorie rychlého zpracování podnětů, magnocelulární teorie a cerebelární teorie. O těchto a dalších teoriích pojednává velmi podrobně Joštova monografie (Jošt, 2011). Dyslexii trpí přibližně 3 % českých dětí (Matějček et al., 2006). Prevalence v anglicky i jinak hovořících zemích je uváděna vyšší. Autoři se shodují, že je nejednoznačná, lze nalézt její rozmezí 5–17,5 % (Eissa, 2010), norský zdroj uvádí 4–10 % (Heiervang et al., 2001). Nižší prevalence u nás je dána tím, že čeština je transparentní jazyk (Matějček et al., 2006).

Vágnerová (2006) upozorňuje, že i když je dyslexie relativně velmi lehké postižení, často je okolím chápáno jako projev neschopnosti a podle toho se k takovému dítěti poté ostatní chovají. Psychosociální obtíže dětí s SPU nastávají nejčastěji tehdy, jestliže rodiče či učitelé očekávají od dítěte nedosažitelné výkony nebo škola není dostatečně připravena na jeho problémy. Pokud k takové situaci dojde, mohou se objevit různé poruchy chování nebo úzkostné projevy, které mohou vést až k depresím (Pokorná, 2010). Snahy napravit nedostatky v učení co nejrychleji a v největší možné míře mohou v důsledku přinést dlouhodobé přetěžování, které může mít za následek neurotizaci dítěte či jeho různé psychosomatické reakce (Vágnerová, 2006).

Behaviorální potíže se často v literatuře dělí na dvě základní oblasti: na externalizující problémy (vzdor, impulzivita, hyperaktivita, agresivita a antisociální chování) a internalizující problémy (odtažitost, úzkost, deprese). Výsledky nejruznějších výzkumů potvrzují spojitost mezi behaviorálními potížemi a specifickými poruchami učení. Podle zaměření studií se uvádí prevalence jakéhokoliv druhu behaviorálních potíží u dětí s poruchami učení v rozmezí 24 % až neuvěřitelných 84 % (Johnson, 2002).

Heiervang et al. (2001) ve svém výzkumu zaměřeném na široký záběr behaviorálních potíží u dyslektických dětí zjistili, že dyslektické děti vykazují mnoho těchto symptomů, které se zároveň nedají přičíst rozdílům v sociálním prostředí, zdravotnímu stavu nebo vývojovým rizikovým faktorům. Podobně též z výzkumu Arnoldové et al. (2005) vyplývá, že sociodemografické faktory neintervenují ve výsledcích.

Dyslexie a internalizující potíže

SPU mohou pro dítě představovat významnou zátěž, která negativním způsobem ovlivňuje jeho sebevědomí (Matějček et al., 2006; Vágnerová, 2006) a sebeúctu (Matějček et al., 2006). Problémy v sebehodnocení se navíc v období adolescence mohou začít projevat nápadněji nebo mohou fakticky narůstat (Matějček et al., 2006). Eissa (2010) prokázala, že adolescenti s dyslexií vykazují nižší sebehodnocení, cítí se být odlišní od svých vrstevníků a také mají nižší pocit životní spokojenosti. Lindsay a Dockrell (2000) oproti tomu neprokázali u sedmiletých dětí s SPU nižší sebehodnocení než u vrstevníků.

Dyslektické děti mohou mít různé emoční problémy. Nejčastěji se jedná o zvýšené pocity nejistoty, úzkosti a strachu, obavy z dalšího selhání. Tyto děti jsou citlivé na neúspěch, který prožívají intenzivněji než jejich vrstevníci. Časté jsou také další nepříjemné pocity jako smutek, nebo také vzdor, vztek a zlost. Převažující pocit závisí na bazálním emočním ladění, typu temperamentu, emoční resilienci, ale také na přístupu rodičů a učitelů (Matějček et al., 2006). U dětí s dyslexií je opakovaně výzkumně prokazována souvislost s internalizujícími problémy, tj. především depresí a úzkostmi (Arnold et al., 2005; Dahle, Knivsberg, Andreassen, 2011; Eissa, 2010; Heiervang et al., 2001; Nelson, Harwood, 2011).

Nelson a Harwood (2011) ve své metaanalýze uvádějí, že kolem 70 % studentů s poruchami učení má vyšší symptomatologii anxiózy než jejich spolužáci bez potíží.

Je však také možné, jak naznačuje longitudinální studie, že roli hraje i věk, tedy vývojová fáze dítěte. Maughan et al. (2003) totiž prokázali mnohem častější depresivní nálady u chlapců mladšího školního věku než u jejich vrstevníků, ovšem mezi adolescentními chlapci tyto rozdíly nalezeny nebyly.

Dyslexie a externalizující potíže

Matějček et al. (2006) uvádějí, že problémy v chování mívá 15–20 % dětí s SPU a až 30 % z nich vykazuje komorbiditu s ADHD. Heiervang et al. (2001) hovoří o 20 %, Arnold et al. (2005) uvádějí s odkazem na různé zdroje 6–45 % dětí.

Souvislost mezi problémy v učení a problémovým chováním již byla mnohokrát prokázána ve výzkumných studiích (Dahle, Knivsberg, Andreassen, 2011; Eissa, 2010; Heiervang et al., 2001; Lindsay, Dockrell, 2000; Maughan et al., 2003; Morgan et al., 2008).

SPU mohou být spojeny s různými sekundárními projevy. Jejich vznik je závislý na vrozených dispozicích jedince, na etiologii poruchy učení, ale i na postoji a chování rodičů, resp. dalších lidí. Jedinci s těmito problémy mohou mít zvýšenou tendenci kompenzovat své potíže způsobem, který není sociálně přijatelný. Mohou usilovat o prosazení se ve skupině a o posílení sebedůvěry takovým chováním, které je nepříjemné, a proto dále zhoršuje jejich postavení. Na nárůst frekvence agresivity, antisociálního a delikventního chování v populaci s potížemi v učení v období adolescence upozorňují i Heiervang et al. (2001).

McNamara, Vervaeke a Willoughby (2008) prokázali ve svém výzkumu, že adolescenti s poruchami učení častěji pijí alkohol, kouří, užívají marihuanu, vykazují delikventní a agresivní chování. Zachytili ovšem dále, že mediátorem mezi SPU a zapojením se do rizikového chování jsou psychosociální faktory, a to především vztah adolescenta k matce, angažovanost ve škole a mimoškolních aktivitách, duševní pohoda (well-being) a pocit oběti.

Dyslexie a vztahy s vrstevníky

SPU mohou sekundárně ovlivnit prožívání a z něho vyplývající chování dítěte i v jiných situacích, např. mezi vrstevníky (Matějček et al., 2006). Morgan et al. (2008) však upozorňují, že dyslexie mnohem častěji vede k internalizujícímu problémovému chování než k problémům v interpersonálních vztazích.

Uvádí se ovšem, že vyšší podíl dyslektiků je izolovaný od ostatních a má nižší sociální status mezi vrstevníky (Estell et al., 2008). Dle výzkumu Eissy (2010) trpí dyslektici v adolescenci pocitem odlišnosti od svých vrstevníků a dalšími sociálními problémy, přesto v jejím výzkumu nebylo prokázáno, že by dyslexie měla vliv na vztahy s vrstevníky obecně.

Vágnerová (2006) uvádí, že spolužáci představují významnou referenční skupinu. Ve středním školním věku narůstá potřeba konformity, kdy děti kladou důraz na stejnost a zároveň stupňují odmítání projevů odlišnosti. Dyslektik bývá spolužáky (i učiteli) odmítán a negativně hodnocen, pokud reaguje nestandardně, přičemž je lhostejné, zda jde o projev komorbidity (např. ADHD) nebo sekundární důsledek nátlaku rodičů a učitelů. Z jejího výzkumu však vyplývá, že naprostá většina českých vrstevníků hodnotí své spolužáky – dyslektiky jako dobré kamarády, sympatické jedince, kteří se v ničem zásadním od ostatních neliší.

Dyslexie a prosociální chování

Našli jsme jedinou studii, která zahrnovala i posouzení prosociálního chování dětí s SPU, z jejichž výsledků vyplývá, že tyto děti nevykazují rozdíl oproti svým vrstevníkům (Lindsay, Dockrell, 2000).

Cíle a předpoklady studie

Ačkoliv existuje poměrně mnoho dostupných studií, které se zaměřují na nejrůznější behaviorální potíže dětí a adolescentů s dyslexií (resp. SPU obecně), jedná se spíše o zahraniční zdroje. Mezi cíle naší práce proto řadíme ověření těchto výsledků u české populace (ta má mj. nižší prevalenci SPU obecně, i z toho důvodu nepovažujeme za vhodné pouze přebírat hodnoty a souvislosti z cizojazyčných zdrojů). Dalším cílem práce je poukázat na vývojovou trajektorii sledovaných potíží, neboť předpokládáme, že se mohou v průběhu času a dospívání měnit. Toto umožňuje pouze longitudinální studie, kterých není mnoho. Dále chceme upozornit na případné rozdíly mezi pohledem dětí (resp. adolescentů) a jejich matek. V neposlední řadě je naší snahou nahlédnout i na případné pozitivní stránky dyslektiků (např. prosociální chování), kterým podle našeho názoru není věnována naprosto žádná pozornost.

METODA

Soubor

Soubor tvoří účastníci mezinárodního longitudinálního projektu ELSPAC¹⁾ (European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood), což je epidemiologická prospektivní studie pod záštitou WHO, která probíhá v několika evropských zemích. Jejím cílem je sledování rizikových a protektivních faktorů biopsychosociálního vývoje dětí. Na začátku studie se jednalo o kohortu přibližně 3500 dětí narozených na počátku 90. let v městě Brně, při šetření v jejich patnácti letech nadále participovalo přibližně 2000 z nich.

Pro výzkumné šetření této práce byly vybrány dvě skupiny dětí. První skupinu tvoří děti s diagnózou dyslexie (N = 50; z toho 27 chlapců a 23 dívek²⁾). Jedná se o údaje z učitelských dotazníků, přičemž ti u sledovaného dítěte uvedli, že má diagnózu dyslexie stanovenou odborníkem (zpráva z pedagogicko-psychologické poradny), a to dlouhodobě – v jedenácti i v patnácti letech (k odbornému vyšetření a stanovení stejného diagnostického závěru tak muselo dojít opakovaně). Jedinci, u kterých bylo referováno o diagnóze pouze v jednom sledovaném období, nebyli do sledovaného souboru zahrnuti, abychom co nejvíce eliminovali zkreslení dat. Druhou, kontrolní skupinu, tvoří děti, které dle výpovědí učitelů v obou sledovaných (v 11 a 15 letech) nevykazují vůbec žádné problémy (tj. netrpí žádnou specifickou poruchou učení, poruchami pozornosti, hyperaktivitou, poruchami chování, emočními poruchami, potížemi s pamětí či porozuměním nebo v sociálních kontaktech) – N = 405 (z toho 146 chlapců a 259 dívek).

Nástroje

V této studii byl použit *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), sestavený pedopsychiatrem Robertem Goodmanem (1997, 1999). SDQ je stručný dotazník pro posouzení psychického přizpůsobení se dětí (určen pro věkové rozmezí 3–16 let) a rovnoměrně pokrývá oblasti jejich chování, emočního prožívání a sociálních vztahů. Studie

¹⁾ Bližší informace jsou dostupné na <http://www.elspac.cz>.

²⁾ Počet dětí s dyslexií tak tvoří cca 2,5 % souboru všech sledovaných dětí v projektu ELSPAC v 15 letech, což dobře odpovídá běžně uváděné prevalenci. Z hlediska poměru dle pohlaví je v našem souboru 54 % chlapců. V literatuře bývá uváděn vyšší podíl.

ELSPAC vychází ze základní Goodmanovy verze z r. 1997. Tato sestává z 25 položek, které jsou formulovány jako výroky a respondenti se na nabídnuté škále vyjadřují, do jaké míry je toto tvrzení vzhledem k nim (resp. posuzovanému dítěti) relevantní, přičemž mají vycházet z posledních šesti měsíců (Goodman, 1997; Traxlerová, 2007). Původní tříbodová škála byla později rozšířena na škálu čtyřbodovou (Goodman, 1999). Ačkoliv byla v rámci studie ELSPAC v sedmi letech sledovaných dětí použita tříbodová a v dalších sledováních čtyřbodová škála hodnocení, lze data mezi sebou porovnávat, neboť Goodman současně s rozšířením škály navrhl i její standardizované překódování.

Dále je těchto 25 položek na základě faktorové analýzy rozděleno do pěti subškál: škály emočních symptomů (Emotional symptom scale), škály problémového chování (Conduct problems scale), škály hyperaktivity a nesoustředěnosti (Hyperactivity-inattention scale), škály obtíží ve vztazích s vrstevníky (Peer problems scale) a škály prosociálního chování (Prosocial scale). První čtyři tvoří škálu celkových potíží (Total difficulties scale), jelikož sledované projevy jsou často provázané.

Psychometrické vlastnosti dotazníku byly ověřovány s dobrými výsledky (Goodman, 1997; Ramchandani et al., 2005). V českém sociokulturním prostředí jeho validitu ověřovala ve své diplomové práci M. Traxlerová (2007), na českých dětech se konzistence škál stanovená pomocí Cronbachova koeficientu alfa pohybuje kolem 0,7. Hodnoty koeficientu pro všechny subškály ve všech měřeních zjištěné na našem souboru uvádíme v tab. 1.

Tab. 1 Vnitřní konzistence sledovaných škál dotazníku SDQ v jednotlivých měřeních

Škála dotazníku SDQ	Cronbachův koeficient alfa				
	Dotazník – matka			Dotazník – dítě	
	v 7 letech	v 11 letech	v 15 letech	v 11 letech	v 15 letech
Emoční potíže	0,59	0,53	0,57	0,52	0,69
Hyperaktivita	0,71	0,68	0,67	0,60	0,63
Potíže v chování	0,46	0,28	0,54	0,30	0,59
Potíže s vrstevníky	0,43	0,50	0,56	0,14	0,50
Celkové potíže	0,55	0,61	0,63	0,54	0,71
Prosociální chování	0,61	0,67	0,75	0,68	0,67

Měření pomocí tohoto dotazníku bylo provedeno (a v této práci je sledováno) ve třech obdobích vývoje sledovaných dětí. Ve věku sedmi let sledovaných dětí, tj. po nástupu školní docházky, byla použita tříbodová škála hodnocení a posouzení provedly matky, jakožto osoby, které sledované děti nejlépe znají³⁾. Následující šetření proběhlo v jedenácti letech věku dětí, tj. v období puberty, při přechodu na druhý stupeň v rámci základního vzdělávání. V tomto období provedly hodnocení matky, ale rovněž i děti v sebeposuzovací verzi. Poslední šetření je z období patnáctého roku věku sledovaných dětí, tj. v období střední adolescence, přibližně v době ukončení základní školy. Opět byly získány údaje jak od matek, tak od adolescentů. Stejně jako v předešlém šetření byla použita čtyřbodová škála s překódováním (viz výše).

³⁾ Obvykle je možno ve výzkumech nalézt označení rodičovské posouzení, nebo data z výpovědi rodičů, rodičovských dotazníků apod. Ve studii ELSPAC rovněž není přímo v dotaznících vymezeno, že posouzení má provést matka. V úvodu dotazníku je specifikace taková, že dotazník má vyplnit osoba, která sledované dítě nejlépe zná. Vzhledem k tomu, že v drtivé většině dotazníky vyplňují právě matky, dovolujeme si v této studii konkretizovat, že se jedná spíše právě o pohled matek než vyvážený pohled obou rodičů. (Jsme si vědomi toho, že mateřský pohled může způsobit určité zkresení výsledků. Co však považujeme za více zkrslující skutečnost, je obecné označování jako „posouzení rodičů“, které ovšem nezaručuje vyváženost informací od obou rodičů.)

Sebehodnocení bylo měřeno pomocí *Rosenbergovy škály sebehodnocení* (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES, Rosenberg, 1965), překlad v rámci projektu ELSPAC. Tato škála obsahuje 10 položek, ke kterým se respondenti vyjadřují na čtyřbodové stupnici (od 1 – rozhodně nesouhlasím po 4 – rozhodně souhlasím). Minimální hodnota skóru je 10, maximální 40, přičemž vysoký skór značí vysoké sebehodnocení. Koeficient reliability Cronbachova alfa je v našem souboru 0,86. Pro zhodnocení životní spokojenosti byla použita globální *škála životní spokojenosti* (Satisfaction with Life Scale – SWLS, Pavot, Diener, 1993), přeložena rovněž v rámci projektu ELSPAC. Škála sestává z 5 položek hodnocených na pětibodové stupnici (od 1 – vůbec nesouhlasím po 5 – zcela souhlasím). Minimální hodnota skóru je v tomto případě 5, maximální 25, přičemž vysoký skór znamená vysokou spokojenost. Cronbachův koeficient alfa je v námi sledovaném souboru 0,83.

Škály sebehodnocení i životní spokojenosti vyhodnocujeme z dotazníků pro sledované adolescenty v jejich patnácti letech.

Zpracování dat

Provedli jsme deskriptivní analýzu pro všechny proměnné. Pro posouzení rozdílů mezi skupinou dětí s dyslexií a skupinou dětí bez školních potíží byly porovnávány průměry mezi sledovanými proměnnými pomocí t-testů pro nezávislé soubory, s použitím Bonferroniho korekce pro opakované t-testy (konkrétně p-hodnota $\leq 0,017$ pro hladinu 0,05). Pro posouzení změn hodnocení matkami v průběhu času byl použit test ANOVA, a pokud nebyla splněna homogenita rozptylu, byl následně proveden neparаметrický Kruskal-Wallisův test shody mediánů, opět za použití Bonferroniho korekce. U statisticky významných výsledků byla dopočtena míra účinku (Cohenův koeficient d). Dále byl u pohledu matek, který sledoval 3 období, testován trend pomocí lineární regrese. Veškeré výpočty byly provedeny v programu SPSS⁴⁾. Ze získaných dat bylo vytvořeno grafické znázornění vývojové křivky průměrných hodnot jednotlivých subškál.

VÝSLEDKY

Potíže podle jednotlivých subškál dotazníku SDQ

Vývojovou trajektorii jednotlivých potíží dle subškál ilustruje obr. 1. Jak je patrné, každá sledovaná oblast má poněkud odlišný trend. V následujícím textu se budeme získanými zjištěními podrobně zabývat.

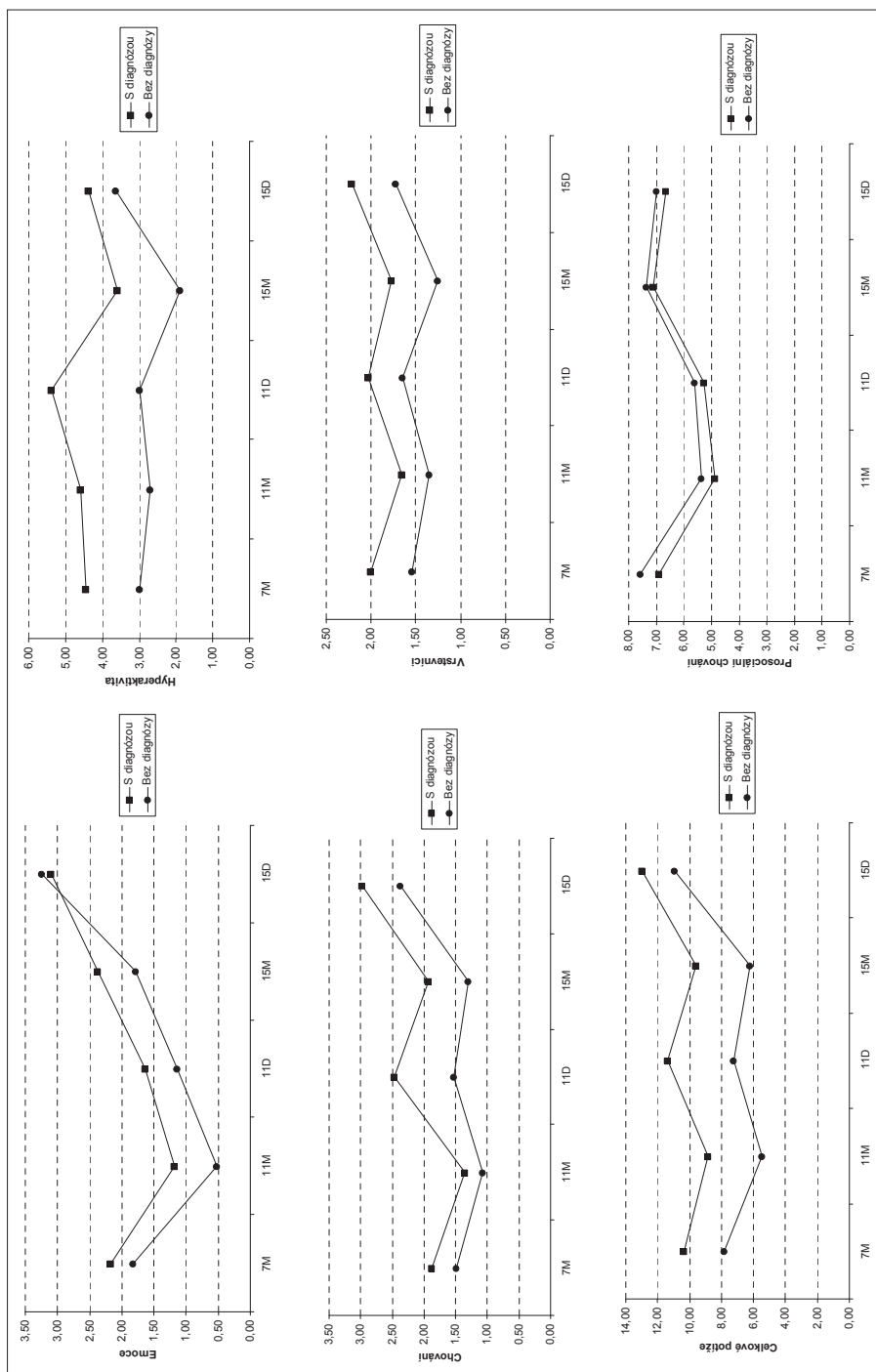
V každém pododdílu bude dodrženo následující pořadí analýz: zhodnocení vývojového trendu (dle grafu); zhodnocení rozdílů mezi sledovanými skupinami dětí v jednotlivých věkových šetřeních (rozdíly mezi skupinou dětí s dyslexií a skupinou bez diagnóz); zhodnocení rozdílů v pohledu matek v průběhu vývoje dítěte (7, 11, 15 let) včetně testování longitudinálního trendu; zhodnocení rozdílů v pohledu dětí (11 a 15 let); zhodnocení rozdílů mezi pohledem matky a dítěte.

Emoční potíže

Z obr. 1 je patrné, že v sedmi letech obě sledované skupiny dětí vykazují vyšší skór emočních potíží, v jedenácti letech tento skór znatelně poklesne, v patnácti letech se dle výpovědi matek vrací na přibližně stejnou hodnotu jako v sedmi letech. Dle výpovědi dětí je ještě vyšší, přičemž dokonce děti bez diagnóz udaly vyšší skór emočních potíží.

⁴⁾ Statistické zpracování dat vypracoval Jiří Rosenberg (Ústav matematiky a statistiky PŘF MU).

Obr. 1 Vývojové trendy jednotlivých potíží dle subskál dotazníku SDQ (průměrné hodnoty sledovaných skupin)



Pozn. 7M – posouzení matkou v 7 letech; 11M – posouzení matkou v 11 letech; 11D – sebesouzení dítěte v 11 letech; 15M – posouzení matkou v 15 letech; 15D – sebesouzení dítěte v 15 letech

Tab. 2 Zhodnocení rozdílů mezi dětmi s dyslexií a bez školních potíží ve sledovaných obdobích dle výpovědí matek i dětí v jednotlivých subškálách dotazníku SDQ

Osoba/období	Děti s dyslexií		Děti bez diagnóz		df	t	p	Cohen <i>d</i>
	M	SD	M	SD				
Emoční potíže								
Matka/7 let	2,167	1,906	1,826	1,674	436	-1,31	0,191	
Matka/11 let	1,178	1,542	0,527	0,926	413	-2,77	0,008	0,64
Matka/15 let	2,375	1,890	1,785	1,580	368	-2,18	0,030	
Dítě/11 let	1,639	1,552	1,146	1,483	329	-1,87	0,062	
Dítě/15 let	3,103	2,371	3,250	2,288	365	0,38	0,705	
Hyperaktivita								
Matka/7 let	4,435	2,247	3,000	2,032	434	-4,48	0,001	0,69
Matka/11 let	4,585	2,109	2,703	1,479	399	-5,56	0,001	1,21
Matka/15 let	3,575	2,263	1,883	1,586	370	-4,60	0,001	1,01
Dítě/11 let	5,378	2,401	2,990	1,762	336	-5,84	0,001	1,29
Dítě/15 let	4,385	1,928	3,625	2,098	365	-2,16	0,032	
Potíže v chování								
Matka/7 let	1,875	1,468	1,487	1,314	436	-1,91	0,057	
Matka/11 let	1,356	1,190	1,076	0,762	412	-1,54	0,130	
Matka/15 let	1,925	2,055	1,299	1,218	369	-1,89	0,066	
Dítě/11 let	2,462	1,393	1,525	1,047	355	-4,06	0,001	0,33
Dítě/15 let	2,975	2,069	2,369	1,719	369	-2,06	0,040	
Potíže ve vrstevnických vztazích								
Matka/7 let	2,000	1,557	1,547	1,325	432	-2,19	0,029	
Matka/11 let	1,658	1,457	1,347	1,165	336	-1,51	0,133	
Matka/15 let	1,769	1,724	1,255	1,419	366	-2,09	0,038	
Dítě/11 let	2,031	0,933	1,652	1,171	283	-2,10	0,042	
Dítě/15 let	2,211	1,436	1,723	1,549	365	-1,85	0,065	
Celkové potíže								
Matka/7 let	10,326	4,571	7,848	4,196	425	-3,75	0,001	0,58
Matka/11 let	8,833	5,213	5,466	2,767	311	-3,81	0,001	1,07
Matka/15 let	9,615	6,260	6,196	3,799	363	-3,39	0,002	0,83
Dítě/11 let	11,348	4,228	7,267	3,461	208	-5,20	0,001	1,15
Dítě/15 let	13,000	5,687	10,944	5,712	356	-2,05	0,041	
Prosociální chování								
Matka/7 let	6,896	1,927	7,586	1,802	430	2,48	0,013	0,38
Matka/11 let	4,875	2,151	5,379	1,878	384	1,58	0,115	
Matka/15 let	7,100	2,285	7,359	2,069	367	0,74	0,461	
Dítě/11 let	5,282	2,294	5,599	2,305	331	0,81	0,421	
Dítě/15 let	6,667	2,216	7,003	2,049	367	0,96	0,337	

Pozn. Tučně zvýrazněny statisticky významné rozdíly mezi skupinami.

Jak ukazuje tab. 2, statisticky významný rozdíl mezi skupinou dyslektiků a dětí bez diagnóz byl nalezen pouze při hodnocení matek, a to v jedenácti letech věku sledovaných dětí ($p < 0,05$), v sedmi a patnácti letech nikoliv. Výpovědi dětí se statisticky významně neliší, a jak bylo uvedeno výše, v patnácti letech dokonce více potíží uvádí skupina bez diagnóz.

Rozdíl pohledů matky v průběhu vývoje dítěte (tedy hodnocení v sedmi, jedenácti a patnácti letech) jsme testovali pomocí Kruskal-Wallisova testu. Pohledy matky se liší. Ve skupině dyslektiků: $\chi^2 = 13,641$; $p < 0,001$; ve skupině dětí bez diagnóz: $\chi^2 = 208,801$; $p < 0,001$. Longitudinální trend nebyl prokázán.

Rovněž pohled dětí na sebe se s časem mění. Oproti jedenácti letům udávají obě skupiny v patnácti letech navýšení emočních potíží, u dětí s dyslexií je nárůst skóru jedenapůlnásobkem, a u dětí bez diagnóz je to dokonce trojnásobné zvýšení. Tento nárůst je statisticky významný, děti s dyslexií: $t = -3,186$; $p < 0,05$, Cohenův koeficient $d = 0,72$; děti bez diagnóz: $t = -13,752$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 1,08$.

Zajímá nás rovněž, zda pohled dítěte a matky je shodný, či nikoli. Dostáváme zajímavé výsledky, neboť zjišťujeme, že pohled matky a dítěte se ve skupině dyslektických dětí neliší statisticky významně ani v jedenácti, ani v patnácti letech. To znamená, že matky mají přehled i o niterných pocitech svých potomků. Oproti tomu ve skupině dětí bez diagnóz jsou rozdíly statisticky významné: v jedenácti letech: $t = 6,259$, $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,51$; v patnácti letech: $t = 9,552$, $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,74$.

Hyperaktivita

Jak je patrné z obr. 1, hyperaktivita vykazuje největší rozdíly mezi skupinou dětí s dyslexií a bez diagnóz. Z výpovědí matek je patrné, že u obou skupin dětí dochází k postupnému mírnému poklesu těchto projevů. Děti samy sebe vidí kritičtěji, vždy udávají vyšší skóre než matky. Ve skupině dyslektických dětí kulminují projevy hyperaktivity v jedenácti letech, ve skupině bez diagnóz je to v patnácti letech. Zároveň se při sebeposouzení v patnácti letech k sobě grafy obou skupin nejvíce přibližují.

Jak vyplývá z tab. 2, statisticky významné rozdíly mezi sledovanými skupinami byly nalezeny ve všech sledováních, a to dokonce na vysoké hladině významnosti ($p < 0,001$), s výjimkou sebeposouzení v patnácti letech.

Pohled matky v průběhu vývoje dítěte se u skupiny dyslektiků statisticky významně neliší. Liší se však u dětí bez diagnóz. Pomocí Kruskal-Wallisova testu jsme zjistili, že matky vnímají pokles těchto potíží s věkem, $\chi^2 = 77,067$; $p < 0,001$. Longitudinální trend nebyl prokázán.

Pohled dětí na sebe samé se mezi jedenáctým a patnáctým rokem významně nemění u skupiny dyslektiků (dochází u nich k mírnému poklesu), oproti tomu významně narůstají potíže dětí bez diagnóz, $t = -4,122$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,32$.

Sledujeme i rozdílnost pohledu matky a dítěte. Získáváme prakticky stejné výsledky jako v předchozí oblasti. Ve skupině dyslektických dětí se pohled matky a dítěte neliší ani v jednom věkovém období. U dětí bez diagnóz je statisticky významný rozdíl v patnácti letech: $t = 12,027$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,93$.

Potíže v chování

Potíže v chování vykazují podobnou křivku jako hyperaktivita, avšak s mnohem menším rozdílem mezi sledovanými skupinami (viz obr. 1). Opět jsou děti z obou skupin k sobě kritičtější než jejich matky. Zajímavé také je, že podle dětí dochází ke strmějšímu nárůstu potíží než podle matek.

Statisticky významné rozdíly mezi posuzovanými skupinami byly nalezeny pouze u sebehodnocení dětí, a to v jejich jedenácti letech ($p < 0,001$; tab. 2). V hodnocení matek statisticky významné rozdíly mezi skupinami nejsou.

Pohledy matky v průběhu vývoje dítěte se opět liší pouze ve skupině dětí bez diagnóz, $\chi^2 = 13,625$; $p < 0,001$. Longitudinální trend nebyl prokázán.

Podobně je tomu u pohledu dětí, významný nárůst sledují u sebe děti bez diagnóz, $t = -7,583$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,59$.

V pohledech matky a dítěte byl zjištěn rozdíl u obou skupin. V souboru dyslektických dětí v jedenácti letech: $t = 3,925$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,86$; v souboru dětí bez diagnóz také v jedenácti letech: $t = 6,341$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,49$ a v patnácti letech: $t = 9,237$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,71$.

Potíže ve vrstevnických vztazích

Z obr. 1 je patrná nejmenší rozkolísanost a „dramatičnost“ křivek problémových oblastí. Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi sledovanými skupinami ani v pohledu matek ani dětí v žádném sledovaném období.

Pohled matky v průběhu vývoje dítěte vykazuje významné snižování potíží u skupiny dětí bez diagnóz, $\chi^2 = 15,514$; $p < 0,001$. U dyslektických dětí matky opět významný rozdíl nevnímají. Longitudinální trend nebyl prokázán.

Děti samy významný rozdíl vzhledem k věku nepocítují ani v jedné ze sledovaných skupin.

Ve skupině dyslektických dětí se pohled matky a dítěte neliší ani v jednom věkovém období. U dětí bez diagnóz jsou statisticky významné rozdíly: v jedenácti letech: $t = 3,065$; $p < 0,05$, Cohenův koeficient $d = 0,26$; v patnácti letech: $t = 4,040$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,31$.

Celkové potíže

Graf celkových potíží odráží logický součin předchozích čtyř problémových oblastí, křivka tedy vykazuje velmi podobný trend jako u hyperaktivity, potíží v chování a potíží s vrstevníky.

Rozdíly mezi sledovanými skupinami jsou identifikovány ve všech oblastech, je ovšem nutno podotknout, že statistická významnost není taková jako u hyperaktivity, u výpovědí matek činí $p < 0,05$.

Pohled matky v průběhu vývoje odráží předchozí zjištění, liší se pouze u souboru dětí bez diagnóz, $\chi^2 = 63,020$; $p < 0,001$. Longitudinální trend nebyl prokázán. Stejně tak je tomu u dětí, rozdíl byl nalezen jen u výpovědí skupiny bez diagnóz, $t = -9,041$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,73$.

Pohled matky a dítěte se neliší ve skupině dětí s dyslexií v jedenácti letech, avšak v patnácti ano: $t = 2,444$; $p < 0,05$, Cohenův koeficient $d = 0,56$. Ve skupině dětí bez diagnóz se liší v obou etapách, v jedenácti letech: $t = 5,949$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,58$; v patnácti letech: $t = 12,443$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,98$.

Prosociální chování

Prosociální chování, jakožto pozitivní sledovaný faktor, se mezi skupinami téměř neliší. Graf pro obě skupiny je téměř totožný. Z křivky je patrné, že podle matek děti vykazují potíže nejvíce v sedmi letech, v jedenácti dojde k poměrně výraznému poklesu a v patnácti opět k nárůstu. Rozdíl mezi skupinami byl nalezen pouze ve výpovědích matek v sedmi letech věku sledovaných dětí ($p < 0,05$).

Pohled matky v průběhu vývoje dítěte se liší tentokrát u obou sledovaných skupin, v jedenácti letech dochází ke značnému výkyvu. U skupiny dyslektiků (testováno

pomocí ANOVA) $F = 13,851$, $p < 0,001$. U skupiny dětí bez diagnóz (Kruskal-Wallis test) $\chi^2 = 226,606$; $p < 0,001$. Longitudinální trend nebyl prokázán.

Dětský pohled se liší v obou skupinách – dyslektické děti: $t = -2,711$; $p < 0,05$, Cohenův koeficient $d = 0,61$; děti bez diagnóz: $t = -8,003$; $p < 0,001$, Cohenův koeficient $d = 0,64$. Pohled matky a dítěte se u dyslektických dětí opět ani v jednom období neliší. Stejně tak se neliší ani v souboru dětí bez diagnóz.

Tab. 3 Sebehodnocení a životní spokojenost sledovaných adolescentů (sebeuposouzení v 15 letech)

Oblast	Děti s dyslexií		Děti bez diagnóz		df	t	p
	M	SD	M	SD			
Sebehodnocení	29,114	4,670	29,748	4,679	359	0,762	0,447
Životní spokojenost	17,180	4,204	17,722	4,077	371	0,783	0,434

Sebehodnocení

Sebehodnocení bylo měřeno pomocí Rosenbergova dotazníku RSES v patnácti letech. V obou skupinách lze nalézt rozmezí dosaženého skóru 15 až maximálních možných 40 bodů, modus je 30 bodů. Porovnané střední hodnoty u skupiny dětí s dyslexií a skupiny bez diagnóz se neliší (tab. 3). Z výsledků vyplývá, že děti s dyslexií nemají (ani při dlouhodobé zkušenosti s tímto handicapem) snížené sebevědomí.

Životní spokojenost

Podobně byla posuzována celková životní spokojenost. Opět bylo v obou sledovaných skupinách nalezeno velmi podobné rozložení hodnot, rozmezí skóru je 6 až maximálně možných 25 bodů, modus je 18. Jak je patrné z tab. 3, střední hodnoty dětí s dyslexií se neliší od skupiny dětí bez diagnóz. Je možno říci, že dyslexie dětem nesnižuje šanci na spokojený život a životní pohodu.

DISKUZE

Jak bylo naznačeno v úvodu článku, dyslexie (resp. specifické poruchy učení) má často spojitost s dalšími psychosociálními potížemi, ať už typu externalizujícího (Dahle, Knivsberg, Andreassen, 2011; Eissa, 2010; Heiervang et al., 2001; Lindsay, Dockrell, 2000; Maughan et al., 2003; Morgan et al., 2008; Terras, Thompson, Minnis, 2009) či internalizujícího (Arnold et al., 2005; Dahle, Knivsberg, Andreassen, 2011; Eissa, 2010; Heiervang et al., 2001; Nelson, Harwood, 2011; Terras, Thompson, Minnis, 2009) chování. Rovněž naše výsledky tuto premisu více méně potvrzují, ač zdaleka ne jednoznačně. Hraje zde roli několik aspektů. Naše studie je na rozdíl od výše zmíněných a většiny prováděných výzkumů longitudinální, projevuje se zde tedy vývojová změna a možnost jejího pozorování. Zároveň kombinujeme zdroje dat – pohled matky a sledovaného dítěte / adolescenta. Pokusíme se nyní zamyslet nad našimi zjištěními hlouběji.

Z pohledu zahraničního longitudinálního výzkumu (Ingesson, 2007) se zdá, že pro dyslektické děti je nejnáročnějších prvních šest let školní docházky, kdy dochází k nárůstu dalších potíží v chování, ve styku s vrstevníky, v emočním prožívání a případně k poklesu sebehodnocení. Poté se situace uklidňuje, ustaluje, neboť pozornost se přesouvá i k dalším činnostem, než jen čtení a psaní. Z dalšího výzkumu (Maughan et al., 2003) vyplývá, že chlapci s dyslexií v mladším školním věku (7–10) vykazují častěji nárůst depresivní nálady, avšak podobné výsledky nebyly nalezeny později u adolescentů.

Na našich datech z českého souboru je patrna poněkud jiná trajektorie. U většiny sledovaných potíží dyslektické děti vykazují nejvyšší skór v sedmi letech, poté dochází k poklesu projevů v jedenácti letech, a v patnácti opět dochází k jejich navýšení. Nejmarkantnější jsou oblasti emočních problémů a problémového chování. K poklesu naopak dochází u projevů hyperaktivity. Navýšení mezi jedenáctým a patnáctým rokem je však menší než u nedyslektických dětí. Zdá se tedy, že pro české dyslektické děti je nejhorším obdobím první rok strávený ve škole, kdy jsou v podstatě přetíženy nároky na ně kladenými a snaží se s nimi vyrovnat. V této době většinou nebývá jejich diagnóza stanovena (obvyklé je u nás vyšetření v průběhu druhé až třetí třídy, někdy bohužel i později). Domníváme se, že jakmile k tomu dojde (a zároveň s tím dojde i k úpravě podmínek), děti se mohou adaptovat a jejich další potíže mohou ustoupit. Jejich následné navýšení v patnácti letech (ve složitém období adolescence) je trendem v celé populaci, diagnóza dyslexie nehraje zásadní roli.

Velice zajímavé je rovněž sledovat, jak se liší hodnocení matkami (resp. rodiči) a sebeposouzení dětmi / adolescenty. Heiervang et al. (2001) ve svém výzkumu zkoumali rozdíl v problémovém chování u dětí dyslektických a běžné populace ve věku 10–12 let pomocí Achenbachových dotazníků. Z jejich výsledků vyplývá, že skupina dyslektických dětí v tomto věku vykazuje oproti skupině kontrolní více behaviorálních potíží, které nejsou ovlivněny dalšími sociálními či vývojovými proměnnými. Výsledky staví na výpovědích rodičů a učitelů, v rámci sebeposouzení se děti ve sledovaných skupinách nelišily. Arnoldová et al. (2005) porovnávali patnáctileté dyslektické adolescenty s kontrolní skupinou a z jejich výsledků vyplývají konkrétní rozdíly mezi hodnocením rodičů a sebeposouzením. Uvádějí, že posouzení rodičů nevykazuje rozdíly mezi skupinami u deprese, úzkosti nebo agresivního chování, ale u dyslektických adolescentů uvádějí více nepozornosti, zdravotních potíží a delikventního chování. Adolescenti s dyslexií sami uvádějí vyšší stupeň deprese, úzkosti a zdravotních potíží, ale nikoliv delikventního či agresivního chování.

Z dřívějších zahraničních výzkumů (Boetsch, Green, Pennington, 1996, podle Terras, Thompson, Minnis, 2009; Kashani, Orvaschel, Burk, Reid, 1985, podle Arnoldová et al., 2005) se ukazuje, že děti a adolescenti mají tendenci uvádět u sebe více internalizujících a méně externalizujících problémů, než když o nich referují rodiče. Eissa (2010) k tomu uvádí, že externalizující potíže jsou rodiči mnohem snadněji pozorovatelné než internalizující symptomy, neboť jsou rušivé a zasahují do jejich prostředí. Existují samozřejmě výjimky, kdy ale podle autorů jako moderující činitel působí zvýšená anxiozita referujících. Tedy že matky, které samy mají vyšší úzkost, připisují i svým sledovaným dětem více těchto potíží (Briggs-Gowan, Carter, Schwab-Stone, 1996). Také Nelson a Harwood (2011) ve své analýze věnují prostor posouzení různých zdrojů dat. Uvádějí, že většina výzkumů dochází právě k nižší shodě výpovědí dětí a adolescentů s výpověďmi rodičů (a případně učitelů) především u internalizujících potíží, s tím, že děti samy sebe spíše podhodnocují (srov. výsledky výzkumu Dahle, Knivsberg, Andreassen, 2011 – rodiče udali ve všech subškálách, a to jak internalizujících, tak externalizujících, vyšší skór než uvedly sledované děti).

Z našich dat nic takového nevyplývá. Naprosto ve všech oblastech děti (a to jak ty s dyslexií, tak bez ní) uvedly více potíží, než když je hodnotily jejich matky. Zdá se tedy, že české děti jsou k sobě samým mnohem kritičtější.

Zajímavý je i pohled na konkrétní shody pohledů matek a dětí, na které jsme se v naší práci rovněž zaměřili. Ve skupině dětí bez diagnóz se tyto pohledy liší u všech sledovaných oblastí (kromě prosociálního chování), a to v obou sledovaných obdo-

bích – v jedenácti i patnácti letech. U skupiny dětí s dyslexií oproti tomu panuje poměrně značná shoda mezi pohledem matky a dítěte, rovněž v obou sledovaných obdobích. Liší se pouze položka potíží v chování (zahrnuje krádeže, lhaní), přičemž děti uvádějí o něco více těchto symptomů. Patrně jich doma méně přiznávají. V ostatním panuje značná shoda. Uvažujeme nad tím, zda jsou tyto děti více rodiči sledovány a pozorovány, případně zda mohou mít děti bez diagnóz volnější režim, více volnosti a méně kontroly (jedná se o období puberty). Jako pozitivum vnímáme skutečnost, že se matky s dětmi shodují i v niterných (emočních) potížích, což napovídá tomu, že se děti s dyslexií patrně rodičům více svěřují.

Uvádí se, že děti s SPU mívají nízké sebehodnocení (Chapman, 1988, podle Maughan et al., 2003; srov. Gresham, Evans, Elliott, 1988, podle Estell et al., 2008), resp. jsou rizikovou skupinou pro nízké sebehodnocení (Burden, 2008), které navíc může být stabilní až do dospělosti (Riddick et al., 1999). Podobný předpoklad panuje téměř u všech potíží, kterými děti mohou trpět. Je to tak zažitá tvrzení (na základě výzkumů z osmdesátých let), že už se v recentních výzkumech leckdy ani neověřuje, pouze přejímá. Přitom Riddicková et al. (1999) s odkazem k dalším autorům (Chapman, 1988, Montgomery, 1994 ad., podle Riddick et al., 1999) kladou důraz na rozlišování sebehodnocení v různých oblastech, tedy že dyslektické děti mohou mít častěji nižší akademické sebehodnocení, ale globální nikoliv. Burden (2008) dále upozorňuje, že pouhé konstatování, že dyslexie vede k nízkému sebehodnocení, je zavádějící. Přitom pokud se do výzkumu tato proměnná zahrne, obvykle se dojde k tomu, že mezi posuzovanými skupinami není signifikantní rozdíl (např. Lindsay, Dockrell, 2000; Terras, Thompson, Minnis, 2009). Pro úplnost uvádíme i výzkum, který došel k závěru, že dyslektičtí adolescenti mají výrazně snížené sebehodnocení (Eissa, 2010), nicméně si zde dovolujeme nesouhlasit s metodologickým postupem, neboť tento závěr učinili z vyhodnocení otázky v řízeném rozhovoru, kdy se ptali, zda adolescenti pocítují vliv dyslexie na snížení svého sebehodnocení.

Některé novější výzkumy (McNamara, Vervaeke, Willoughby, 2008) považují snížený well-being, neboli osobní pohodu (kam řadí sebehodnocení, životní spokojenost, míru běžných denních mrzutostí, motivaci, sebedeterminaci apod.), za jeden z intervenujících faktorů souvislosti SPU s rizikovým chováním. Karande et al. (2007, podle Eissa, 2010) staví na předpokladu, že u dyslektických dětí je známo, že u nich dochází také k potížím v chování (jako agresivita či uzavřenost) v důsledku nízkého sebehodnocení a frustrace z jejich slabých školních výkonů. Ačkoliv, jak upozorňují autorky Terrasová, Thompsonová, Minnisová (2009), podstata jakéhokoliv vztahu mezi sebehodnocením a psychopatologií zůstává neznámá.

Výsledky naší předkládané práce však ukazují, že v sebehodnocení ani v prožívané životní spokojenosti sledovaných patnáctiletých adolescentů není rozdíl mezi skupinami, tj. české dyslektické děti (resp. adolescenti) netrpí sníženým sebehodnocením. Podle autorů Nalavanyho a Carawanové (2012) existuje provázanost mezi sebehodnocením a vnímáním podporujícího prostředí rodiny. Z jejich výzkumu dále plyne, že mediátorem tohoto vztahu je emoční prožitek dyslexie. Vnímaná rodinná opora je důležitá dlouhodobě, dle jejich zjištění slábne až v průběhu střední dospělosti. Podobně z výzkumu Terrasové, Thompsonové, Minnisové (2009) vyplývá, že dyslektické děti vykazují méně psychosociálních potíží (ve všech sledovaných oblastech jako v našem výzkumu), pokud jejich rodiče mají pozitivnější postoje k dyslexii svých dětí a dále pokud nevnímají negativní vliv dyslexie na vzájemné vztahy. Můžeme uvažovat nad tím, že zjištěná shoda výpovědí dětí a matek především v emočním prožívání může implikovat podpůrné rodinné prostředí našich probandů.

Rádi bychom také upozornili na oblast prosociálního chování. Výsledky našeho výzkumu korespondují s výsledky dalších nemnoha autorů, tedy že dyslektické děti se neliší v dovednosti a ochotě k prosociálnímu chování od kontrolní skupiny (Lindsay, Dockrell, 2000; Terras, Thompson, Minnis, 2009). Na rozdíl od ostatních výzkumů, které tuto skutečnost nijak nekomentují, neboť „nenašly statistický rozdíl“, my naopak chceme tento statisticky nesignifikantní výsledek zdůraznit. Znamená to totiž, že ačkoliv dyslektické děti mají mnoho potíží, jsou schopné a ochotné pomáhat druhým s jejich těžkostmi.

Mezi limity naší studie řadíme především skutečnost, že jsme vzhledem k relativně nízkému počtu dětí v dyslektické skupině nemohli zkoumat rovněž rozdíly mezi pohlavími, neboť se dá předpokládat, že zejména v prožívání by mohly být jisté rozdíly nalezeny. Ovšem např. Nelson a Harwood (2011) ve své metaanalýze zaměřené na souvislost SPU s úzkostností (která se predikuje obecně vyšší u dívek) zjistili, že rozdíly z hlediska pohlaví nejsou statisticky signifikantní. Jelikož navíc většina prací, se kterými naše zjištění diskutujeme, rovněž operuje se smíšeným souborem, kde podílově převažují chlapci (v intencích běžné prevalence), domníváme se, že komparace našich výsledků je možná. Přesto tento faktor doporučujeme zohlednit v navazujících výzkumech. Pro navazující práci rovněž doporučujeme vytvořit kontrolní skupinu pomocí párování (dle pohlaví, SES ad.).

Dalším případným zkrslujícím prvkem může být skutečnost, že z povahy studie ELSPAC nebyla provedena externí validizace diagnostiky dyslexie, opíráme se tak o informace z učitelských dotazníků. Tuto skutečnost jsme se pokusili alespoň částečně kompenzovat tím, že do souboru byli vybráni pouze jedinci, kterým byla dyslexie diagnostikována a potvrzena opakovaně a byli tak v péči PPP vedeni dlouhodobě. Předpokládáme tak, že chybné stanovení diagnózy je tímto vyloučeno.

V neposlední řadě je třeba zmínit nižší naměřené hodnoty vnitřní reliability několika částí použitého dotazníku SDQ zjištěné na našem souboru, konkrétně u subškál problémů v chování (v dotazníku matek v 7 a 11 letech dítěte a dotazníku pro dítě v 11 letech) a potíží ve vrstevnických vztazích (v dotazníku matek v 7 letech dítěte a v dotazníku pro dítě v 11 letech). Odpovídá to však hodnotám zjištěným autorem dotazníku i dalšími evropskými výzkumníky (Traxlerová, 2007). Ostatní subškály i škála celková však dosáhly uspokojivých hodnot vnitřní konzistence.

ZÁVĚR

Naším záměrem bylo především upozornit na to, že provázanost dyslexie s dalšími psychosociálními problémy není tak jednoznačná, jak se mnohdy zdá. Nepopíráme, že dyslektické děti vykazují více potíží, ostatně tuto skutečnost reflektujeme i v našich výsledcích. Zároveň však upozorňujeme na to, že záleží mimo jiné na vývojovém období, kdy se tento vztah zkoumá, neboť jak jsme zjistili, potíže nejsou stabilní v čase. Záleží také na zdroji dat, neboť děti samy nemají stejný pohled jako jejich rodiče, a jsou k sobě dokonce kritičtější.

LITERATURA

- Arnold, E. M., Goldston, D. B., Walsh, A. K., Reboussin, B. A., Daniel, S. S., Hickman, E., Wood, F. B. (2005): Severity of emotional and behavioral problems among poor and typical readers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 2, 205-217.
- Burden, R. (2008): Is dyslexia necessarily associated with negative feelings of self-worth? A review and implications for future research. *Dyslexia*, 14, 3, 188-196.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Schwab-Stone, M. (1996): Discrepancies among mother, child, and teacher report: Examining the contributions of maternal depres-

- sion and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 6, 749-765.
- Dahle, A. E., Knivsberg, A.-M., Andreassen, A. B. (2011): Coexisting problem behaviour in severe dyslexia. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 11, 3, 162-170.
- Eissa, M. (2010): Behavioral and emotional problems associated with dyslexia in adolescence. *Current Psychiatry*, 17, 1, 39-47.
- Estell, D. B., Jones, M. H., Pearl, R., Van Acker, R., Farmer, T. W., Rodin, P. C. (2008): Peer groups, popularity, and social preference. Trajectories of social functioning among students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 1, 5-14.
- Goodman, R. (1997): The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 5, 581-586.
- Goodman, R. (1999): The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 5, 791-799.
- Heiervang, E., Stevenson, J., Lund, A., Hugdahl, K. (2001): Behaviour problems in children with dyslexia. *Nord J Psychiatry*, 55, 251-256.
- Ingesson, S. G. (2007): Growing up with dyslexia: Cognitive and psychosocial impact, and salutogenic factors. Doctoral dissertation. Department of psychology, Lund University, Sweden. [Vyhledáno 14.10.2012 na <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=541578&fileId=548709>].
- Johnson, B. (2002): Behaviour problems in children and adolescents with learning disabilities. *The Internet Journal of Mental Health*, 1, 2.
- Jošt, J. (2011): Čtení a dyslexie. Praha, Grada.
- Lindsay, G., Dockrell, J. (2000): The behaviour and self-esteem of children with specific speech and language difficulties. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 4, 583-601.
- Maughan, B., Rowe, R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2003): Reading problems and depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 31, 2, 219-229.
- Matějček, Z., Vágnerová, M. (Ed.) a kol. (2006): Sociální aspekty dyslexie. Praha, Karolinum.
- McNamara, J., Vervaeke, S. L., Willoughby, T. (2008): Learning disabilities and risk-taking behavior in adolescents. A comparison of those with and without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 6, 561-574.
- Morgan, P. L., Farkas, G., Tufis, P. A., Sperling, R. A. (2008): Are reading and behavior problems risk factors for each other? *Journal of Learning Disabilities*, 41, 5, 417-436.
- Nalavany, B. A., Carawan, L. W. (2012): Perceived family support and self-esteem: The mediational role of emotional experience in adults with dyslexia. *Dyslexia*, 18, 1, 58-74.
- Nelson, J. M., Harwood, H. (2011): Learning disabilities and anxiety: a meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 44, 1, 3-17.
- Pavot, W., Diener, E. (1993): Review of the Satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pokorná, V. (2010): Vývojové poruchy učení v dětství a v dospělosti. Praha, Portál.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. et al. (2005): Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet*, 365, 2201-2205.
- Riddick, B., Sterling, C., Farmer, M., Morgan, S. (1999): Self-esteem and anxiety in the educational histories of adult dyslexic students. *Dyslexia*, 5, 4, 227-248.
- Rosenberg, M. (1965): Society and the adolescent self-image. Princeton, Princeton University Press.
- Traxlerová, M. (2007): Emocionální a behaviorální potíže dětí a dospívajících a faktorová struktura českých verzí dotazníků Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Brno, Bakalářská diplomová práce, FSS MÚ.
- Terras, M. M., Thompson, L. C., Minnis, H. (2009): Dyslexia and psycho-social functioning: An exploratory study of the role of self-esteem and understanding. *Dyslexia*, 15, 4, 304-327.
- Vágnerová, M. (2006): Vztahy spolužáků k dyslektickému vrstevníkovi. *Ceskoslovenská psychologie*, 50, 4, 311-326.

SOUHRN

Dyslexie je často spojována s dalšími psychosociálními potížemi. Cílem práce je ověření těchto výsledků na české populaci, včetně odhalení vývojové trajektorie sledovaných potíží. Stať se dále zaměřuje na případné rozdíly mezi pohledem dětí (resp. adolescentů) a jejich matek. Ve studii je použit dotazník SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) k měření behaviorálních, emočních a sociálních potíží, ale také prosociálního chování. Soubor tvoří děti (ze studie ELSPAC) s diagnózou dyslexie

(N = 50) a kontrolní skupina dětí bez školních potíží (N = 405). Měření bylo provedeno ve třech obdobích: v 7 letech (matka); v 11 letech (matka i dítě) a v 15 letech (matka i adolescent). V 15 letech adolescenti dále vyplnili dotazník životní spokojenosti (SWLS) a škálu sebehodnocení (RSES). Provázanost dyslexie s dalšími psychosociálními problémy se však ukazuje jako nejednoznačná. Z vývojové trajektorie vyplývá, že největší potíže mají dyslektické děti v 7 letech, poté následuje značný pokles v 11 letech. V 15 letech dochází k mírnému nárůs-

tu, který je ovšem menší než u nedyslektických adolescentů. Oproti předpokladům české děti o sobě uvádějí více projevů problematického chování, než vychází z hodnocení matkami, jsou tak k sobě mnohem kritičtější. Velmi zajímavá je shoda pohledu matek a dyslektických dětí, která se u kontrolní skupiny nevyskytuje. Adolescenti s dyslexií nevykazují nižší sebehodnocení ani celkovou životní spokojenost. Pozitivní je také to, že se od kontrolní skupiny neliší v projevech prosociálního chování.

Copyright of Ceskoslovenska Psychologie is the property of Institute of Psychology of the Academy of Sciences and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.