

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Komplexní a logopedická péče u osob s mutismem
Complex and logopedic care of people with mutism

Marie Matysová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Komplexní a logopedická péče u osob s mutismem* vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9. 12. 2016

.....

podpis

Děkuji velice Mgr. Miroslavě Kotkové za její odborné vedení; za ochotu a čas, který mi věnovala, za moudré rady a připomínky, které přispěly k úspěšnému dokončení této práce. Děkuji maminkám Kláry a Adélky za spolupráci na mém výzkumném šetření a poskytnutí cenných informací. Také ze srdce děkuji svému manželovi a dceři za jejich shovívavost a velikou podporu.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá jednou z forem narušené komunikační schopnosti, mutismem, a popisuje komplexní péči u osob s tímto narušením. Věnuje se odborné intervenci: logopedické terapii, psychoterapii a dalšími. Zajímá se ale také o pedagogickou péči. První část této práce charakterizuje mutismus včetně etiologie, klasifikace, prevalence, prognózy a prevence. Výzkumná část představuje kvalitativní šetření a ukazuje dvě případové studie dívek s elektivním mutismem. Tato práce chce analyzovat odbornou intervenci a pedagogickou péči u osob s mutismem.

KLÍČOVÁ SLOVA

narušená komunikační schopnost, mutismus, elektivní mutismus, komplexní péče, terapie, logopedická intervence, psychologická intervence, pedagogická péče

ANNOTATION

The Bachelor thesis deals with one of the type of impaired communication ability, mutism, and describes complex care of people with this impairment. It deals professional intervention: logopedic therapy, psychotherapy and other. It's interested in pedagogical care. The first part of this thesis characterizes mutism, including etiology, classification, prevalence, prognosis and prevention. The research part presents qualitative research and demonstrates two study of girls with selective mutism. This thesis wants analyze professional intervention and pedagogical care of people with mutism.

KEYWORDS

impaired communication ability, mutism, selective mutism, complex care, therapy, logopedic intervention, psychological intervention, pedagogical care

Obsah

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Úvod..... | 7 |
| 2 | Mutismus | 8 |
| 2.1 | Klasifikace..... | 11 |
| 2.2 | Etiologie | 13 |
| 2.3 | Prevalence | 18 |
| 2.4 | Prognóza..... | 18 |
| 2.5 | Prevence | 18 |
| 2.6 | Mutismus v dětství a dospělosti..... | 19 |
| 3 | Komplexní a logopedická péče u osob s mutismem | 21 |
| 3.1 | Charakteristika jednotlivých složek intervence..... | 22 |
| 3.2 | Logopedická intervence | 26 |
| 3.2.1 | Diagnostika..... | 27 |
| 3.2.2 | Terapie | 33 |
| 3.3 | Zahraniční organizace, zahraniční přístupy | 36 |
| 4 | Osoby s mutismem v kontextu terapeutické a jiné péče | 42 |
| 4.1 | Cíl výzkumného šetření | 42 |
| 4.2 | Forma výzkumu a použité metody | 43 |
| 4.3 | Průběh | 44 |
| 4.4 | Výsledky | 46 |
| 4.4.1 | Klára..... | 46 |
| 4.4.2 | Adélka | 54 |
| 4.5 | Shrnutí a dílčí závěry | 61 |
| 5 | Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi..... | 65 |

| | | |
|---|--|----|
| 6 | Závěr..... | 67 |
| 7 | Seznam použitých informačních zdrojů | 69 |
| 8 | Seznam příloh | 73 |

1 Úvod

Komunikace je jednou ze základních lidských potřeb. Člověk ke svému spokojenému a naplněnému životu, mimo jiné, potřebuje vytvářet mezilidské vztahy, začleňovat se do společnosti dalších lidí, komunikovat s nimi, sdílet se s nimi.

Mutismus, jako jedna z forem narušené komunikační schopnosti, cestu k naplnění těchto potřeb značně znesnadňuje. A to především proto, že jedinci nedovolí, minimálně v určitých situacích, komunikovat mluvenou řečí. Mutismus ale nepostihuje člověka pouze v jeho ústním projevu. Promítá se i do dalších oblastí. Může pak být narušena např. řeč těla a mimika nebo schopnost adaptace na nová prostředí (neznámé situace). Může se objevovat sociální ústup, úzkostnost, výrazná stydlivost. Sekundárně pak toto narušení komunikační schopnosti omezuje jedince ve schopnosti samostatně řešit nejrůznější situace a silně ho omezuje v navazování a budování mezilidských vztahů. Vyčleňuje ho často na okraj skupiny, ve které se nachází. Laická společnost si vůči tomuto problému snadno vytváří předsudky a málokdy má dostatečné pochopení. Negativní reakce okolí přitom celou situaci jenom zhoršuje. Jedinec se tak ocitá ve skutečně nesnadné sociální roli.

Včasná diagnostika a výběr vhodné terapie mohou lidem s mutismem významně pomoci. Proto se tato práce zabývá odbornou intervencí a to s důrazem na logopedickou terapii, kam z pohledu narušení komunikační schopnosti tato problematika spadá. Práce ale neopomíjí ani potřebu komplexního přístupu k osobám s mutismem a jednotlivé jeho složky popisuje.

Odborná literatura zaměřená na tuto problematiku se orientuje především na formu elektivního mutismu, protože tato je v populaci více zastoupena. Elektivní mutismus postihuje ve většině případů děti. Teoretická část této bakalářské práce často popisuje děti s elektivním mutismem. Mutismus se ale může objevovat i u dospělých lidí, což bakalářská práce ukazuje hlavně ve své výzkumné části.

Tato práce chce především poukázat na problematiku osob s mutismem v kontextu komplexní péče a odborné intervence.

2 Mutismus

Termín *mutismus* je odvozen z latinského slova *mutus*, což v překladu znamená *němý*. Proto se také někdy místo tohoto výrazu používají pojmy *oněmění* nebo *psychogenní nemluvnost*. Znamená nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením centrálního nervového systému. Je považován za primárně psychogenně podmíněnou poruchu. (Pečeňák in Lechta, 2003) Hartmann a Lange (2008) popisují mutismus jako: „*řečovou retardaci nebo mlčení po ukončeném řečovém vývoji při existující schopnosti mluvení a řeči.*“ Schopnosti řeči a sluchu jsou zachovány, neobjevují se žádné organické poruchy ani centrální poškození řečových center. (Bytešníková, 2007)

Nývltová (2010) definuje mutismus jako útlum řečového projevu, který má výlučně psychický důvod. Oněmění se objevuje buď ve všech situacích, nebo jen v některých. Bývá způsobeno traumatizujícím zážitkem a stresem, často se objevuje v kombinaci s jinými psychickými poruchami. Není vhodné dítě za nemluvnost trestat (tím se situace jen zhorší), ale je třeba zajistit, aby mlčením nezískávalo výhody. Doba nemluvnosti je individuálně dlouhá.

Hlavním znakem mutismu je tedy ztráta schopnosti komunikovat mluvenou řečí. Postižený mluvit umí (řeč má osvojenou), ale není toho schopen. Chce mluvit, ale nemůže. (Škodová, 2007) Sovák (1978) se v souvislosti s tím dokonce vyjadřuje o nápadné snaze postiženého o navázání kontaktu a vyjádření se. Čím víc se ale jedinec snaží mluvit, tím větší je jeho zábrana. Čím více je ke komunikaci nucen, tím více se problém prohlubuje. Někdy je ale schopen používat náhradní formy komunikace, jako je psaní nebo gestikulace. Podle Škodové (2007) může být u některých jedinců přítomen i šepot nebo jednoslovné odpovědi.

Sovákova logopedická škola charakterizuje mutismus jako poruchu řeči v sociální interakci. Jeho základním znakem je nejistota až strach z nového, neznámého, prostředí nebo z cizích lidí. Stres v takových situacích zablokuje řečové mechanismy a dítě, ačkoliv doma je běžně upovídáné, mlčí. (Kutálková, 2011) Mutismus se nejčastěji vyskytuje u dětí předškolního a mladšího školního věku a to ve formě elektivního mutismu. Pravděpodobnost vzniku poruchy není závislá na inteligenci, riziko vzniku ale mohou

zvyšovat některé osobnostní vlastnosti (výrazná stydlivost, úzkostnost, potíže v přirozené separaci). (Bytešnicková, 2007)

Kutálková (2005) popisuje **lehčí** a **těžší** formy mutismu. U lehčích dítě komunikuje alespoň neverbálně (např. vyhoví žádosti, příkazu). Chová se vcelku normálně, akorát nemluví. Při správném jednání porucha může rychle odeznít. V těžších případech dítě nereaguje na žádosti ani na nabízené hračky. Často sedí na židli nehybně a křečovitě se jí drží. Někdy je bledé a vyděšené. Ve svalech má značné napětí. Pokud se ho pokusíme vzít za ruku, nebo pohladit, ani se nehne (ale zvětší se jeho svalové napětí) nebo uhýbá. Někdy si u matky na klíně schovává obličej.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve své desáté revizi definuje pouze jednu formu mutismu a to *elektivní mutismus (F94.0)* jako: „*Stav, který je charakterizován mlčením v určitých situacích. Je výrazně emočně determinován a dítě demonstruje, že za určitých situací je schopno mluvit, ale za jiných definovatelných situací mluvit přestane. Tato porucha je obvykle sdružena s určitými rysy osobnosti, jako je sociální úzkost a odtážitost, citlivost nebo odpor.*“ Elektivní mutismus je zde zařazen mezi *poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání (F94)*. Ty jsou zahrnuty v kapitole *Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98)*. (MKN-10, 2009)

Nemluvnost má nepříjemné důsledky – postižený nezvládá situace, které jsou přiměřené jeho věku i mentální úrovni. Sekundárním důsledkem pak může být výsměch spolužáků, trestání od rodičů či učitelů, nátlak na dítě, aby promluvílo (Pečeňák in Lechta, 2003)

Mutismus je pokládán za hraniční problematiku mezi vědními obory: psychiatrií, foniatří a logopedií. V psychiatrickém pojetí je často vnímán jako symptom různých klinických stavů. (Škodová, 2007)

Vedle mutistického chování je většinou pozorovatelná ještě jiná nápadnost v chování z oblasti psychicky podmíněných poruch (např. výrazný strach z odloučení, sociální fobie, poruchy příjmu potravy a spánku, pomočování atd.) Lze se domnívat, že vývoj osobnosti těchto dětí byl v prvních letech života silně narušen. Pro hypotézu narušeného vývoje

v raném dětství mluví i statistická zjištění rizikových faktorů, jako jsou např. podnětově chudé jazykové prostředí, migrace, mlčenlivost v rodině, hyperprotektivní matky, psychické odchylky rodinných příslušníků, ztráta blízké osoby, týrání, nesmělost jako důsledek odmítání a biologické stresory (např. nemoci, zranění, malformace atd.). Vzájemné působení více těchto bio-psycho-sociálních faktorů má za následek, že dítě v konfrontaci se svým okolím ukládá do paměti svého sebepojetí zkušenosti a pocity bezmocnosti, opuštěnosti, méněcennosti, zdrženlivosti a jazykově-akční bezmocnosti. Z toho vyplývá mimo jiné strach z nového, ze ztráty kontroly, odmítnutí, hodnocení a kritiky, veřejného ponížení a selhání při mluvení na veřejnosti. Dítě není schopné překonávat zažitou nemohoucnost a strach, dochází k reakční bloádě. Mlčení vyjadřuje jazykově-akční bezmocnost. (Shoor, 2001)

Literatura zaměřená na mutismus poskytuje jen málo informací z vlastní perspektivy dítěte. Jeden způsob, jak zaplnit tuto mezeru v literatuře je skrz rozhovor s dospělými, kteří se z mutismu zotavili. Málo se ví o původu elektivního mutismu, alespoň z vlastního pohledu dítěte; výpovědi dospělých by toto mohly osvětlit. Dospělí mohou předat své zkušenosti s mutismem, i když jejich vzpomínky mohou být postupem času pozměněny (filtrovány). Dospělí, u kterých došlo ke spontánnímu vymizení komunikačních zábran, mohou zprostředkovat své zkušenosti. Pouze menšina dětí splňujících kritéria DSM-IV je odkazována na potřebnou léčbu, protože děti často dostanou jinou diagnózu kvůli nedostatku znalostí nebo zkušeností s elektivním mutismem mezi profesionály. Z toho důvodu jsou zapotřebí informace od dospělých lidí, které dříve postihoval mutismus, o nápravě jejich stavu. (Omdal, 2007)

2.1 Klasifikace

Primárně rozlišujeme mutismus totální a mutismus elektivní. (Hartmann a Lange, 2008)

Elektivní mutismus

Elektivní, někdy uváděn také termínem selektivní (tj. výběrový), mutismus označuje situačně vázanou nemluvnost. Jedinec v určitých situacích, v určitém prostředí nebo s určitými osobami nemluví, jindy je ale jeho verbální komunikace zcela běžná. „*V jaké situaci bude hovořit, nerozhoduje postižený, ale diktuje to situace sama.*“ (Hartmann a Lange, 2008) Dítě v některých situacích mluví bez problémů a může být dokonce upovídáné. S určitými lidmi nebo v určitém prostředí ale nemluví (většinou to je mateřská nebo základní škola, cizí dospělí, někdy i cizí děti). Jsou ale i případy, kdy dítě naopak nehovoří doma, ale v jiných situacích ano. Pak jde většinou o rodinu silně dysfunkční. (Krejčířová in Říčan, 2006) V určitých situacích je nemluvnost pravděpodobná, dá se předpokládat. (Pečeňák in Lechta, 2003)

Elektivní mutismus je vnímán jako porucha sociální adaptace. Není to primární postižení řeči, ale porucha jejího používání. (Vágnerová, 2004) Jde o primárně psychogenně podmíněnou poruchu. Vzniká jako obranný mechanismus, reakce na akutní psychotraumatizující podnět nebo chronickou frustraci (nejsou uspokojovány psychické potřeby dítěte). (Neubauer, 2010)

Elektivní mutismus je typický pro období dětství. Je ale možné ho diagnostikovat i u dospělého. V tom případě však jde většinou o symptom jiných poruch (sociální fobie, poruchy osobnosti, psychotické poruchy). (Pečeňák in Lechta, 2003)

Děti s elektivním mutismem se mohou nápadně odlišovat ve školním prostředí. Mohou se například vyhýbat hře se spolužáky; někdy, když se přiblíží učitel, končí svou aktivitu. Často pozorně sledují okolí a vnímají, co se děje. Obvykle je u dětí přítomna také sociální fobie nebo vyhýbavá porucha. Děti s mutismem mají tendenci začít později mluvit. Častěji než u jiných dětí se u nich vyskytuje enuréza a enkopréza. (Barker, 2007)

Totální mutismus

Totální mutismus vzniká většinou náhle, v návaznosti na psychické trauma, nadměrné rozrušení nebo šok při úrazu. Pokud je příčinou nemluvnosti šok, řeč se většinou brzy vrátí (v řádu hodin či dnů), často je pak ale postižena výraznými projevy koktavosti. Může vzniknout i jako důsledek vyčerpání, to ale spíše výjimečně. Na rozdíl od elektivního mutismu zde přetrvává zřejmá snaha nějakým způsobem se dorozumět (např. gestikulací). (Kutálková, 2005) Někdy dokonce vzniká vývojem z elektivního mutismu. U totálního mutismu nejde s jistotou potvrdit, že je jedinec skutečně schopen mluvit. Usuzuje se tak ze znalosti jeho předchorobného stavu. (Pečeňák in Lechta, 2003)

Kutálková (2011) dále uvádí **Negativismus**: „*Dítě nemluví v některých situacích po celou dobu, často je ale střídá – ve stejné situaci někdy mluví a jindy ne. Někdy mluvit přestává při náznaku výtky, případně nepříjemné okolnosti (něco se mu nedaří) nebo když nechceme vyhovět jeho přání. Chování obvykle nevyjadřuje strach nebo úzkost, spíš očekávání, jak budeme reagovat, trucování nebo i naschvály. Poměrně přesně se dá odlišit mutismus a negativismus i sledováním očí dítěte – u dítěte mutistického je v nich strach, obava, u negativistického zachytíme občasné číhavé pohledy, když si myslí, že se nedíváme.*“

Dvořák (2007) uvádí několik dalších označení pro mutismus, vycházející z psychiatrické terminologie. Označují se tak doprovodné symptomy různých klinických stavů:

Autistický mutismus – malá iniciativa v mluvě, která může vést až k němotě; nejspíš jde o příznak dětské schizofrenie

Neurotický mutismus – dítě není schopno mluvit v některých, pro něj obtížných, společenských situacích

Perzistentní mutismus – dlouhodobá ztráta řeči (alespoň jeden měsíc)

Primární mutismus – špatné označení pro chybějící mluvu už od počátku vývoje dítěte

Psychotický mutismus – jako příznak psychózy

Reaktivní mutismus – nemluvnost vzniká reakcí na psychické trauma

Situační mutismus – mlčení se projevuje jen v určitých situacích (např. nové prostředí)

Transientní mutismus – nestálá, dočasná nemluvnost

Traumatický mutismus – nemluvnost je reakcí na konkrétní emocionální nebo tělesné trauma

Vedle toho samozřejmě Dvořák (2007) také popisuje mutismus elektivní a totální. Zajímavé ale je, že vedle totálního mutismu rozlišuje ještě totální – specifický mutismus:

Totální – specifický mutismus – úplná, náhlá, funkční ztráta řeči i hlasu na podkladě silného psychického traumatu na základě určité dispozice a konstituce jedince; jedinec chce mluvit, nestydí se, ale nemůže promluvit; snaží se komunikovat jinými způsoby (psaní a gestikulace)

Hartmann a Lange (2008) ve své publikaci dále uvádí *akinetický mutismus*. Ten je zapříčiněn organickým poškozením mozku (skrytá nebo otevřená mozková traumata).

2.2 Etiologie

Popis příčin mutismu je do značné míry spekulací. Téměř vždy jde o kombinaci několika okolností a vlivů. Je na schopnostech terapeuta, aby odlišil rozhodující vlivy od těch, které situaci jen druhotně doprovázejí. Nepřiměřené nároky a obtížný způsob mluvního kontaktu vyvolávají nejistotu, stres, strach ze selhání, z chyby a narušují tím sociální funkci řeči. Nepřiměřené reakce na dětskou řeč vzbuzují nejistotu, stres a omezují tak zájem o navazování sociálních a komunikačních kontaktů. (Kutálková, 2007)

Mlčení může mít různé příčiny a to především psychologické. Nemluvnost může být často snahou o řešení nepříjemného problému. Jedinec například přestane mluvit, když

zažije nějakou traumatizující situaci (např. nehoda, smrt někoho blízkého,...). Mlčí, aby si nepřipouštěl, že se situace skutečně stala. Často se u lidí s mutismem objevuje přehnaný strach ze sociálních kontaktů a podávání výkonu. Nekomunikovat v takových stresových situacích je pro ně příjemnějším řešením, než se přemáhat a riskovat tak neúspěch. Někdy může být mlčení snahou upoutat pozornost, i když si to většinou aktér ani neuvědomuje. Vzácně se může stát, že člověk svým mlčením chce provokovat, nebo se pomstít. (Hartmann a Lange, 2008)

Nepřiměřený strach, kvůli kterému jedinec nemluví, se dá přirovnat například k arachnofobii. I když je osoba intelektuálně schopná pochopit, že pavouk je neškodný, nesníží to její strach, fyzické reakce (jako zrychlený tep, zpocené dlaně) a potřebu vyhnout se stresující situaci. (Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. [online]) Mutismus bývá neurotickou reakcí na silný zážitek nebo je projevem akutního psychotického onemocnění. Může vzniknout náhle po těžkém psychotraumatu nebo například jako reakce na nesprávný styl výchovy. Stav se většinou zafixuje, pokud na něj okolí reaguje nevhodně. (Škodová, 2007)

Klenková (2006) dělí příčiny vzniku elektivního mutismu na příčiny:

- **endogenní** – výrazná přecitlivělost především vůči svým výkonům
- **exogenní** – okolní prostředí jedince psychicky zatěžuje (přehnané nároky na řečový výkon a chování dítěte)

Příčina může být ale také organického původu. Jakou roli u mutismu vlastně hraje genetické vložky? Většina dětí s mutismem pochází z rodin, kde je alespoň jeden z rodičů introvertní, sociálně izolovaný nebo zdrženlivý v řeči. Dá se tedy usuzovat, že zde hraje roli genetické/dispoziční zatížení (tzv. diatéza). (Hartmann a Lange, 2008) Nelze ale tvrdit, že vždy, když je rodič introvert a dítě má mutismus, jde o genetickou příčinu. Chování rodičů se může dítě také naučit, napodobovat ho.

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. [online] uvádí, že nedávný výzkum ukázal, že u dětí, které vykazují společensky zablokované chování, je snížený práh strachu

v mozkové části zvané amygdala. Amygdala vysílá nervové impulsy, jakmile je člověk v potenciálně nebezpečné situaci.

Podle Kutálkové (2011) jsou příčiny podobné jako u opožděného vývoje řeči a u koktavosti - dítě umí mluvit, ale situace, pro něj náročné, nezvládá a hovor se vyhýbá. Téměř vždy jde o kombinaci několika okolností a jevů, které nemluvnost zapříčiní. Handicap dítěte (jako např. brýle, kosmetický nedostatek) může vzbudit pocit méněcennosti (zvláště pokud narazí na posměch); pochopitelná je pak snaha stáhnout se. U některých dětí se objevují obtíže s nezralostí nervového systému; na extrémní prožívání pak mozek reaguje také extrémně. V potaz připadají i dědičné vlivy – úzkostnost, labilita, neurotické chování rodičů ukazují na možnost, že dítě povahu získalo po nich. Nejčastější je ale mutismus jako stresová obranná reakce na permanentní opravování a netaktní poznámky, které vzbuzují neustálý pocit neúspěšnosti.

Barker (2007) popisuje, že na vzniku elektivního mutismu se podílejí genetické, emocionální, familiární i sociokulturní faktory (u dětí imigrantů je zvýšená prevalence mutismu).

Pečeňák (Pečeňák in Lechta, 2003) rozděluje faktory vzniku mutismu do tří skupin:

1. Faktory, které mutismus bezprostředně vyvolaly

Nejčastěji jde o začátek školní docházky. Může jít ale i jiný psychotraumatizující faktor (změna prostředí, konflikt mezi rodiči, stěhování, nepřiměřený trest, výsměch)

2. Faktory predispozice k mutismu

Patří sem faktory, které ovlivňují celkové schopnosti dítěte (schopnost začlenit se do skupiny a přizpůsobit se změnám). Dále jde o prostředí rodiny (hyperprotektivní výchova spojená se separační úzkostí, nedostatečná emocionální podpora, nejednotnost ve výchově, vážné konflikty rodičů, sourozenecká rivalita). Dále sem patří osobnostní rysy (úzkostné děti, pocity viny, neschopnosti, úsilí o manipulaci s okolím) a chronické stresové faktory (strach z trestu, strach ze spolužáků).

3. Faktory, které mutismus udržují

Nejčastěji jde o přetrvávání výše uvedených vlivů. Velkou roli hraje i reakce okolí na nemluvnost dítěte (tresty, výsměch a sociální izolace, nátlak na dítě, aby promluvílo).

Kutálková (2007) udává jako základní příčiny poruchy:

1. Vliv prostředí

- a) *Mluvní vzor v prostředí rodiny*. Výrazný rozdíl mezi řečí dítěte a dospělých, časté nepochopení sdělovaných informací může vést k nejistotě v komunikaci. Mutismus je důsledkem komunikačních kolizí.
- b) *Výchovný styl* - autoritativní styl výchovy, perfekcionismus, nejednotný výchovný styl rodičů, nesoulad reakcí matky a dítěte – přirozená touha po kontaktu je vlivem komunikačních nezdarů omezena. Mutismus je důsledkem strachu ze selhání.
- c) *Chování dospělých*, vnější projevy jejich emocionálních reakcí mohou být pro dítě vzorem k nápodobě. Mutismus je průvodním jevem napodobených emočních reakcí.
- d) *Citová deprivace*, např. u nechtěného dítěte. Mutismus je důsledkem strachu z odmítnutí
- e) *Nepřiměřené nároky na dítě*. Mutismus je obranou proti možnému selhání.
- f) *Malá zkušenost s aktivní komunikací v rodině* (nadměrné sledování televize). Mutismus je vyhnutím se komunikačnímu neúspěchu.
- g) *Hospitalizace* - mutismus je důsledkem nezvládnuté nadměrné emocionální zátěže.

2. Receptory

Porucha sluchu, zraku, kosmetický nedostatek, či jiný handicap může přinést pocity méněcennosti, nejistotu v sebehodnocení a sebepožívání.

3. Nervové dráhy a zpracování informace, korové funkce

Nedostatky ve zrakové či sluchové percepci, perinatální obtíže, častá nemocnost, dědičné vlivy. Nezralost CNS, ADHD a charakterové zvláštnosti mohou přinášet výchovné kolize, pocity neúspěchu, nejistotu v sociálních kontaktech.

4. Odstředivé dráhy a efektor

Nedostatky v motorice a koordinaci pohybů mohou vést k neschopnosti napodobit mluvní vzorce a ke komunikačním kolizím.

5. Reakce okolí

Nevhodné, netaktní reakce okolí na mluvní projevy dítěte, nepřiměřené usnadňování komunikace dítěti, netaktní reakce na jeho handicap vyvolávají u dítěte stres, obranné reakce a výrazně omezují chuť navazovat sociální a komunikační kontakty.

Etiologií mutismu se zabývala i Bytešníková (2007). Dělí faktory vzniku elektivního mutismu do tří kategorií:

1. Psychofyziologické faktory
 - Stresový model
2. Psychologické faktory
 - Mechanismus řešení problémů
 - Proces adaptace
 - Vliv okolí
3. Somatické faktory
 - Mutismus a vývojové poruchy
 - Mutismus a psychóza
 - Mutismus a dispozice

„Celkově lze říci, že pro vznik mutismu platí stejná „rovnice“ jako pro vznik kocktavosti: dispozice + trauma = mutismus.“ (Kutálková, 2007)

2.3 Prevalence

Jednotliví autoři se v otázce prevalence liší. Hanuš (1999) uvádí výskyt elektivního mutismu u 1 % dětí ve věku od 5 do 6 let, mírně převažuje výskyt u dívek nad chlapci. Malá (in Hort, 2008) udává prevalenci mutismu v rozmezí 0,3-0,8/1000 dětí, také udává častější výskyt u dívek. Barker (2007) uvádí výskyt 7,1/1000 dětí z mateřských a prvních dvou ročníků základních škol, podle něj se elektivní mutismus vyskytuje stejně často u dívek i chlapců. Pečeňák (in Lechta, 2003) udává prevalenci v rozmezí 3-8/10 000 dětí. Vágnerová (2004) píše, že elektivní mutismus postihuje zhruba 0,1 % dětské populace.

Hartmann a Lange (2008) píší, že u dospělých se mutismus (ať už ve své elektivní nebo totální formě) objevuje mnohem méně často, odhaduje se výskyt okolo 0,02 – 0,05%.

2.4 Prognóza

Prognóza bývá, kromě nejtěžších případů, dobrá, je naděje úplného odblokování komunikačních zábran. Významnou roli zde ale hraje rodina a to, jak respektuje doporučení terapeuta. (Kutálková, 2011)

Neubauer (2010) uvádí, že prognóza je závislá na individuálních odlišnostech. Úspěch bývá nejčastěji u elektivního mutismu, ten může odeznít někdy i za poměrně krátkou dobu a bez následků. Pokud se ale nevhodným přístupem okolí zafixují příznaky, bývá terapie náročná a dlouhodobá.

2.5 Prevence

Prevence by měla být součástí osvěty. Někteří rodiče rádi předvádějí, jak je jejich dítě šikovné, jak už umí mluvit, a to téměř vždy proti jeho vůli. Je potřeba rodiče seznámit s možnými komplikacemi. I pedagogové mateřských a základních škol by si měly být vědomi nebezpečí neurotizace hlavně u introvertních dětí. (Škodová, 2007)

Kutálková (2005) píše: *„Aby mutismus nevznikl, o to se musí postarat především rodina. Rozhodující je její způsob výchovy... Nemá smysl jakékoli násilné otužování, které žene dítě do obtížně zvládnutelných situací a spíše potíže vyvolá, než aby jim bránilo (spaní potmě, povinná recitace při rodinných sešlostech apod.). Nepřijatelné jsou také*

nepřiměřené a zejména nespravedlivé tresty (zavírání dítěte za trest do pokoje nebo do sklepa apod.).“

2.6 Mutismus v dětství a v dospělosti

Mateřská škola je místem, kde se mutismus u dítěte většinou poprvé objeví. V této elementární fázi institucionalizované výchovy se rozhoduje, zda se mlčení upevní, nebo pod vlivem terapeuta uvolní či odstraní. Včasná identifikace mutismu je tedy v tomto období velmi významná. Rodiče mohou mít o svém dítěti zkreslenou představu a projevy mutismu vůbec nevnímat (doma dítě většinou mluví zcela normálně). Při vhodné terapii se již v předškolním věku mlčení často zmírní nebo dokonce zcela zmizí. Ve škole jsou problémy mutistů často závažnější. Většinou jde o děti, které si své mlčení přinesly už z mateřské školy. Otázkou je, zda pro dítě zvolit běžnou základní nebo mateřskou školu, nebo se raději přiklonit ke vzdělávání ve speciálně pedagogicky zaměřeném zařízení. Pokud dítě kromě mlčení nemá žádné další narušení komunikace nebo psychické onemocnění, je vhodné ho zařadit do běžné školy. Dítě pak většinou dochází ambulantně ke klinickému logopedovi a škola spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem pro narušenou komunikační schopnost. (Hartmann a Lange, 2008)

V případě, že se nemluvnost objeví před vstupem do školy, vytváří to problém při hodnocení školní zralosti. Děti s mutismem většinou odmítají při lékařském vyšetření spolupracovat. Je nutné si uvědomit možnost, že jde o mutismus, pak je možné zahájit další kroky. Vhodné je navštívit logopedické nebo psychologické centrum, kde může proběhnout diagnostika a dítě zde může být neverbálně testováno. (Hartmann, 2004)

Je možné, po zvážení všech okolností, zvolit odklad školní docházky. Nároky na dítě v základní škole stoupají a mohou na přechodnou dobu vyvolat mutismus i u dětí, které se již dobře adaptovaly. (Kutálková, 2007)

Rodiče mohou být podobně jako učitelé překvapeni nemluvností dítěte. Mohou jeho nemluvnost chápat jako problém školy nebo učitele, protože doma jejich dítě mluví bez potíží, přiměřeně svému věku. Dlouho přetrvávající mlčení dítěte ve škole může být

chápano učitelem jako projev hlouposti, plachosti, psychiatrického problému. Návrat k hlasité řeči je v rámci stejné třídy s každým dalším rokem méně pravděpodobný. Dítě s elektivním mutismem je schopné dobře přijmout jen minimální část z kolektivu třídy, např. jen jedno dítě. To se stává jeho nejlepším přítelem a bere na sebe roli komunikačního média ve třídě. (Hartmann, 2004)

V dospělosti se objevuje mutismus spíše ve své totální formě. Elektivní mutismus se v tomto období projevuje jako přetrvávající nemluvnost, která vznikla v dětství, a u které buď vůbec nedošlo k terapii, nebo byla vůči terapii odolná. I zde je potřebná odborná pomoc, zvláště proto, že porucha závažně omezuje dospělého v jeho každodenním životě. Na odmítnutí mohou tito lidé narazit například při shánění zaměstnání. Málokdo chce totiž zaměstnat dospělého člověka, který nemluví i přesto, že to umí. Problematické pro osoby s mutismem je samozřejmě navazování mezilidských vztahů a tím i hledání životního partnera. Při jednání s dospělým, stejně jako s mutistickým dítětem, se doporučuje nevyřazovat ho z kolektivu, ale nestavět ani do středu pozornosti. Důležité je také nepomáhat za každou cenu překonávat jeho komunikační překážky, ale naopak podporovat jeho samostatnost. (Hartmann a Lange, 2008)

3 Komplexní péče u osob s mutismem

„Přestože mutismus zasahuje převážně schopnost verbálního vyjadřování, je chápán spíše jako psychická porucha. U elektivního mutismu je vždy indikována systematická (většinou dlouhodobá) psychoterapie.“ (Klenková, 2006) Také Bendová (2011) uvádí, že u osob s mutismem je to především psycholog či psychiatr, kdo zajišťuje terapii. Nejprve je třeba vyloučit poruchy hlasu, poté se zahájí vlastní terapie - psychologická, psychoterapeutická a na ni navazuje logopedická terapie.

Aby byla zajištěna komplexnost, je třeba týmová spolupráce, na které se podílí: rodina, logoped, pedagog (učitel ze školy), psycholog, lékař (pediatr, neurolog, psychiatr, otorinolaryngolog, foniatr). Spolupráce rodiny je velmi důležitá. Pokud rodina není ochotna nebo schopna spolupracovat, jsou možnosti reedukace řeči značně omezené. Logoped zajistí logopedickou diagnostiku, reedukaci, dlouhodobou péči o klienta. Psycholog v případě mutismu využívá zejména rodinnou terapii. Pediatr může pomoci při doplňování nebo ověřování některých informací (dítě a rodinu většinou dlouhodobě zná). Neurolog při ADHD nebo suspektním neurologickém nálezů zajistí odbornou péči. Psychiatr může předepsat medikaci na výrazné úzkosti. Otorinolaryngolog řeší problémy jako zvětšené nosní mandle (to může zapříčinit nemocnost nebo přechodnou poruchu sluchu). Foniatr může provést audiometrii. (Kutálková, 2007)

Podle Škodové (2007) *„Klasický terapeutický přístup k mutismu vychází z individuální psychoterapie spojené s foniatrickou a logopedickou péčí.“* Nejprve by vždy mělo dojít k lékařskému ošetření – psychiatrem, pedopsychiatrem, foniatrem, případně neurologem. V terapeutickém týmu by měl být také klinický logoped, rodiče a pedagog z mateřské či základní školy. Úkolem foniatra je vyloučit organický podklad a vybavit hlas, klinický psycholog odstraní příčinu mutismu a klinický logoped naváže na práci foniatra a vytvořený hlas využije k tvorbě hlásek, slabik, slov a vět. Při elektivním mutismu je třeba také upravit prostředí rodiny a snažit se o zlepšení adaptačních problémů dítěte. Skupinovou terapií lze často docílit většího a rychlejšího terapeutického úspěchu. Terapii v malé skupině (4-6 dětí) lze dobře využívat ve stacionářích s denní docházkou. Hospitalizace většinou není příliš vhodná, neznámé prostředí může působit traumaticky

(výjimkou může být mutismus zapříčiněný neuspokojivým rodinným prostředím, konflikty se sourozenci nebo mezi rodiči).

3.1 Charakteristika jednotlivých složek intervence

Psychoterapeutická intervence

Protože je mutismus chápán jako výlučně psychogenně podmíněný, je psychoterapie zaměřená na jeho příčiny, na momenty, které nemluvnost vyvolávají. Cílem psychoterapie je odhalení a řešení základního duševního konfliktu postižené osoby. Je smysluplná v případech, kde se objevují *„neurotické charakterové nebo rodinné struktury, traumatizující šoky, aktuální depresivní stav nebo stres vyvolávající vzory vnímání podnětů, které jsou pocíťovány jako ohrožení ega“*. Při mlčení v předškolním věku může být v rámci psychologického poradenství provedena psychometrická diagnostika, aby se stanovila prognóza školního výkonu. Při testování je třeba dbát na to, aby byly využity neverbální testovací metody (ne ústní ani písemné). (Hartmann a Lange, 2008)

„U elektivního mutismu je vždy indikována systematická (většinou dlouhodobá) psychoterapie; optimální bývá kombinace psychoterapie rodinné, individuální a dle možností i skupinové. Psychoterapie by měla pokračovat i po překonání vlastního mutismu s cílem dosáhnout vyváženějšího osobnostního vývoje dítěte.“ (Krejčířová in Svoboda, 2015) Malá (in Hort, 2008) uvádí mimo jiné jako vhodnou formu psychoterapie u elektivního mutismu terapii hrou. Barker (2007) popisuje osvědčení terapeutických skupin složených z dětí s mutismem, jejich vrstevníků (hovořících) a dospělých, kteří nevnímají mutismus jako nevyhnutelnou možnost dítěte.

Psychiatrická intervence

Pokud se mutismus objeví v rámci základního psychiatrického onemocnění (např. porucha osobnosti, schizofrenie, schizoaktivní porucha, endogenní nebo exogenní deprese, organické onemocnění mozku) je většinou stanovena stacionární, nebo polostacionární

léčba (denní klinika). Zpravidla se zde nasadí medikamentózní léčba základního psychiatrického onemocnění ve spojení s psychoterapií (individuální a skupinová terapie, behaviorální terapie, arteterapie, ergoterapie aj.). Obtížnost terapeutického pohovoru u osob s mutismem však v praxi často vede k tomu, že se psychoterapie orientovaná přímo na mutismus v těchto případech neprovádí. Mutismus ale může být léčen i medikamentózně - antidepresivy, pokud je spojen s depresí nebo sociální fobií. V angloamerických a německých studiích posledních deseti let je na mutismus nahlíženo jako na poruchu látkové výměny serotoninu. Popsána je pak úspěšná medikamentózní léčba selektivními blokátory zpětného příjmu serotoninu (SSRI = selective serotonin reuptake inhibitors), která nebrání psychoterapeutickému nebo logopedickému přístupu. Medikamentózní terapie by vždy měla být v rámci celkové léčby spojené s psychoterapií nebo logopedickou terapií. Možnost nasazení léků však bývá někdy přehlížena nebo zcela ideologicky odmítána. (Hartmann a Lange, 2008) Možnost využití farmakoterapie u osob s mutismem prostřednictvím SSRI antidepresiv uvádí i Malá (in Hort, 2008) Také Kutálková (2005) uvádí: *„léky zmírňující úzkostnost, použité často i jen na krátký čas, pomohou dítěti uvolnit se, a tím usnadní a zkrátí dobu nutnou k odstranění poruchy“*

Logopedická intervence

Podrobněji je popsána v další kapitole.

Foniatrická intervence

Při podezření na mutismus přichází v úvahu foniatrické vyšetření, které vyloučí organický podklad onemocnění. Organický nález je normální, bezvýznamný k podstatě obtíží. Foniatrické metody vyšetření hlasu jsou otorinolaryngoskopie, laryngoskopie, laryngostroboskopie. Foniatr může vybavit hlas.

Při mutismu se nejprve cvičí fonace na hláskách M a N, pak se přejde do nacvičování slov počínajících těmito hláskami a krátkých vět s nacvičenými slovy na začátku. (Ferdinand, 1981) Kiml (1978) odkazuje na reedukaci jako u chabého bezhlasí. Popisuje

jako potřebnou snahu vyvolat reflexní závěr hlasivek a navodit správný průběh kmitání hlasivek (např. využitím laryngoskopického zrcátka).

Pedagogická a rodinná péče

Pokud má pedagog z mateřské nebo základní školy ve třídě dítě s mutismem (nebo se domnívá, že by mohlo jít o mutismus), je třeba zjistit, jak se dítě umí vyjádřit, co dokáže. Pedagog by měl dát dítěti možnost komunikovat jinou formou (gesta, psaní, malování,...). To posiluje kladné sebehodnocení dítěte. Dítě by se nemělo nikdy cítit vyřazené, ale ani nebyť v nepříjemném centru pozornosti. Učitel by také měl situaci vysvětlit ostatním žákům (ti by měli dítěti pomáhat, aniž by znevažovaly jeho vlastní výkonnost). Dítě by mělo být povzbuzováno, aby se otevřelo a postupně mohlo začít komunikovat. Pedagog by měl vše probrat s rodiči: upozornit je na to, že se u dítěte možná vyskytuje mutismus; motivovat je k návštěvě odborníka; vysvětlit, kdo terapii mutismu provádí. Návštěvu odborníka může pedagog podpořit dopisem s vysvětlením chování dítěte. O verbální komunikaci u dítěte by se pedagog měl snažit jen po dohodě s terapeutem. Měly by se konat rozhovory mezi rodiči, třídním učitelem, speciálně-pedagogickým centrem a terapeutem. (Hartmann a Lange, 2008)

Děti s mutismem bývají citlivé na pokárání a nevlídnost, proto špatně přijímají autoritativní chování. Pro dobrou adaptaci v základní škole je vhodnější klidná, trpělivá učitelka. Rodiče, pokud je to možné, by proto měli ovlivnit, do které třídy bude dítě zařazeno. Ve škole je dobré dítě zapojovat do běžných úkonů jako je mytí tabule, rozdávání sešitů apod. (Kutálková, 2007)

Balašová (2002) uvádí, že je potřeba k dětem s elektivním mutismem přistupovat vlídně, nenutit je do mluvního projevu. Zdůrazňuje vhodnost zapojení dítěte do zajímavé činnosti ve skupině, ta ho může motivovat a umožnit mu verbální nebo nonverbální aktivitu.

Kutálková (2005) popisuje, že je potřeba dohlédnout na dětské hry, aby nedocházelo ze strany vrstevníků k nepříjemnému pokoušení dítěte s mutismem. Uvádí, že není dobré například využívat tresty nebo dítě do řeči nutit. Naopak je potřeba tvářit se, že je vše

v pořádku, že se neděje nic mimořádného. Sovák (1978) upozorňuje na adaptaci dítěte, která by měla být pozvolná a vytvářet důvěru a pozitivní vztah. Je potřeba dítěti poskytnout dostatek času na přivyknutí školnímu prostředí. Učitel by neměl za každou cenu vyžadovat od dítěte odpověď na otázky. Pokud žák na otázku nereaguje, mlčí, měl by učitel odpovědět sám, nebo přenechat odpověď jinému žákovi. Vhodné je využívání sborové recitace, sborového čtení, sborového zpěvu, kolektivních her. To může u dítěte nenápadně podněcovat chuť k vyjádření se. Pokud dítě přeci jen promluví, měl by pedagog reagovat nenápadně a své uspokojení dát najevo například pohlazením nebo úsměvem.

V etiologii hraje roli i výchovný styl rodičů, například autoritativní styl, perfekcionismus. Pak je na místě rodiče upozornit na některé chyby ve výchově, kterých se dopustily, a které mají podíl na rozvoji mutismu. To je samozřejmě nutné formulovat velice ohleduplně, taktně. (Kutálková, 2007)

Rodiče, které mají dítě s mutismem, i pedagogové, které mají toto dítě ve své třídě (či jiné dětské skupině) si musí především uvědomit, co tento handicap obnáší. Je samozřejmě velkou výhodou, když si o tomto problému zjistí dostatečné informace z různých zdrojů (odborná literatura, internet, vyjádření lékaře a terapeuta). Je důležité nebát se na veškeré nejasnosti zeptat terapeuta zajišťující odbornou intervenci dítěte. Pomůže i s tím kde hledat další informace. Aktivní přístup rodičů a jejich spolupráce s terapeutem, lékařem a pedagogy je pro celou situaci zcela zásadní.

Doporučení pro přístup k dítěti s mutismem:

- nenutit dítě k mluvení (Sovák, 1978)
- najít s dítětem náhradní formu komunikace (malování, pantomima,...)
- dodávat dítěti odvalu a sebevědomí, pozitivně ho povzbuzovat
- jednat s dítětem jako s rovnocenným partnerem
- nestavět ho do centra pozornosti, ani ho neizolovat, neignorovat
- zachovat klidný, trpělivý přístup
- nikdy ani v náznacích dítě neobviňovat z mlčení nebo ho za to dokonce trestat (Bytešnicková, 2012)

- rozvíjet vnitřní řeč dítěte, porozumění řeči i čtenému textu
- posilovat kladné sebehodnocení dítěte
- při mluvním projevu dítěte reagovat úplně normálně, jako by šlo o jeho zcela přirozený projev
- přistupovat k dítěti s mutismem velice empaticky
- využívat slovní stereotypy, ty poskytují prostor pro adaptaci
- využívat otázky typu ano x ne
- zařazovat úkoly, které je možné splnit bez nutnosti ústního projevu
- zařazovat aktivity zaměřené na rozvoj řeči (práce s obrázky, knížkou apod.)
(Bendová, 2012)
- nedovolovat, aby dítě mělo z mlčení výhody
- nezahrnovat ho velkým množstvím podnětů ve snaze ho zaujmout
(Kutálková, 2007)

3.2 Logopedická intervence

Od devadesátých let 20. století si mutismus získává pozornost logopedie. Jednak proto, že se u této problematiky jedná o narušení komunikace, jednak také proto, že se mutismus v řadě případů vyskytuje v kombinaci s dalšími druhy narušené komunikační schopnosti (kocktavost, breptavost, poruchy artikulace, odchylky od gramatiky, hlasové poruchy, problémy v chápání řeči, problémy dvojjazyčnosti). Na rozdíl od psychoterapie není logopedie primárně zaměřena na analýzu problémů z minulosti. Sice se při anamnéze zjišťují možné příčiny, ale přikládá se jim menší důraz. Logoped bere stávající situaci za východisko opatření orientovaných do budoucna. Výhodou logopedické péče je, že je schopna ve stejném zařízení (bez změny terapeuta) léčit i další řečové, mluvní a hlasové poruchy, které mutismus doprovázejí. To na nejistou osobnost mlčícího působí pozitivně. Pokud se mutismus objevil náhle, je zpravidla lepší dát přednost psychoterapii, nebo psychiatrické péči. Pokud se však u dítěte už od časného dětství dají pozorovat potíže v oblasti komunikace a sociálního začlenění, řeší psychiatrie, psychoterapie a logopedie stejný problém: dosáhnout komunikativního uvolnění a vypracovat techniky sociálního

jednání. „*Logopedie dokáže vypracovat řečové kompetence, které by měly být využity k znovuzískání nebo vytvoření kompetencí sociálních.*“ (Hartmann a Lange, 2008)

Podle Kutálkové (2011) bývá dítě s mutismem většinou v péči klinického logopeda. Ve složitějších případech je vhodná pomoc psychologa nebo psychiatra. Intervaly mezi jednotlivými sezeními doporučuje ze začátku kratší, přibližně jednou za týden, a to především z důvodu nutnosti adaptace na nové prostředí a klinického logopeda. Intervaly se ale individuálně přizpůsobují potřebám. Po odeznění mutismu je možné je prodloužit a přizpůsobit dalšímu problému (dyslalie, koktavost, atd.).

„Základní logopedická péče u mutistických dětí se zaměřuje především na odblokování komunikačního stresu. Logoped pracuje nejen s dítětem, ale i s rodiči v souvislosti s predispozičními a udržovacími faktory, které souvisejí s rodinným prostředím a reakcemi na problémy dítěte.“ (Prokešová 2012)

Do logopedického zařízení většinou přichází v doprovodu rodičů děti předškolního věku, jejichž komunikační dovednosti se liší od vrstevníků. Málokdy přicházejí jen kvůli mutismu. Ten je totiž často hodnocen jako projev neurotické osobnosti a odeslán k psychologovi nebo psychiatrovi. (Kutálková, 2007)

3.2.1 Diagnostika

Při klinické práci s člověkem s mutismem je třeba držet se zásady, že už první kontakt v rámci diagnostického vyšetření je i začátkem terapie. Je pravděpodobné, že dítě doporučené k odbornému vyšetření s podezřením na mutismus nebude na prvních setkáních mluvit. Při necitlivém přístupu se mohou patologické mechanismy, vedoucí k narušené komunikační schopnosti, dokonce posílit. (Pečeňák in Lechta, 2003)

Nejprve je vhodné uskutečnit rozhovor s rodiči, pokud možno, bez přítomnosti dítěte (chápe, že je jeho řeč v centru pozornosti). V rozhovoru zjišťujeme především, co rodiče o mutismu vědí a jak se k němu staví; v jakých situacích se projevy mutismu objevují a jak je rodiče řeší; jaké jsou další problémy s řečí (koktavost, dyslalie,...); možné příznaky syndromu ADHD; postavení dítěte v rodině; výchovný styl rodiny. (Kutálková, 2007)

Již na první setkání s dítětem by se měl odborník důkladně připravit. Měl by znát jeho základní charakteristiky, jeho zájmy, co má rádo, v čem je úspěšné. Seznámí dítě s prostředím ambulance a využije nějaké společné hry (např. skládačka). Při vyšetření je třeba sledovat chování dítěte (později se zaznamená) – zda se při navazování kontaktu objevuje lhostejnost, negativismus, podrážděnost; zda dítě navazuje oční kontakt; zda je zvědavé (prohlíží si místnost, hračky); jak reaguje na přiblížení a tělesný kontakt; jaké jsou projevy v mimice a gestikulaci. Zhodnotí se projevy verbální a neverbální komunikace. Pokud jsou přítomni rodiče, sledují se i jejich reakce (jestli dítě opravují, napomínají ho, pobízejí ho k činnosti). Je dobré doplnit informace i o údaje ze školy nebo mateřské školy. (Pečeňák in Lechta, 2003)

V Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí (MKN – 10) a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM – IV) je zařazena jenom jedna forma mutismu – elektivní mutismus (v DSM – IV termín selektivní mutismus). Elektivní mutismus by se měl diagnostikovat jen v případech, které splňují kritéria MKN-10 nebo DSM-IV. Tím se zajistí jednotnost v diagnostice a terminologii. Pro ostatní případy lze použít jiné diagnostické označení, jako např. totální m., transientní m., apod.

Pro diagnostiku elektivního mutismu jsou za základ považovaná kritéria, vycházející z MKN-10 a DSM-IV:

- normální nebo téměř normální chápání jazyka
- schopnost řečové produkce dostatečná pro sociální komunikaci
- důkaz, že jedinec v některých situacích normálně nebo téměř normálně hovoří (je výrazný rozdíl mezi úrovní verbální komunikace v běžném prostředí a v prostředí neznámém nebo v kontaktu s neznámými osobami)
- trvání projevů minimálně čtyři týdny (nezapočítává se první měsíc školní docházky)

(Pečeňák in Lechta, 2003)

Celkově je pro diagnózu mutismu (elektivního i totálního) potřeba potvrdit, že v určitých definovatelných situacích se mlčení objevuje a v jiných pacient hovoří bez zábran (v případě totální formy dříve hovořit mohl). Důležité je prokázat, že se u jedince nevyskytuje poranění mozku nebo neurologické onemocnění (výjimkou je akinetický mutismus). Chápání řeči je pro běžnou komunikaci dostačující. V případě vícejazyčné výchovy je alespoň v jedné řeči základní schopnost komunikace (u totální formy byla dříve). Dále je vhodné dítě či dospělého vyšetřit neurologem a lékařem v oboru ORL. Musí být vyloučeno organické poškození mozku (afázie geneze neurovaskulární, traumatické, atrofické, nádorové) a progresivní řečová regrese (Landau-Kleffnerův syndrom). Je třeba věnovat pozornost také sluchu, protože i minimální sluchové poruchy mohou vést ke změně ochoty komunikovat. Diagnostiku završuje evaluace sociálně interaktivního komunikačního chování a popisem emocionálních motivačních kritérií. Zjištění pacientovy a rodinné anamnézy představuje přechod ke specifické diagnostice mutismu. (Hartmann a Lange, 2007)

Hartmann a Lange (2007) předkládají *Evaluační dotazník k sociálně interaktivnímu komunikativnímu chování u mutismu*. (viz příloha č. 2) Pečeňák (in Lechta, 2003) zase prezentuje *Záznamový arch k vyšetření mutismu*. (viz příloha č. 3)

Anamnéza je náročná na zkušenosti logopeda. Shromažďuje další podstatné informace, které mohou poukázat na příčinu mutismu. Údaje o dalších poruchách řeči můžeme doplňovat postupně při dalších setkáních. (Kutálková, 2007)

V rodinné anamnéze je třeba se zaměřit na:

- *Výskyt poruch u rodičů, sourozenců a dalších příbuzných* (mutismus a podobné projevy; jiné poruchy řeči; duševní poruchy, hlavně afektivní; povahové zvláštnosti - málomluvnost, schizoidní povahové rysy)
- *postavení dítěte v rodině* (preferenze rodičů vůči dětem, rivalita mezi sourozenci)
- *rodinná atmosféra a výchovné přístupy* (konflikty mezi rodiči - agresivita, vzájemné kritizování, boj o dítě; hyperprotektivní výchova, přehnané

ochraňování – vede k neschopnosti dítěte přiměřeného sociálního začlenění; perfekcionistická výchova, princip odměn a trestů – nedostatečná emocionální podpora dítěte; direktivní výchova s tělesnými tresty, nepřiměřené zatěžování dítěte úkoly, promítání ambicí rodičů na dítě - vede k pocitům méněcennosti, viny)

Osobní anamnéza zaznamenává:

- *informace o těhotenství a porodu* (rizikové faktory, které mohou ukazovat na možnost narušení vývoje centrálního nervového systému - nedonošenost, infekce matky, alkohol a drogy v těhotenství, komplikace při porodu a v poporodním období; postoj rodičů k těhotenství)
 - *zhodnocení psychomotorického vývoje a vývoje řeči*
 - *překonaná onemocnění dítěte* (a jejich souvislost s rozvojem mutistických projevů)
 - *současné onemocnění* (vyvíjel se mutismus postupně, nebo vznikl náhle jako psychotraumatizující zážitek; v jaké situaci se porucha poprvé objevila; jaké náhradní komunikace dítě využívá; je možná účelovost mlčení?; jaká jiná odborná vyšetření se u dítěte realizovala; jak dítě reaguje na pokyny a příkazy, je dítě více negativistické, agresivní, nebo podřízené, samotářské)
- (Pečeňák in Lechta, 2003)

Logoped dále provede **vyšetření a popis řeči**. Může zatím stručně sepsat a využít zprostředkované údaje z anamnézy, využít rozhovor nebo dotazník.

V řeči se sleduje:

- *stupeň vývoje řeči* (V porovnání s vrstevníky mluví více, stejně nebo méně?)
- *zvukovou produkci* (Má, nebo nemá potřebu komunikovat v domácím prostředí? Je v rozhovoru spíše aktivní, nebo pasivní?)
- *slovní zásobu* (Ve srovnání s vrstevníky je lepší, stejná, nebo horší?)
- *vyjadřovací obratnost* (Dokáže plynule vyprávět příběh, nebo tvoří spíše krátké stručné věty?)

V mluvě se sleduje:

- *melodie, tempo, rytmus, dýchání*

Ve výslovnosti sleduje:

- *zda výslovnost odpovídá věku, nebo vykazuje nápadné odlišnosti*

Popis mluvidel:

- *vady skusu, gotické patro, rozštěpy atd.*

Součástí vyšetření může být i **vyšetření/popis laterality a grafomotoriky**.

Neměly by chybět údaje o **dosavadní logopedické intervenci**. (Kutálková, 2007)

Diferencionální diagnostika

Při diagnostice mutismu je důležité věnovat se diferencionální diagnostice, kdy je třeba mutismus odlišit od jiných poruch či postižení. V rámci diferencionální diagnostiky musíme vyloučit syndrom Landau-Kleffner, pervazivní vývojové poruchy, opožděný vývoj řeči, mentální retardaci, vývojovou dysfázii a dětskou vývojovou dysfázii. (Bytešníková, 2007)

Opožděný vývoj řeči

Za tuto formu narušené komunikační schopnosti je považován stav, kdy vzhledem k chronologickému věku dítěte chybí jedna nebo více složek v oblasti vývoje řeči. Dítě začíná používat pojmenovávání i situační stereotypy o dost později, než je běžné. Pokud jde pouze o opoždění vývoje řeči, zpravidla se řeč dostane do normy v průběhu dalšího vývoje. (Bytešníková, 2012)

Mentální retardace

Jedná se o vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, postihuje jedince ve všech složkách osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Trvale je porušena poznávací schopnost, která se projevuje především v procesu učení. Hloubka mentální retardace se určuje pomocí inteligenčního kvocientu (IQ). Za mentální retardaci je považováno IQ 69 a méně. (Bazalová in Pipeková, 2006)

Vývojová dysfázie

Jedná se o specificky narušený vývoj řeči v důsledku raného poškození mozku, které postihuje řečové zóny vyvíjejícího se mozku. U dětí s vývojovou dysfázií je patrný nerovnoměrný vývoj celé osobnosti. Příčinou vývojové dysfázie je porucha centrálního zpracování řečového signálu. Porucha zasahuje v různé míře do všech jazykových rovin. (Bytešnicková, 2012)

Landau-Kleffnerův syndrom

Jedná se o získanou afázii s epilepsií. „*Porucha, při, které dítě, které předtím činilo normální pokrok ve vývoji řeči, ztrácí jak receptivní, tak expresivní dovednosti jazyka, ale všeobecná inteligence je zachována; začátek poruchy je spojen s epizodickými abnormalitami EEG a ve většině případů také s epileptickými záchvaty. Začátek je většinou mezi třemi a sedmi lety, se ztrátou dovedností během dní až týdnů. Časová souvislost mezi objevením záchvatů a ztrátou řeči je poněkud různá v tom, že jedno předchází druhému od několika měsíců ke dvěma létům. Etiologie předpokládá možnost zánětlivého procesu mozku. Asi dvě třetiny zůstávají s více nebo méně těžkou receptivní poruchou řeči.*“ (MKN-10, 2009)

Autismus

Mutismus bývá v praxi často zaměňován za autismus. Rozdílů mezi nimi je hned několik. Lidé s mutismem mají dvě odlišné tváře. Někde introvertní, uzavřenou, jinde uvolněnou, živou. U osob s autismem je ale typická stálost jejich uzavřeného, nekontaktního chování. Brání se okolním podnětům a dávají přednost naučeným stereotypům. Další rozdíl je patrný v emocionalitě. Autisté si jen stěží vytvářejí citový kontakt (a to dokonce i k nejbližším příbuzným a již ve velmi časném dětství -kojenci). Lidé s mutismem jsou naopak v určitém prostředí velmi emocionální a vyhledávají co nejužší kontakt k nějakému člověku (většinou jeden z rodičů – matka). Odlišnosti se objevují také v řečovém vývoji. U autistů se často vyvíjí jen redundantní řeč a psaná řeč pro ně zůstává problematická. Většinou potřebují podporu alternativní nebo augmentativní komunikace. Mutisté mají spisovnou řeč vyvinutou na úrovni odpovídající jejich věku. Písemné vyjádření bývá v mnoha případech dokonce nadprůměrné. Lidé s autismem mají

problémy se zahlcením přemírou vnějších podnětů a s rozlišováním důležitých a nedůležitých podnětů. Mutisté takovým oslabením netrpí, často jsou dobrými a citlivými pozorovateli, vnímání a vykládání okolních událostí je pro ně bezproblémové. (Hartmann a Lange, 2008)

3.2.2 Terapie

Při logopedické intervenci je vhodné využít individuální i skupinovou terapii. Pobyť dítěte s mutismem ve skupině je velice potřebný a prospěšný. Rodiče jsou samozřejmě součástí terapie, mohou si s logopedem vyměňovat informace a nacvičovat a upevňovat nové mechanismy. (Kutálková 2011)

Strukturu lekce při individuální terapii:

- vítací adaptační rituál
- nabídnutí dítěti dvou až tří možností pro hru
- postupný přechod k pokusům o další krok v komunikaci
- volná hra dítěte, vysvětlení našeho postupu rodičům a aplikace na běžné situace ze života rodiny
- domluvení drobného úkolu na doma
- odpovědi na dotazy rodičů

Čas věnovaný rodičům a dítěti by měl být přibližně stejný. Rodiče totiž musí pochopit základní linii reedukace. (Kutálková, 2007)

U nás se podrobněji logopedickou terapií u dětí s mutismem zabývá Kutálková (2007), která vytvořila následující reedukační postup:

Příprava na reedukaci

1. Seznámit rodiče se základními výchovnými postupy

- *Dítě se nesmí do mluvení nutit.*
V případě mutismu si komunikaci od dítěte nikdy nevynucujeme (ani po dobrém, ani po zlém)!
- *Neslibovat dítěti odměnu za to, že někde promluví.*

Dítě pod vidinou odměny rádo a upřímně slíbí, v dané situaci ale stejně není schopné svému slibu dostát. Zvýšený tlak na mluvení (lákavost odměny, nátlak matky) dokonce prohlubuje neschopnost promluvit.

- *Dítě zvládne komunikovat v konkrétní chvíli jen s jedním člověkem.*
Nedokáže vyhodnocovat více sociálních situací najednou. Rodiče by se tak měli vyhnout opakování pokynů logopeda k dítěti a měli by sledovat situaci bez komentáře.
- *Na komunikační úspěch dítěte by neměla následovat nijak přehnaná reakce.*
Taková reakce příliš přitahuje ke komunikaci pozornost a někdy může budít u dítěte i nedůvěru.

2. Předvést rodičům základní principy na modelové situaci

Postupně je třeba ovlivňovat nevýhodné komunikační mechanismy rodiny.

- *Dítě by mělo být vnímáno jako rovnocenný partner.*
Rodiče někdy reagují na řeč dítěte posměšně, odmítavě, direktivně a neuvědomují si, jak se dítě při tom cítí.
- *Brát jako normální, když dítě nechce v dané situaci mluvit.*
Jde o přechodný stav a rodiče by ho měli plně respektovat.
- *Odpověď je třeba také vnímat jako přirozený jev.*
- *Pochvala by měla vyjadřovat spíše radost ze správného rozhodnutí dítěte.* Při slovní pochvalě nehodnotit.
- *Při formulaci žádostí je třeba vyhnout se rozkazovacímu způsobu, používat formulace podmiňovací a zdvořilé.*
- *Stejně tak na nežádoucí projevy dítěte je třeba reagovat neosobní formulací.*
- *Základem je pozitivní motivace.*
Na každý pokrok v komunikaci je třeba reagovat pochvalně. Neúspěch nekomentovat, sami odpovědět.

3. Návčik nových komunikačních a výchovných mechanismů

- Při práci s dítětem je dobré předvést rodičům princip, který jim byl vysvětlen.
- Zrekapitulovat a s rodičem konzultovat.
- Rodič by si měl nový princip (nový způsob komunikace) s dítětem hned vyzkoušet.
- Nové principy rodič zkusí následně i doma.

Vlastní reedukace řeči

1. Situační odblokování komunikačního stresu

- a) **Adaptační stereotyp.** Stereotypy na začátku lekce dávají dítěti více času na adaptaci. (stejně formulace přivítání; postupně je možné provádět drobné změny)
- b) **Uvolnění svalové tenze.** Zvýšené svalové napětí někdy doprovází dítě s mutismem a svědčí o velkém stresu. Je třeba si svalové tenze zdánlivě nevšímat a snažit se odlákat pozornost dítěte (hračky).
- c) **Fyzický kontakt.** Je třeba ho nabízet velice opatrně, odmítnutí nekomentovat. Známkou adaptace na nové prostředí je přijetí fyzického kontaktu (podat ruku logopedovi při příchodu, nechat se pohladit)
- d) **Přítomnost sourozence na terapii.** Je vhodné sourozencům nabídnout hračky a knížky a nechat je si hrát. Převládnu tak sociální mechanismy obvyklé doma. Dítě s mutismem se často do hry zapojí a někdy se i spontánně slovně projeví.
- e) **Hra s rodiči.** Jde o podobný princip jako u hry se sourozencem.
- f) **Hračka – maňásek.** Hra s maňáskem nebo loutkou bývá často úspěšná metoda při odstraňování různých komunikačních zábran. Dítěti se s hračkou komunikuje snadněji, než s dospělým. Vhodnější je využít neverbální projevy (přírodní zvuky, pantomima).
- g) **Neverbální kontakt.** Postupně, pomalými kroky, se zvyšuje náročnost komunikace.
 - *Formulace na hraně mezi dotazem a konstatováním.* (Jdeš ze školky, vid'?) Umožňuje odpovědět pokývnutím a dítě se nemusí rozhodovat, co odpovědět.
 - *Otázka s odpovědí ano x ne.* (Máš se dobře?) Dítě může ještě odpovědět pokývnutím.
 - *Žádosti.* (Podej mi, prosím...) Dítě může požadavek splnit, aniž by muselo mluvit.
 - *Hra, ve které je stereotypní slovní spojení.* Dítě ještě nemusí mluvit.

2. Odblokování komunikačních zábran přímo

- a) **Postupně se provádí další změny v uvítacím rituálu.**
- b) **Formulace otázek s možností odpovědi ano x ne.**
- c) **Hra, ve které je mluvní stereotyp.**

Lze již počítat s jistým automatickým napodobením dobře známé formulace.
- d) **Formulace otázek, ve kterých je obsažena odpověď.** (Chceš radši hračku, nebo knížku?) Už se zde nacvičuje schopnost samostatně se rozhodovat. Dítě ale ještě může volit jako odpověď gesto.
- e) **Verbální kontakt šeptem.** Šeptání bývá první výraznější úspěch.

- f) **Pokusy o hlasitý projev.** V této fázi se většinou střídá šepot a hlasitý projev podle toho, jak je situace nová.
Komunikace se postupně normalizuje.
- g) **Nácvik konverzačních stereotypů.** Vedou u dítěte k získání jistoty.

Dítě, u kterého odezněl elektivní mutismus, někdy přejde do fáze „nadměrné příchylnosti“ (např. chce se u logopeda chovat, nechat se hladit, dávat pusinky). Takové projevy je třeba pomalu, šetrně mírnit, odvádět pozornost jinam, aby tyto projevy nepřetrvávaly. (Kutálková, 2007)

3.3 Zahraněční organizace, zahraniční přístupy

V české republice není v současné době žádná organizace zaměřená na pomoc osobám s mutismem a jejich rodinám. Pro představu zahraničních přístupů k problematice mutismu je zde uvedeno několik zahraničních organizací.

Německo

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V.

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. (online) je nezisková organizace, založená dne 8. února 2004 v Kolíně nad Rýnem. Tato svépomocná organizace sdružuje osoby s mutismem, jejich rodiny a odborníky zabývající se touto problematikou. Členem spolku se ale může stát kdokoli. Organizace na svých webových stránkách uvádí kontakty na terapeuty v Německu a také na osm „horkých telefonických linek“ terapeutů, kam mohou lidé v určitý čas volat se svými otázkami týkajícími se mutismu.

Organizace pořádala letos již 14. konferenci o mutismu (Mutismus-Tagung). Na 7. konferenci byl představen časopis *Mutismus.de*, časopis pro terapii mutismu, výzkum mutismu a svépomoc. Časopis vychází jednou za půl roku a je první a jediný časopis svého druhu v Evropě.

Na 11. konferenci, ve Stuttgartu, bylo představeno SRMT (Stuttgarter Rahmenempfehlungen zur Mutismus – Therapie) = Základní doporučení pro terapii mutismu ze Stuttgartu:

1. Cílem každé terapie mutismu by měla být verbální komunikace, psychosociální otevření a tím i schopnost vést dialog nezávisle na situaci či osobě.
2. Při léčbě mutismu jsou možné přístupy psychologické, psychiatrické, logopedické, ergoterapeutické. Mutismus vyžaduje mezioborovou spolupráci (v závislosti na příznacích).
3. Terapie mutismu by měla zahrnovat důsledné rodičovské poradenství.
4. Za účelem zajištění přenosu řeči z terapeutického prostředí do každodenního života je nutná spolupráce s institucionálním prostředím postižených (mateřská škola, základní škola, atd.)
5. V terapii mutismu je vhodné od samého začátku využívat verbální léčebné postupy, aby se zabránilo navyknutí si postiženého na neverbální komunikaci. Doporučuje se ambulantní léčba s frekvencí dvě hodiny týdně.
6. Nedirektivní, neverbální léčba, která do jednoho roku nevede k mluvení ani v terapeutickém prostředí ani v prostředí mimo rodinu, musí být odmítnuta, protože udržuje symptomy mutismu a podporuje subjektivní zisk z nemoci.
7. Účinné terapeutické přístupy vyvolávají verbální komunikaci (první hlasité projevy mluvy) do dvaceti terapeutických sezení.
8. Ve školním prostředí je třeba se vyhnout možnosti osvobození od ústního projevu nebo využití asistenta pedagoga. Obě tyto možnosti také udržují mlčení.
9. Protože mutismus od doby dospívání bývá často doprovázen jinými duševními poruchami, je třeba dospívající a dospělé osoby s mutismem vyšetřit, zda se u nich neobjevuje sociální fobie nebo deprese.
10. Ve zvláštních rezistentních případech by měla být projednána možnost medikamentózní léčby. Doporučují léky SSRI = selektivní blokátory zpětného příjmu serotoninu.

Předsedou této svépomocné organizace je Michael Lange a jedno z vedoucích postavení zde má i Dr. Boris Hartmann. (Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. [online])

Michael Lange je sám postižen mutismem, inicioval založení Mutismus Selbsthilfe Deutschland, založil a provozuje internetovou stránku www.mutismus.de. Boris Hartmann je logoped, od roku 2001 vede semináře o mutismu, je zakladatelem Mutismus Selbsthilfe Deutschland. (Hartmann a Lange, 2008)

Systémová terapie mutismu - SYMUT

Tento koncept vytvořil Dr. Boris Hartmann (online). Systémová terapie mutismu, zkráceně SYMUT je založená na systémovém obrazu člověka, kde se nepřipouští lineární vzory příčin s jednoznačnou spojitostí příčin a působení, ale kruhové procesy. Tyto kruhové procesy zahrnují interakce mezi subjektem (osoba s mutismem) a životním prostředím; ale také interakce uvnitř subjektu.

Se vznikem a udržováním mutismu souvisí:

- vztahy a komunikace v rodině
- vzájemné vztahy vůči zvoleným osobám (přátelé, partner)
- vzájemné vztahy se širším sociálním prostředím (sousedé, učitelé, lékaři, terapeuti, cizinci)
- vzájemné vztahy mezi organickou a psychologickou složkou osoby s mutismem
- vzájemné vztahy mezi mutismem a dalšími projevy jako např. zadržování moči, pomočování
- vzájemné vztahy mezi příčinami (genetická predispozice, narušení rovnováhy serotoninu v mozku atd.) a spouštěčem (např. vstup do mateřské nebo základní školy)

Součástí diagnostiky v osmi krocích jsou:

1. diagnostika mutismu a diferencionální diagnóza
2. neurologické vyšetření
3. ORL vyšetření
4. osobní a rodinná anamnéza
5. psychologická interpretace
6. logopedická diagnóza s definicí současného stavu řeči
7. zhodnocení sociálně interaktivního komunikativního chování
8. popis emocionálních motivačních kritérií

Terapie mutismu ve čtyřech fázích je zaměřena na uvolnění či překonání nemluvnosti:

1. neverbální fáze
2. lexikálně – syntaktická fáze

3. komunikativně – sociálně – interaktivní fáze
4. follow up fáze

SYMUT je interdisciplinární a vidí sám sebe jako společné pole působnosti psychiatrie, psychoterapie a logopedie. Z těchto tří oblastí se sloučí ty, které jsou pro konkrétní případ potřebné. V některých případech (kdy je přítomná i sociální fobie nebo deprese) je možné využít medikamentózní léčbu.

Still Leben e. V.

Tato nezisková organizace podporuje včasnou diagnózu elektivního mutismu. Zvyšuje informovanost veřejnosti, rodičů, lékařů, učitelů, vychovatelů, psychologů, logopedů. Provádí školení a vydává informační materiály. Still Leben e. V. vyvinul vzdělávací a terapeutický přístup Komut (Kooperativen Mutismustherapie). Organizace nabízí tuto vzdělávací činnost v konceptu Komut:

- dodává informační brožury a letáky do škol, mateřských škol, na kliniky atd.
- publikuje ve formě článků v časopisech
- vystupuje v rozhlasovém a televizním vysílání
- nabízí poradenství
- pořádá přednášky a školení
- kvalifikuje terapeuty v konceptu Komut (Komut – Therapeutin)

Organizace na svých webových stránkách uvádí největší síť terapeutů elektivního mutismu v německy mluvících zemích – asi 400 terapeutů, z toho 85 je vyškoleny v konceptu Komut. (Still Leben e. V. [online])

USA

Smart center

Selective Mutism Anxiety research and treatment center (Smart center) je komplexní centrum specializující se na mutismus, sociálně úzkostné poruchy, extrémní plachost a sociálně narušenou komunikační schopnost. Pacientům a jejich rodinám poskytuje

komplexní hodnocení, posuzování, léčbu a podporu, kterou potřebují. Toto centrum má sídlo v Jenkintown v Pensylvánii, ředitelkou centra je Dr. Elisa Shipon-Blum. Ona vyvinula léčebný program S-CAT (Social communication anxiety treatment), který vychází z jejích zkušeností s více než 5000 dětí, dospívajících a dospělých. Je zakladatelem SMG (selective mutism group) a ředitelem nadace SMRI (selective mutism research institute). Kromě léčby centrum zprostředkovává řadu produktů, služeb a akcí pro rodiče, ošetřující odborníky, výzkumné pracovníky a pedagogy. Centrum pomáhá vzdělávat a podporuje povědomí a porozumění elektivnímu mutismu a dalším sociálně komunikačním problémům.

S-CAT

Program zahrnuje techniky na snižování úzkosti, metody pro budování sebevědomí, strategie pomoci k sociálnímu komfortu a komunikační progresi. Dítě s elektivním mutismem přechází přes pomyslný most, *Social communication bridge for selective mutism*, který překlenuje nekomunikaci a verbální komunikaci. Tento přechod má čtyři fáze:

0- nekomunikativní fáze

Dítě je strnulé v řeči těla, bez výrazu, vyhýbá se očnímu kontaktu, ignoruje ostatní lidi, mlčí.

1- neverbální fáze

Dítě reaguje přikývnutím, psaním, gestikulací, mimikou, využíváním předmětů. Je iniciativní – chce získat pozornost.

2- přechodná fáze

Dítě používá jakékoliv zvuky (např. zvířecí zvuky, chrochtání, zvuk hlásek, sténání atd.)

3- verbální fáze

Dítě postupně začíná mluvit.

SMG

Účelem *Selective mutism group* je poskytovat podporu a přesné informace pro ty, kdo se zabývají elektivním mutismem – rodič, učitel, pediatr, psycholog, logoped nebo

kdokoliv kdo má dítě s elektivním mutismem ve svém životě. SMG má celostátní síť více než 70 dobrovolníků nazvaných státní koordinátoři. Jsou k dispozici ve svých státech k poskytnutí osobní, telefonické nebo emailové podpory. Všichni koordinátoři mají zkušenost s elektivním mutismem u vlastního dítěte, člena rodiny, u žáka ze své třídy nebo u svého pacienta. SMG má navíc mezinárodní koordinátory, kteří působí mimo Spojené státy po celém světě. Někteří koordinátoři organizují podpůrné skupiny. SMG nabízí členství pro jednotlivce, rodiny a odborníky zabývající se mutismem. (Smart center [online])

Selective mutism foundation

Jde o neziskovou organizaci, nadaci, založenou v roce 1991 v Západní Virginii. Zakladatelkami jsou Sue Newman a Carolyn Miller, jejichž děti překonali mutismus. Posláním organizace je podporovat další výzkum, obhajování, sociální přijetí a pochopení selektivního mutismu jako vysilující poruchy. (Selective mutism foundantion [online])

4 Osoby s mutismem v kontextu terapeutické a jiné péče

Výzkumná část této práce se zabývá dvěma konkrétními případy osob s mutismem, projevy této narušené komunikační schopnosti a péčí, která jim byla vzhledem k problematice mutismu poskytnuta. Především jde o terapii ve formě logopedické terapie a psychoterapie (popřípadě psychiatrické terapie). Do výzkumné šetření bylo ale zařazeno i zjišťování foniatrické, neurologické či jiné odborné péče, pokud byla z důvodu projevů mutismu poskytována. Dále se práce zabývá přístupem pedagogů, se kterým se osoby s mutismem setkaly v mateřské, základní a střední škole. Pro práci byly náhodně vybrány dvě dívky s diagnózou elektivní mutismus.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cíl výzkumu

Cílem navrhovaného výzkumného projektu je u osob s mutismem prozkoumat a popsat formu poskytované odborné péče a přístupu pedagogů, se kterým se zkoumané osoby setkaly, a vliv těchto komponentů na vývoj projevů mutismu.

Dílčí cíle

- popsat u zkoumaných osob projevy mutismu od doby jeho prvních příznaků po současnou dobu
- analyzovat u zkoumaných osob poskytovanou odbornou péči
- popsat přístup pedagogů, se kterým se zkoumané osoby setkaly v mateřské, základní a střední škole
- porovnat poskytovanou odbornou péči u zkoumaných osob vzhledem k době, kdy jim byla tato péče poskytována

Na základě formulovaných cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky.

Výzkumné otázky

1. Jaké byly u zkoumaných osob projevy mutismu od doby jeho prvních příznaků po současnou dobu?
2. Jaká intervence zaměřená na projevy mutismu byla těmto osobám poskytnuta?
3. Jak byla u těchto osob terapie mutismu efektivní?
4. Jaký byl přístup pedagogů ke zkoumaným osobám v mateřské, základní a střední škole, kam docházely?

4.2 Forma výzkumu a použité metody

Pro toto výzkumné šetření byla zvolena forma kvalitativního výzkumu s výzkumnou strategií případové studie. Jako metoda sběru dat byl použit hloubkový polostrukturovaný rozhovor s předem připravenými otevřenými otázkami.

Švaříček (2014) popisuje kvalitativní výzkum a jeho metodologii takto:

*„Podstatou **kvalitativního výzkumu** je do široka rozprostřený sběr dat... Nejsou předem stanoveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již předtím někdo vybudoval. Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací. Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat, začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech. Hypotézy či teorie vzniklé na základě kvalitativního výzkumu však není možné zobecňovat. Jsou platné právě jen pro vzorek, na kterém byla data získána.“*

*„**Hloubkový rozhovor** je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Můžeme jej definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí otevřených otázek. Za hlavní dva typy hloubkového rozhovoru můžeme označit **polostrukturovaný rozhovor** (vychází z předem*

připraveného seznamu témat a otázek) a nestrukturovaný rozhovor. Příprava rozhovoru by měla vést k tomu, že si badatel vytvoří schéma základních témat a ke každému tématu několik otázek.“

„Případová studie je empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málo případů. Detailní studium jednoho nebo několika případů je tradičně považováno za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům.“

4.3 Průběh

Volba účastníků výzkumného šetření

Pro toto výzkumné šetření bylo potřeba vyhledat osoby, u kterých se aktuálně mutismus projevuje nebo osoby, u kterých se mutismus projevoval v minulosti. Jelikož se toto narušení komunikační schopnosti objevuje převážně u dětí předškolního a mladšího školního věku, bylo předpokládáno, že bude třeba vyhledat spíše rodiče dítěte s mutismem a od nich získat potřebné informace o dítěti. Fakt, že se tento typ narušené komunikační schopnosti v populaci vyskytuje v poměrně nízkém zastoupení, značně ztížil hledání. Primárně bylo zvoleno oslovení dvaceti pražských pracovišť klinické logopedie. Na tato logopedická pracoviště byl vznesen dotaz, zda nemají ve své logopedické praxi dítě nebo případně dospělou osobu s mutismem a zda by nemohly zprostředkovat kontakt s ním (v případě dětí kontakt s rodiči). Z dvaceti oslovených logopedických pracovišť kladně odpověděly jen dvě a zprostředkovaly kontakty celkem na tři matky malých dětí s mutismem. Jedna z těchto matek ale nakonec na výzkumném šetření odmítla spolupracovat z časových důvodů. Druhá matka byla ochotna komunikovat pouze prostřednictvím emailové komunikace (také z časových důvodů). Na základě této komunikace bylo nakonec vyhodnoceno, že nejde o vhodného aktéra výzkumného šetření. Poslední matka byla ochotna na výzkumném šetření spolupracovat. Byl tedy domluven termín osobní schůzky pro uskutečnění rozhovoru. Dále byla pro výzkumné šetření

kontaktována matka jedné dospělé dívky s mutismem. U této dospělé dívky projevy mutismu přetrvávají i v dospělosti, nebyla proto ochotná účastnit se rozhovoru sama.

Průběh výzkumného šetření

Matka dospělé dívky s mutismem komunikovala prostřednictvím emailové pošty. Na základě jejího požadavku jí byly předem zaslány vypracované otázky na plánovaný rozhovor, aby se na něj mohla připravit. Termín a místo osobní schůzky byl domluven bez potíží. Schůzka se uskutečnila v klidném prostředí, kde nebyl rozhovor ničím a nikým rušen. Matka odmítla možnost nahrávat rozhovor na diktafon, celý rozhovor byl tedy zaznamenáván písemně. Matka byla ochotná zodpovědět všechny otázky, žádné se nevyhýbala. Některé její odpovědi byly ale příliš stručné a bylo proto třeba se k otázkám vracet a ptát se znovu, případně volit jinou formulaci. Celý rozhovor trval dvě hodiny a všechny otázky byly zodpovězeny.

Druhá matka, matka malé dívky s mutismem, komunikovala telefonicky. Matka byla velmi ochotná, její jednání bylo rychlé, domluvení osobní schůzky proběhlo zcela bez problémů. Schůzka se uskutečnila v klidném, ničím nerušeném prostředí, pro rozhovor ideální. Tato matka otázky dopředu neviděla, nemohla si připravit odpovědi. Při schůzce ale dostala otázky vytištěné, a tak si je mohla při zodpovídání sama pročitat. Ačkoliv matka neměla odpovědi předem připravené, dokázala na otázky pohotově reagovat, rychle a výstižně odpovídat. Matka také byla ve svých odpovědích někdy příliš stručná, bylo třeba se k otázkám vracet, ptát se znovu, volit jinou formulaci. Rozhovor trval dvě hodiny a byly zodpovězeny všechny otázky.

Výsledky těchto dvou hloubkových rozhovorů byly využity pro vytvoření případových studií. Obě matky daly písemný souhlas, stvrzený svým podpisem, že svolují k účasti ve výzkumném šetření a k anonymnímu využití těchto informací do bakalářské práce. Jména dívek jsou pro potřeby této bakalářské práce změněna, jména rodinných příslušníků a jiných lidí nejsou použita, všechny informace v případových studiích jsou anonymní.

4.4 Výsledky

4.4.1 Klára

Rodinná anamnéza

Klára se narodila v listopadu 1989. Žije v kompletní rodině s matkou (1955), otcem (1951) a starším bratrem (listopad 1982). Oba rodiče pracují jako ekonomové. U nikoho z rodiny se v minulosti nevyskytoval mutismus ani podobné projevy (nemluvnost, výrazná stydlivost, úzkostnost, výrazné adaptační problémy, nepřiměřený strach z nových situací apod.). U nikoho z rodiny se nevyskytovalo ani jiné narušení komunikační schopnosti, psychické problémy, ADHD, nebo jiné závažné onemocnění/postižení.

Klára je dospělá dívka (27 let), ona i její o sedm let starší bratr zatím žijí s rodiči. Bratr si nyní hledá vlastní bydlení. Mezi dívkou a jejím bratrem je větší věkový rozdíl, proto si v dětství spolu příliš nehráli. I rozdílnost dívčího a chlapeckého prožívání a chování umocnilo fakt, že spolu sourozenci v dětství netrávili aktivně mnoho času. Měli rozdílné zájmy. Mezi sourozenci se ale neobjevovala nijak nápadná rivalita nebo časté konflikty. Rodina trávila hodně času spolu a všichni měli mezi sebou dobré vztahy. Podle slov matky rodiče ve výchově nebyli ani příliš autoritativní ani příliš liberální. Rodina byla zvyklá mluvit o běžných věcech týkajících se chodu domácnosti, trávení volného času apod.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované a chtěné. Okolnosti těhotenství a porodu byly normální. Přibližně v šesti měsících byl Kláře diagnostikován snížený svalový tonus. Několik měsíců s ní matka docházela na rehabilitaci, tím se stav napravil. Psychomotorický vývoj i vývoj řeči probíhal v normě. Byla zdravé dítě, neměla žádné často se opakující nemoci. Kromě mutismu se u ní neobjevovalo žádné jiné narušení komunikační schopnosti nebo jiné závažné onemocnění/ postižení. Navštěvovala běžný typ mateřské i základní školy. Klára měla odklad školní docházky o jeden rok z důvodu nemluvnosti. Doktor, který rodičům odklad školní docházky doporučoval, je uklidňoval, že za rok se projevy nemluvnosti u

jejich dcery zmírní, že z toho „vyroste“. To se ale nestalo. Po roce nastoupila do základní školy se stejnými projevy mutismu, jaké měla předtím.

Klára je vyučená cukrářka. Po vyučení ale zjistila, že toto oborové zaměření jí nebaví. Doplnila si poté vzdělání v oblasti sociální práce a pečovatelských služeb. Maturitu nemá. V současné době pracuje jako pečovatelka v zařízení, kde pracuje i její matka. Ta jí tuto pracovní pozici zprostředkovala a pomáhá jí zde v komunikaci s nadřízenými. Dívka se snažila najít si zaměstnání i mimo okruh matčiných známých, nebyla v tom ale příliš úspěšná. Nyní navíc z důvodu mutismu pobírá invalidní důchod. Ráda tancuje, chodila do tanečního kroužku. Dobře zpívá, ve škole chodila do pěveckého sboru, zde jí verbální (zpívaný) projev nevadil. Sólově ale nikdy mimo rodinu nezpívala. Je pravák. Mutismus byl Kláře diagnostikován v 5 letech, a ačkoliv se jeho projevy již zmírnily, částečně jí postihuje dodnes.

Popis projevů mutismu a projevů s ním souvisejících

Mutismus se u Kláry výrazně projevil ve čtyřech letech při nástupu do mateřské školy (dále MŠ). Už dříve sice rodiče vnímali její nemluvnost (byla vždy ostýchavá a s lidmi mimo rodinu mluvila málo), při vstupu do MŠ ale byly tyto projevy mnohem výraznější, zcela nepřehlédnutelné. Nároky na adaptaci a začlenění se do kolektivu byly pro ni příliš těžké. Matka v souvislosti s propuknutím projevů mutismu uvedla, že její dcera byla ve věku, kdy si dítě začíná více uvědomovat samo sebe, svět a lidi kolem sebe. Tento přirozený vývojový stav podle matky vyvolal u dívky strach, stáhnutí se do sebe a výrazné projevy mutismu. Matka v rozhovoru přirovnávala její komunikační zábrany k fobii z jízd výtahem. Takový strach vytvoří u člověka psychický blok, který mu nedovolí do výtahu vstoupit. Stejně tak, podle matky, u Kláry vznikl psychický blok, který jí neumožňoval s určitými lidmi mluvit.

S matkou, otcem, bratrem a prarodiči dívka mluvila vždy bez potíží, mutismus se v tomto blízkém kruhu rodiny neprojevoval. Doma se dokáže a i v minulosti dokázala chovat uvolněně, mluví bez zábran, mluví hodně, někdy si i zpívá. Matka při rozhovoru vzpomínala i na období puberty, které podle matky proběhlo zcela normálně, u Kláry byla

v tomto období výrazná snaha o sebezprosování (v kruhu rodiny). Doma se neostýchá dát najevo svůj názor, případný nesouhlas.

V komunikaci se vzdálenějšími příbuznými se projevy mutismu někdy objevovaly. Záleželo na tom, jak často se s nimi vídala. Téměř s nikým, kdo nepatřil do rodiny, dívka nemluvila – s rodinnými přáteli, pedagogy, sousedy, atd. Nemluvila dokonce ani s dětmi z okolí svého bydliště nebo ze školy. V sociálních kontaktech mimo rodinu nebyla schopná ani šeptaného projevu či jednoslovných odpovědí (ani odpovědi typu ano/ne), nedokázala vůbec promluvit. Od dob docházky do MŠ byl výjimkou vždy jeden až dva kamarádi (vrstevníci ze školního prostředí), se kterými byla schopná slovně komunikovat. Ti se zároveň stávali jejími tlumočníky – co potřebovala, řekla Klára jim a oni následně informaci předali dál (jinému dítěti, učitelce apod.). Ještě v době docházky na střední školu (dále SŠ) mluvila ve školním prostředí pouze s jedním či dvěma kamarády. V MŠ si s dětmi hrála, zapojovala se do všech aktivit (po počáteční době adaptace, která probíhala hůře, než u ostatních dětí), plnila zadané úkoly - pouze bylo vše bez ústního projevu.

V dětství chodila na popud matky do skautského oddílu. I tam měla jednu nebo dvě dívky, se kterými mluvila a skrz které komunikovala dále. Se skautským oddílem byla dokonce i na tábore. Se základní školou (dále ZŠ) zase jezdila na pobyty školy v přírodě. Zde se dokázala adaptovat na neznámé prostředí i nové situace a během těchto pobytů nedocházelo k žádným výrazným problémům.

Ke zmírnění projevů mutismu začalo pomalu docházet až od puberty. Podle matky šlo opět o přirozený vývoj. V pubertě si totiž dívka postupně více uvědomovala, že je potřeba, aby byla samostatná a dokázala vyřešit různé situace a vyřídit si všechny potřebné záležitosti. K tomu bylo zapotřebí komunikovat s jinými lidmi. Podle matky díky tomuto uvědomění začala Klára mluvit s větším množstvím lidí. Částečně ale u ní projevy mutismu přetrvávají dodnes.

Jako dítě dokázala vcelku dobře překonávat nejistotu a strach, když se učila novým dovednostem jako je jízda na kole, plavání apod. Když viděla své vrstevníky, že stejnou dovednost již ovládají, nenechala se odradit svým případným prvotním neúspěchem a tak dlouho se snažila a konkrétní činnost trénovala, až se ji naučila. Ačkoliv Klára dodnes mívá strach z nových, neznámých situací, nenechává se tímto strachem spoutat a dané

situaci se nevyhýbá. Od dětství byl u ní přítomný velký strach z toho, být středem pozornosti. (tomu se vyhýbá dodnes) Naopak nemá nijak zvlášť výrazný strach z chyb (který se často s mutismem pojí), vlastním neúspěchem se příliš netrápí.

Projevy mutismu se u dívky částečně promítaly i do řeči těla. V dětství se často schovávala za rodiče, aby nebyla vidět a aby se tak vyhnula nepříjemné situaci, nepříjemnému kontaktu. Mutismus u ní nevytvářel potřebu tišit projevy svých emocí (tichý pláč, tichý smích, apod.). Naopak se většinou smála nahlas tak, aby byla slyšet a dala najevo svou pozornost a zájem. Klára od dětství nemá příliš ráda fyzický kontakt s jinými lidmi. Doma je ochotná na něj částečně přistoupit. Mimo rodinu ho omezuje maximálně na podání ruky a to jen někdy. Není to nic, co by vyhledávala, co by jí bylo vyloženě příjemné. Schopnost rozhodovat se byla u dívky v dětství částečně snížena. Bylo běžné, že se projevovala submisivně, podřídila se rozhodnutí ostatních. Klára od dětství málokdy sdělovala své potřeby a pocity. Na výzvu, dotazování od matky se jí sice někdy svěří, ale nebývá to pravidlem a nedělá to sama od sebe jako spontánní projev. Je i v prostředí domova spíše uzavřený typ osobnosti.

V současné době se v jejím případě mutismus projevuje v kontaktu s lidmi, kteří o problému její nemluvnosti vědí. Když Klára tuší, že určitý člověk ví o jejím mutismu, má v tomto sociálním kontaktu zábrany a s tímto člověkem nemluví. Bez obtíží naopak ústně komunikuje s lidmi, kteří tento fakt o ní neznají.

V současné době se dívka podle slov matky projevuje velice samostatně. Nechce, aby za ní rodiče rozhodovali, nechce, aby zasahovali do jejích záležitostí. Snaží se si vše vyřešit sama. Mimo rodinu ale stále přetrvává určitá submisivita, ačkoliv jistě v menší míře, než dříve. Není to průbojný člověk. Je samostatná v běžných činnostech jako telefonování, nakupování, návštěvy u lékařů, vyřizování na úřadech apod. za předpokladu, že komunikuje s někým, kdo neví o jejím diagnostikovaném mutismu. V tom případě nepotřebuje žádného prostředníka. Není ale schopná ústně komunikovat například se spolupracovníky a nadřízenými ve svém zaměstnání, protože ti vědí o jejím mutismu. Zde komunikuje buď písemně, nebo skrz svoji matku.

Mutismus Kláru pochopitelně omezoval v navazování kontaktů a budování vztahů s lidmi. Vždy sice měla nějaké přátele, kterým byla schopná se otevřít a mluvit s nimi. V

rámci jednoho období to ale nikdy nebývali více než tři takoví přátelé (v období docházky do MŠ jen jeden chlapec). Doposud si dívka patrně nevybudovala partnerský vztah, v současné době navíc tvrdí, že se nechce vdávat.

Školní prostředí a pedagogická péče

Klára začala ve čtyřech letech chodit do MŠ, kterou rodiče vybrali podle dostupnosti z místa bydliště. Adaptace byla obtížná – dívka ze začátku moc nespolupracovala, nezapojovala se do aktivit, nechtěla zde spát (chodila domů po obědě), nechtěla zde ani obědovat a s nikým z tohoto prostředí nemluvila. Časem adaptační potíže vymizely, ale nemluvnost vůči všem pracovníkům i dětem (s výjimkou jednoho chlapce) v MŠ zůstala.

Měla odklad povinné školní docházky o jeden rok z důvodu mutismu. Do ZŠ tedy nastoupila v sedmi letech. 1. stupeň základní školy rodiče vybrali s ohledem na obtíže své dcery. Byl zde menší kolektiv dětí, větší vstřícnost ze strany pedagogů a více času vyčleněného na individuální přístup k dětem. Zde již adaptace proběhla u dívky v normě, dokonce chodila ráda do družiny. 2. stupeň ZŠ si vybrala sama podle toho, do jaké školy se rozhodly nastoupit její kamarádky (spolužačky). SŠ si vybrala sama podle oborového zaměření. Pedagogové byli vždy o Klárině nemluvnosti informováni a tuto skutečnost akceptovali.

Od první třídy měla individuální vzdělávací plán. Jeho obsahem bylo umožnění přezkušování písemnou formou. Spolužáci byli o její nemluvnosti a pozměněných podmínkách pro přezkušování informováni a tuto skutečnost v podstatě dobře akceptovali, ačkoliv někdy měli vůči tomuto námitky. V první třídě probíhal u dívky nácvik čtení doma s matkou, toto nahrávaly na magnetofon a nahrávku pak nosila dívka paní učitelce, aby mohla zkontrolovat, jak čte. Ze strany učitelů byla Klára integrována do skupiny. Byla vedena k tomu, aby se zapojovala alespoň tichou spoluprací, gesty, psaním a nebyla účastna jen jako pozorovatelka. Byla stejně jako ostatní zapojována do běžných činností jako např. mytí tabule, rozdávání sešitů apod. Jako náhradu mluveného projevu využívala ve školním prostředí písemnou formu komunikace a také gesta a mimiku. Už od MŠ mívala s pedagogy domluvená konkrétní gesta jako význam pro určitá sdělení (např.

zvednutí ruky = ano). Na školním prospěchu se mutismus nijak neprojevil. Klára měla upravené podmínky pro vykonání učňovské zkoušky, vykonávala ji pouze písemnou formou.

Většinou velmi dobře fungovala komunikace mezi pedagogy a rodiči, konzultovali spolu dívčinu aktivitu a komunikaci ve škole. Podle matky byl přístup všech pedagogů z MŠ, ZŠ i SŠ velice vstřícný a akceptující. Nevyřazovali ji z kolektivu ani ji nestavěli do centra pozornosti, nevystavovali ji tlaku na její ústní projev, chválili ji, snažili se dodávat jí sebevědomí. Matka byla s celkovým přístupem všech škol velmi spokojená.

Psychologická/psychoterapeutická intervence

Klára z důvodu nemluvnosti byla několik let v péči klinického psychologa - psychoterapeuta. Toho rodiče vyhledali z vlastní iniciativy. Psycholog diagnostikoval elektivní mutismus. Docházela k němu zhruba od pěti do třinácti let. Psychoterapie trvala tedy zhruba osm let a to v intervalech přibližně jednou za čtrnáct dní. Podle matky bylo cílem terapie odstranit příčiny a projevy mutismu. Náplní terapie byla hra, práce s hračkami, práce s obrázky, práce s pohádkami, kreslení atd. Zároveň byla součástí terapeutického sezení vždy konzultace s rodičem (většinou s matkou), kdy byl prostor na dotazy rodičů, reflexi dívčina stavu, doporučení klinického psychologa, jak dále postupovat apod.

Při první návštěvě u klinického psychologa s ním Klára moc nespolupracovala a vůbec nemluvila. V průběhu času se tyto projevy příliš nezměnily. Sice časem více spolupracovala, plnila zadané úkoly, pracovala podle pokynů klinického psychologa, za celých 8 let s ním ale nepromluvila. A ani v žádném jiném prostředí se v tu dobu projevy mutismu neměnily. Dlouhodobý neúspěch v odstranění komunikačních zábran byl důvodem ukončení této terapie. Podle slov matky byl přístup psychologa k její dceři přísný a důsledný. Vyžadoval, aby vždy splnila zadané úkoly, dbal na to, aby jí nemluvnost nepřinášela výhody, záměrně nevytvářel prostor pro legraci. Na závěr terapeutického sezení se vždy snažil dívku povzbudit, aby neodcházela s obavami. Klára neměla tuto

terapii ráda. Ve vztahu ke klinickému psychologovi si vytvořila určitý blok, který jí neumožňoval vést ústní komunikaci.

Terapeutického sezení byl zpravidla účasten alespoň jeden rodič (většinou matka). Výjimečně čekal rodič za dveřmi, aby se vyzkoušela dívčina spolupráce bez jeho účasti. To ale ona nechtěla a bránila se tomu. Terapie byla realizována zpravidla individuální formou. Několikrát proběhla i párová terapie ještě s jedním dítětem s mutismem. Jednou se celá rodina dívky účastnila pětidenního terapeutického pobytu společně s dalšími rodinami dětí s různými psychickými problémy.

Klinický psycholog se ve spolupráci s rodiči dlouho snažil najít příčinu Klářiny nemluvnosti, ale bez výsledků.

Matka navzdory absolutní neefektivnosti terapie hodnotila klinického psychologa pozitivně. Podle jejích slov byl vstřícný, snažil se pomoci, využíval všechny možné metody, které se mu v minulosti osvědčily. Jednou dokonce doporučil rodičům neobvyklý postup. Pobídl je, aby doma také vůbec nemluvili. Dívka si měla na tomto uvědomit, jaké to je pro ostatní lidi, když s nimi ona sama nemluví. Tato metoda se ukázala jako neúspěšná. Také se matka rozhovořila o příkladu z praxe tohoto klinického psychologa, kdy měl v psychoterapeutické péči chlapce s mutismem. Tohoto chlapce vzal na mikulášskou besídku, kde ho vylekal čert. Z velkého úleku najednou začal chlapec mluvit. Podobnou metodu ale psychoterapeut u Kláry nepoužil.

Během této dlouhodobé psychoterapie projevy mutismu u dívky nevyzimely ani se nijak nezmírnily.

Logopedická intervence

Klára ve věku šesti let krátkodobě (asi půl roku) docházela ke klinickému logopedovi z důvodu nesprávné výslovnosti hlásek R a Ř. Vyhledání logopeda bylo uskutečněno na základě doporučení pediatra. Ačkoliv v té době již měla dívka diagnostikován elektivní mutismus a s logopedem ústně nikdy nekomunikovala, logoped tuto skutečnost nijak neřešil. Patrně situaci nevnímal jako problém, který by se týkal jeho oboru. Stejně tak matka v rozhovoru uvedla, že nevidí souvislost mezi mutismem a logopedickou terapií a

podivovala se nad tím, že v dnešní době často probíhá terapie mutismu právě na logopedických pracovištích. Cílem práce logopeda byla tedy pouze náprava výslovnosti hlásek R a Ř. Jelikož s klinickým logopedem Klára ústně nekomunikovala, prováděla se náprava hlásek formou domácí práce. Logoped vždy vysvětlil matce, co a jak má doma s dcerou nacvičovat a předal jí k tomu potřebné pracovní listy (říkanky apod.). Doma spolu tedy dle pokynů nacvičovaly výslovnost a nahrávaly toto na magnetofon. Nahrávku donesly na další sezení u logopeda, který takto mohl kontrolovat změny ve výslovnosti. Logoped dívčinu nemluvnost akceptoval.

Z pohledu problematiky mutismu byla u Kláry logopedická intervence zcela neefektivní, protože nedocházelo k žádné logopedické terapii zaměřené přímo na mutismus.

Jiná odborná péče zaměřená na projevy mutismu u této dívky neproběhla.

4.4.2 Adélka

Rodinná anamnéza

Adélka se narodila 27. září 2009. Žije v kompletní rodině s matkou (1982), otcem (1972) a mladší sestrou (únor 2013). Matka pracuje jako provozní v soukromé mateřské škole, otec je osoba samostatně výdělečně činná. Mutismus se u nikoho jiného v rodině neprojevoval. U otce však byly v dětství a adolescenci přítomné podobné projevy. Až do doby, než odešel na vojnu, byl výrazně ostýchavý v sociálních kontaktech. Ostýchavost se u něj neprojevovala přímo nemluvností, ale v kolektivu byl tichý, nenápadný, hodně uzavřený. U nikoho jiného z rodiny se nevyskytoval mutismus ani podobné projevy (nemluvnost, výrazná stydlivost, úzkostnost, výrazné adaptační problémy, nepřiměřený strach z nových situací apod.). U nikoho z rodiny se nevyskytovalo ani jiné narušení komunikační schopnosti, ADHD, psychické problémy nebo jiné závažné onemocnění/postižení.

Dívka si s mladší setrou často hraje, obě spolu rády tráví čas. Pravidelné jsou ale mezi nimi i hlasité spory (např. o hračky), objevuje se mezi nimi rivalita a žárlivost. Do tří let trávila Adélka s matkou hodně času a podle slov matky na ní byla dost fixovaná. Na malé miminko, sestru, se velice těšila. Neuvědomovala si ale plně, co bude příchod nového člena rodiny obnášet. Bylo pro ni těžké přijmout fakt, že už nemůže trávit s matkou tolik času. Z výchovného pohledu rodiče k dceři přistupují tak, že si s ní hodně povídají, hodně vysvětlují. Z důvodu jejich velmi častých obav je to potřeba. Rodina si spolu často povídá o běžných i o důvěrných věcech.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované a dlouho očekávané, matka brala hormonální léky na podporu otěhotnění. Těhotenství bylo rizikové kvůli zmenšené pravé ledvině a vysokému krevnímu tlaku matky, stav plodu byl v pořádku. Porod proběhl bez problémů. Adélka mívala už v podstatě od narození velmi časté nemoci horních cest dýchacích. Asi do dvou let měla pro uklidnění dudlík a často se ho dožadovala.

Psychomotorický vývoj byl relativně v normě, v některých oblastech vývoje motoriky lehce opožděn. Chodit začala dívka ve čtrnácti měsících. Vývoj řeči byl rychlý, kolem sedmého měsíce už říkala první slova. V době kdy se objevil mutismus, již mluvila ve větách. Asi do tří let se v noci často budila a plakala. Podle slov matky někdy docházelo i k situacím, že Adélka v noci chodila po bytě a nevěděla o tom. Ve dvou a půl letech začala Adélka šilhat. Byla odeslána na neurologické vyšetření, to vyšlo v pořádku. Následně byla dívce diagnostikovaná tupozrakost obou očí, která přetrvává dodnes. Od dvou a půl let proto musí nosit brýle. Adélka docházela do mateřské školy běžného typu, zde se špatně adaptovala. Nyní dochází do 1. třídy základní školy běžného typu, zde byla adaptace již lepší. Je pravák. Ráda tancuje a hraje si na profese (prodavačka, doktorka apod.), má ráda drobné hračky, které může nosit s sebou. Mutismus byl Adélce diagnostikován ve třech, nebo čtyřech letech. Jeho projevy nyní ustupují, ale částečně nadále přetrvává.

Popis projevů mutismu a projevů s ním souvisejících

Již od raného dětství rodiče vnímali u Adélky nápadnou bojácnost vůči cizím lidem. S lidmi mimo rodinu většinou nemluvila. Byla hodně ostýchavá. Mutismus se u ní výrazně projevil při nástupu do mateřské školy (dále MŠ). Bylo pro ni těžké přivyknout si na změnu, že již není celý den s matkou. Nedokázala se zde dobře adaptovat. Podle učitelek nekomunikovala, nespolupracovala a velmi často plakala. Výrazně problematické byly v MŠ přesuny na vycházku, kam Adélka chodit nechtěla a hodně při tom plakala. Učitelky upozorňovaly rodiče na dívčinu nemluvnost a problémy s adaptací. Po čase se adaptovala, ale nemluvnost přetrvávala. Situace se patrně ještě trochu zhoršila narozením mladší sestry (asi půl roku po nástupu do MŠ).

Důvodem její nemluvnosti, je podle matky, strach z cizích lidí, strach ze všeho neznámého, ostych. Adélka je celkově velmi bojácná. Matka jako příklad uváděla, že její dcera má dokonce i strach ochutnávat nová jídla (včetně sladkostí). Pokud na jídlo není zvyklá od časného dětství, většinou ho neochutná. Dále matka mluvila o výrazném strachu ze smrti, který se u dívky objevuje od šesti let. Často chce o tomto tématu mluvit, vyptává se na něj, ale zároveň jí toto téma děsí.

V rodině (matka, otec, sestra) Adélka vždy mluvila bez problémů, chovala se uvolněně. Mutismus se zpravidla projevoval mimo rodinu, a to nejen v kontaktu s cizími lidmi, ale i s lidmi, které dívka dobře znala. V komunikaci s prarodiči byla dříve ostýchavá. Když se s nimi Adélka delší dobu neviděla, trvalo například hodinu, než promluvila. Nyní s nimi komunikuje bez problémů. Podobně tomu bylo i u vzdálenějších příbuzných. V kontaktu s nimi ale potíže částečně přetrvávají dodnes, nevidá se s nimi tak často. S rodinnými přáteli nemluvila, vnímala je jako cizí lidi. V MŠ nemluvila ani učitelkami ani s dalším personálem, dokonce ani s dětmi; komunikovala pouze neverbálně. Tento stav se změnil až po třech letech. V MŠ si ale po počáteční době adaptace s dětmi hrála a do aktivit se zapojovala (neverbálně). V posledním roce docházky zde začala trochu ústně komunikovat s učitelkami – jednoslovnými odpověďmi. V této době si vytvořila silné pouto k jedné kamarádce, se kterou si často hrála, byla schopná s ní mluvit více, než s ostatními vrstevníky. Adaptace na základní školu (dále ZŠ) proběhla již lépe. Adélka se těšila na vstup do první třídy. Prostory školy již znala, protože MŠ, kam předtím docházela, byla ve stejné budově.

V kolektivu vrstevníků se projevuje submisivně, čeká, co udělají ostatní děti, ona se podřídí. Tento stav přetrvává dodnes. S kamarády se nenavštěvuje, vidá se s nimi téměř jen ve škole. Podle matky na to není čas. Adélce je velmi nepříjemné být středem pozornosti, vyhýbá se tomu. Je ale dobrý pozorovatel, dění kolem sebe pečlivě sleduje.

Mimo rodinu nedává příliš najevo své emoce; projevy smíchu, pláče apod. mívá tiché, nenápadné. Dívka moc nevyhledává fyzický kontakt. Pochovat se u matky chce, když vidí, že toto dělá její mladší sestra. Jinak podobné situace neinicuje a ani dříve tomu nebylo významně jinak. V rámci rodiny se umí samostatně rozhodovat, dávat najevo, co chce. Psychické potřeby a prožitky v sobě ale uzavírá a pro rodiče je pak těžké zjistit, co se děje. Adélka má velký strach z chyb. Když se jí něco nepodaří, stáhne se, bojí se, co bude následovat. (např. zapomněly s matkou koupit obal na sešit do školy a ona se velice bála, že se paní učitelka bude druhý den zlobit) Má také velký strach z neznámých situací, stále se špatně adaptuje na nová prostředí a změny. Negativně reaguje na autoritativní jednání. Od rodičů jej respektuje, ale když k ní autoritativně přistupuje někdo jiný, stáhne se, je uzavřená a má strach.

U dívky je zřejmý sociální ústup, ostýchání se společenských kontaktů. Nemá ráda ani větší rodinná setkání. Matka uváděla příklad rodinné oslavy Adélčiných narozenin, kdy jí byl velmi nepříjemný velký počet přítomných hostů, uzavřela se a nebyla schopná rozbalit si své dárky. Místo mluveného projevu někdy používá ke komunikaci gesta, mimiku; někdy však aktivně nekomunikuje vůbec a jen tiše, nehybně stojí. Mutismus dívku omezuje v navazování kontaktů s vrstevníky. Nyní v ZŠ má ale opět jednu kamarádku, ke které si vytvořila silné pouto a se kterou si povídá. Dívky seděly společně v lavici, ale z důvodu vyrušování (ze strany kamarádky) byly rozsazeny. Tuto změnu Adélka zvládla přijmout bez větších problémů.

V současné době ústně komunikuje s větším počtem lidí, s některými bez výrazných obtíží. Se známými lidmi je většinou schopná mluvit, někdy s větším, někdy s menším ostychem. V kontaktu s méně známými lidmi (např. prodavačka v obchodě) a s cizími lidmi je někdy schopná odpovědět ano/ne, nebo jinak jednoslovně odpovědět, není to tak ale pokaždé. Většinou dokáže pozdravit. Pozdrav má naučenou, ritualizovanou formu, proto je pro Adélku jednodušší, než nepřipravená odpověď.

Školní prostředí a pedagogická péče

Adélka ve třech letech nastoupila do MŠ, která nebyla rodiči nijak speciálně vybrána. Rodiče dceru přihlásili k předškolnímu vzdělávání pozdě a tato byla jediná MŠ v okolí jejich bydliště, která dívku ještě přijala. Adaptace zde neproběhla dobře (blíže popsáno již dříve). Když si dívka na prostředí přivykla, zapojovala se běžně do dění ve třídě, plnila zadané úkoly, reagovala na pokyny učitelek. V kolektivu byla tichá, nenápadná. Tři roky v MŠ s nikým ústně nekomunikovala. Poté se situace postupně zlepšila a Adélka začala trochu mluvit s učitelkami a s jednou kamarádkou. Pedagogové byli o mutismu dostatečně informováni a byli velice vstřícní a tolerantní.

Do první třídy se dívka těšila, bylo to pro ni známé prostředí a adaptovala se vcelku dobře, ačkoliv prvních několik dní pro ni bylo náročných. Děti zde již od druhého týdne školní docházky museli totiž samostatně, bez pomoci paní učitelky, zvládnout vzít si učebnice z vlastní skříňky (která jde špatně odemknout a zamknout) a následně dojít přes

chodbu a schodiště do své třídy. Podle matky to byl úkol náročný ne jen pro její dceru, ale i pro většinu jejích spolužáků. Dívka se po několika dnech naučila být v tomto samostatná a dále se zde adaptovala dobře. Pouze nechce chodit do ranní družiny, patrně z důvodu, že tam jsou přítomné i děti z jiných tříd.

V ZŠ nyní zatím nemá individuální vzdělávací plán, matka ještě neví, jestli bude toto opatření potřeba. V době rozhovoru matka dosud neměla možnost podrobně mluvit s třídní učitelkou své dcery. Měly ale již naplánovanou schůzku ve složení třídní učitelka, Adélka a matka. Dívka si ve škole vede dobře, zvládá přiměřeně ústně komunikovat. Dokonce již byla Adélka vyvolána před tabulí a i v této vypjaté situaci dokázala mluvit. Ze strany pedagogů je normálně integrována do skupiny, vedou ji k tomu, aby se zapojovala jak může a nebyla účastna jen jako pozorovatelka. Mutismus se nijak negativně neprojevuje na jejím školním prospěchu, doposud byla ze všeho klasifikována jen známkou jedna.

S pedagogy z MŠ byla matka spokojená, přistupovali k její dceři vzhledem k jejímu omezení přiměřeně. Zapojovali ji do skupiny, ale zároveň se snažili ji nevystavovat velkému tlaku. Její nemluvnost akceptovali. Pedagogy ze ZŠ, kam Adélka dochází jen krátce, matka zatím nedokázala posoudit.

Psychologická/psychoterapeutická intervence

Adélka docházela z důvodu mutismu od tří let ke klinické psycholožce – psychoterapeutce. Vyhledání odborníka se uskutečnilo na základě doporučení dětské lékařky. Klinická psycholožka diagnostikovala elektivní mutismus. Dívka sem docházela téměř čtyři roky v intervalu jednou za měsíc, matka byla vždy přítomná. Při první návštěvě Adélka vůbec nespocovala, nemluvila, podle slov matky psycholožku ignorovala. Postupem času začala více spolupracovat, plnila zadané úkoly. Nadále ale vůbec ústně nekomunikovala, o probíhající činnosti nejevila zájem, nedělala nic z vlastní iniciativy, jen na pokyn od psycholožky. Stav zůstával stále stejný zhruba tři roky. Poté Adélka začala s psycholožkou trochu ústně komunikovat a to při práci s hračkou – s mašinkami. Mašinky ji natolik zaujali, že dokázala jednoslovně odpovědět a pokývat hlavou. Od té doby zde byly mašinky využívány při každém terapeutickém sezení. Terapie byla realizována pouze

individuální formou za účasti matky. V terapii byla využívána hra, práce s hračkami, práce s obrázky, pohádkami apod.

Podle matky bylo cílem terapie zmírnit nebo zcela odbourat projevy mutismu, odbourat strach z mluvení. Klinická psycholožka se snažila rozvinout u Adélky komunikaci – kladla jí otázky, na které mohla dívka odpovědět jednoslovně, popřípadě odpovědět jen ano nebo ne, napovídala jí, odpovídala za ní. Dívka psycholožce někdy odpověděla pokýváním hlavou a v posledních devíti měsících terapie někdy i jednoslovně odpověděla. Klinická psycholožka se hodně zabývala možnými příčinami mutismu. Stále zdůrazňovala, že příčinou je nejspíš příliš velké pouto mezi dívkou a její matkou. Tato terapie nebyla příliš efektivní. Sice se psychoterapeutce podařilo dosáhnout drobného pokroku v ústní komunikaci. V té době již ale Adélka mluvila v jiných prostředích lépe a to podle matky zaručeně vlivem jiné terapie. Matka v rozhovoru uvedla, že s psychoterapií a s přístupem odborníka nebyla spokojená, neměla pocit, že by to přinášelo nějaké pozitivní výsledky.

Logopedická intervence

Adélka docházela od tří let z důvodu mutismu na klinickou logopedii. Doporučila to dětská lékařka, která na tříleté preventivní prohlídce zaznamenala dívčinu nemluvnost a špatnou výslovnost některých hlásek. Matka nejprve vyhledala jednu klinickou logopedku, ke které s dcerou docházely devět měsíců. Za celých devět měsíců ale Adélka s touto doktorkou nepromluvila, nespolečně pracovala s ní. Matka se tedy rozhodla změnit odborníka a vyhledala jinou klinickou logopedku, ke které nadále docházely. Matka byla vždy na terapii přítomná.

U této logopedky dívka hned na prvním sezení spolupracovala, jednoslovně odpovídala. Matka v rozhovoru zdůrazňovala veliké rozdíly v porovnání s první logopedkou a také v porovnání s klinickou psycholožkou, u které po několika letech Adélka neudělala takový posun, jako u klinické logopedky hned na prvním sezení. Postupem času byly výsledky stále větší. Dívka s logopedkou čím dál tím více

spolupracovala a čím dál tím lépe komunikovala, po čase mluvila již zcela normálně, bez zábran.

Terapie byla prováděna individuální formou. V terapii byla využívána hra, práce s hračkami, práce s obrázky, pohádky atd. Podle matky bylo cílem terapie zmírnit nebo zcela odstranit projevy mutismu a ze začátku také napravit špatnou výslovnost některých hlásek. V terapii probíhal nácvik komunikace. Začalo se postupným nácvikem neverbálních odpovědí, pokračovalo se nácvikem šeptání, pak jednoslovných odpovědí, víceslovných odpovědí, atd. Matka uvedla, že zvláště nácvik šeptání se ukázal jako velice úspěšný. Klinická logopedka se příliš nezabývala příčinami problému, ale zaměřila se hlavně na přítomnost a budoucnost - aktuální projevy mutismu a jejich postupné odbourávání. Projevy mutismu se u dívky nemírnily jen v komunikaci s touto logopedkou, ale i v jiných prostředích, s jinými lidmi.

Tato terapie se ukázala jako velice efektivní. Adélka během ní udělala veliký pokrok. Projevy mutismu se u ní výrazně zmírnily. Podle slov matky to bylo zcela jistě vlivem této logopedické terapie. Matka byla s terapií a jejími výsledky velice spokojená. Také velmi chválila klinickou logopedku a vyzdvihovala její vnímavý přístup k dceři a to, že umí dobře pracovat s malými dětmi a respektovat jejich individualitu.

Poslední návštěvu u této klinické logopedky absolvovala Adélka na podzim 2016. Vzhledem k dobrým výsledkům terapie a také vzhledem k dobré adaptaci na ZŠ, která právě proběhla, se matka s doktorkou shodly, že nyní pokračovat v logopedické terapii není potřeba.

Psychiatrická intervence

Na základě doporučení klinické logopedky navštívila Adélka s matkou psychiatra. Ten ale vyhodnotil, že nemá smysl zatím nasazovat medikamentózní léčbu a že není potřeba, aby byla dívka v jeho péči.

Jiná odborná péče zaměřená na projevy mutismu u Adélky neproběhla.

4.5 Shrnutí a dílčí závěry

Na základě zpracovaných případových studií lze nalézt odpovědi na položené výzkumné otázky. Výzkumné otázky jsou v této kapitole pro větší přehlednost zopakovány.

1. Popis projevů mutismu od doby jeho prvních příznaků po současnou dobu

První výzkumná otázka: Jaké byly u zkoumaných osob projevy mutismu od doby jeho prvních příznaků po současnou dobu?

U obou dívek byla již od raného dětství nápadná bojácnost a ostych vůči cizím lidem, vyhýbání se ústní komunikaci s cizími a s některými známými lidmi. U obou dívek se mutismus v prostředí úzké rodiny neprojevoval, zde byly vždy schopné mluvit bez obtíží. V obou případech došlo k výraznému propuknutí projevů mutismu při nástupu do MŠ, špatně a dlouho se na pobyt zde adaptovaly. Obě v MŠ dlouhodobě téměř s nikým nemluvily. Klára zde po celou dobu docházky komunikovala jenom s jedním chlapcem. Projevy mutismu se u ní neměnily až do puberty. Poté se postupně samy mírnily. V současné době je Klára schopná bez obtíží ústně komunikovat s rodinou a s lidmi, kteří nevědí o jejím mutismu. V kontaktu s lidmi, kteří tuto informaci znají, se mutismus nadále projevuje, s nimi dívka není schopná mluvit. U Adélky se stav projevů mutismu od posledního roku v MŠ (po třech letech) postupně zlepšoval. Dívka začala trochu ústně komunikovat s učitelkami a s jednou kamarádkou. V současné době bez obtíží mluví s rodinou a částečně je schopná ústně komunikovat se známými lidmi (spolužáci, pedagogové ze ZŠ). S méně známými a s cizími lidmi je většinou schopná pozdravit a někdy i jednoslovně odpovědět.

Lze hodnotit, že u obou dívek je v projevech mutismu patrný pozitivní vývoj. U Kláry k tomuto vývoji došlo nezávisle na odborné terapii, až několik let po jejím ukončení. Zároveň ale je u ní pozitivní vývoj méně výrazný a trval delší dobu, než je tomu v případě Adélky. **Projevy mutismu se mohou postupem času u jedince mírnit samy, bez**

přímého vlivu odborné terapie. Také ale mohou tyto projevy bez efektivní intervence přetrvávat u jedince dlouhodobě, do dospělosti.

2. Popis poskytované odborné péče a její efektivnost v souvislosti s vývojem projevů mutismu

Druhá výzkumná otázka: Jaká intervence zaměřená na projevy mutismu byla těmito osobám poskytnuta?

Třetí výzkumná otázka: Jak byla u těchto osob terapie mutismu efektivní?

Kláře byla z důvodu mutismu dlouhodobě poskytována psychoterapie (přibližně osm let). Za tuto dobu se projevy nijak nezměnily a během celé terapie dívka s psychologem ústně vůbec nekomunikovala. Psychoterapeutická péče byla v tomto případě zcela neefektivní. Logopedická intervence zaměřená na mutismus Kláře poskytována nebyla. Docházela sice krátkodobě ke klinické logopedce, ale to pouze v souvislosti s nápravou výslovnosti hlásek R a Ř. Jiná odborná péče zaměřená na projevy mutismu dívky poskytována nebyla. Projevy mutismu u ní později postupně odeznívaly samy. Adélka z důvodu mutismu docházela současně na logopedickou terapii a psychoterapii. Psychoterapie u ní trvala necelé čtyři roky, v posledních devíti měsících byla dívka schopná psycholožce jednoslovně odpovídat. Tato terapie nebyla u Adélky příliš efektivní. Na logopedickou terapii dívka docházela v období téměř čtyř let. Na logopedické terapii mutismu se u Adélky vystřídal dvě klinické logopedky. Změny v projevech mutismu se ale začaly objevovat až při terapii s druhou klinickou logopedkou, a to hned od prvního terapeutického sezení. Vlivem této logopedické intervence postupně došlo u dívky k celkovému zmírnění projevů mutismu. Tato terapie se u Adélky ukázala jako velice efektivní. Jiná odborná péče zaměřená na projevy mutismu jí poskytována nebyla.

Lze celkově hodnotit, že u zkoumaných dívek byla psychoterapie mutismu neefektivní. Logopedická terapie mutismu v jednom případě velmi efektivní, ve druhém případě neproběhla. Je otázkou, jak velkou roli zde sehrál faktor osobnosti a přístupu odborníka (terapeuta), který na dívky mohl působit příjemně/nepříjemně. **Lze konstatovat, že v případě obou sledovaných dívek s mutismem byla logopedická intervence**

hodnocena jako efektivnější, než psychoterapie. Je nutné brát vždy v úvahu, že do efektivity terapie se promítá i osobnost odborníka a jeho přístup.

3. Popis pedagogického přístupu na MŠ, ZŠ, SŠ

Čtvrtá výzkumná otázka: Jaký byl přístup pedagogů ke zkoumaným osobám v mateřské, základní a střední škole, kam docházely?

Obě dívky se v MŠ setkaly s dobrým přístupem učitelek. Ty akceptovaly jejich nemluvnost a případně jinou formu komunikace. Začleňovaly dívky do kolektivu, zapojovaly je do dění ve třídě. Nestavěly dívky do centra pozornosti, snažily se nevytvářet na ně nepříjemný tlak. Pedagogové také dobře komunikovali s rodiči o projevech dívek v MŠ. V případě Kláry byl stejný pedagogický přístup i na ZŠ a SŠ. Dívka měla na ZŠ i SŠ individuální vzdělávací plán a z něho vyplývající změněné podmínky pro přezkušování (umožněno nahradit ústní zkoušení písemnou formou). Učitelé se jí snažili integrovat do skupiny, zapojovat jí do všech činností. Matka Adélky zatím nemá dostatečné informace pro kvalitní zhodnocení pedagogů ze ZŠ, kam dívka dochází nyní.

Celkově lze konstatovat, že pedagogický přístup na školách kam dívky docházely byl dobrý, matky byly v tomto ohledu spokojeny. (Kromě pedagogického přístupu na ZŠ, do které dochází nyní Adélka; ten zatím nelze zhodnotit.) **Pedagogický přístup ke sledovaným osobám s mutismem byl vzhledem k jejich omezení vhodný – dívky akceptoval, integroval do skupiny, respektoval jejich individualitu, umožnil individuální vzdělávací plán.**

4. Porovnání poskytované odborné péče u zkoumaných osob vzhledem k době, kdy byla tato péče poskytována

Mezi Klárou a Adélkou je věkový rozdíl dvaceti let. U Kláry začala terapie mutismu v jejích pěti letech, tedy v roce 1994 a trvala osm let, tedy do roku 2002. U Adélky začala terapie mutismu v jejích třech letech, tedy v roce 2012 a trvala čtyři roky, tedy do roku

2016. Mezi začátkem terapie mutismu obou dívek je rozdíl osmnácti let. U zkoumaných případů je patrná odlišnost přístupu k terapii mutismu, která se zřejmě odvíjí právě od odlišného období, ve kterém byla dívkám terapie poskytována. V případě starší dívky byla terapie mutismu směřována výlučně na psychoterapii, zatímco v případě mladší dívky byl vedle psychoterapie kladen velký důraz na logopedickou intervenci.

Na základě zkoumaných případů lze usuzovat, že během osmnácti let došlo k částečné změně přístupu k terapii mutismu a do popředí se dostala i logopedická terapie.

Je potřeba konstatovat, že vzhledem ke kvalitativnímu charakteru výzkumného šetření a počtu případových studií nelze výše uvedené závěry považovat za obecně platné.

5 Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Tato bakalářská práce je přínosná především pro oblast speciální pedagogiky a pedagogiky obecně. Příznivé je samotné sepsání dvou případových studií dívek s mutismem a to proto, že tato forma narušené komunikační schopnosti je v populaci zastoupena jen malým procentem. Konkrétních případů není popsáno mnoho, a tudíž každá případová studie osoby s mutismem rozšiřuje poznání tohoto tématu. Zajímavá je i rozdílnost popsaných případových studií, lze porovnat případ dívky, která ještě donedávna docházela na terapii a případ dívky, která terapii mutismu započala již před dvaadvaceti lety.

Jako doporučení pro praxi speciální pedagogiky lze uvést:

- Nepodceňovat nemluvnost dětí a adaptační problémy. Tyto projevy je potřeba pečlivě sledovat, sledovat jejich vývoj a konzultovat situaci s rodiči. To proto, aby byl případně včas diagnostikován mutismus a u dítěte mohla být co nejdříve zahájena příslušná odborná intervence.
- Neočekávat, že projevy nemluvnosti časem samy vymizí. Projevy mutismu se sice mohou zmírnit samy, nelze ale spoléhat na přirozený vývoj jedince. Nemusí být v této oblasti vždy pozitivní, naopak mohou projevy mutismu někdy přetrvávat dlouhodobě.
- Snažit se o co nejlepší spolupráci s rodinou postiženého, ta je v této problematice zásadní.
- Snažit se o týmový přístup – spolupráci terapeutů zajišťujících intervenci, pedagogů, rodiny, pediatra, případně dalších lékařů či jiných osob podílejících se na komplexnosti péče o osoby s mutismem.
- Neodesílat osoby s mutismem automaticky k psychoterapeutům. Vždy se snažit najít nejvhodnější terapii pro konkrétní dítě (může to být logopedická terapie, psychoterapie, psychiatrická terapie nebo jejich kombinace).
- Při kontaktu, práci, terapii s osobou s mutismem je třeba být velice vnímaví, abychom nějakým svým jednáním nevytvořili v jedinci zbytečně další blok, který mu neumožní mluvit ani s námi. Je třeba vytvořit atmosféru důvěry a bezpečí,

jedince nijak neodrazovat, nehodnotit negativně, nevytvářet nepříjemný nátlak, nevyřazovat z kolektivu, dát mu najevo přijetí.

- Podporovat osoby s mutismem a jejich rodiny ke sdružování s dalšími lidmi se stejným omezením. Mohou si tak vzájemně vyměňovat zkušenosti a názory, být si oporou a podporovat se na cestě k cíli.
- Vytvořit v České republice organizaci/organizace pro osoby s mutismem a jejich rodiny. Tyto organizace mohou osoby s mutismem a jejich rodiny sdružovat, informovat je o této problematice, pomáhat jim nalézt nejvhodnější způsob terapie apod.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala tématu péče u osob s mutismem. Práce si kladla za cíl analyzovat odbornou intervenci u osob s mutismem a přístup pedagogů, se kterým se setkaly. První část popsala samotnou formu narušené komunikační schopnosti, mutismus. Zabývala se výskytem tohoto jevu v populaci, příčinami jeho vzniku a faktory, které vyvolávají jeho projevy, klasifikací, prognózou a prevencí. Nastínila i specifickou problematiku v období dětství a dospělosti.

Druhá část se zaměřila na komplexní péči, která může být osobám s mutismem poskytována. Charakterizovala jednotlivé složky podílející se na komplexnosti péče. Dále se hlouběji zabývala logopedickou intervencí, způsobem diagnostiky a vymezením diferenciativně diagnostickým a způsobem její terapie. Přiblížila i zahraniční organizace cílené na osoby s mutismem.

Třetí část práce je výzkumná. Ta nejprve stanovuje cíl, dílčí cíle a výzkumné otázky, následně popisuje vlastní výzkumné šetření kvalitativního charakteru, na jehož základě byly vytvořeny dvě případové studie, sepsané v této práci. Analýza dat umožnila vytvořit dílčí závěry a odpovědět na výzkumné otázky.

Lze říci, že práce svým obsahem splnila stanovené cíle. Cíl práce i dílčí cíle byly splněny, výzkumné otázky byly zodpovězeny. Na problematiku osob s mutismem v kontextu komplexní a odborné péče bylo poukázáno.

Přínos práce pro obor speciální pedagogiky spočívá především ve výzkumném šetření kvalitativního charakteru, který přibližuje konkrétní případy dvou dívek s elektivním mutismem. Na konkrétních příkladech zde ukazuje problematiku této narušené komunikační schopnosti. Důležité je doporučení pro praxi speciální pedagogiky uvedené v závěru výzkumné části. Problematika mutismu a volba nejvhodnější odborné intervence je složitá. Přesahuje rámec logopedie a spadá dále především do oblasti psychologie (případně psychiatrie). Tato práce přináší praktické poznatky o přístupu k terapii mutismu, a to jak ze současné doby, tak z doby před dvěma desítkami let.

Pro pozitivní vývoj – tj. pro zmírnění či vymizení projevů mutismu je podstatná spolupráce rodiny, pedagogů, odborníků – terapeutů, případně lékařů. Zkušenosti

pedagogů a rodiny s touto narušenou komunikační schopností zatím v současné době nejsou velké. Kvůli nízkému výskytu mutismu v populaci se s ním pedagogové jen málokdy mohou ve své praxi setkat. Na místě je tedy větší informovanost, je vhodné činit osvětu o tomto tématu. Tato bakalářská práce také zvyšuje informovanost o problematice mutismu.

7 Seznam použitých informačních zdrojů

Použitá literatura:

BALAŠOVÁ, Jana. *Kapitoly z logopedie*. Vyd. 1. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002, 84 s. ISBN 80-86723-05-4.

BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 252 s. ISBN 978-80-7254-955-9.

BENDOVIÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a. s., 2011, 152 s. ISBN 978-80-247-3853-6.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 200 s. ISBN 978-80-210-4454-8.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012, 236 s. ISBN 978-80-247-3008-0.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Vyd. 3., upravené. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007, 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.

FERDINAND, Oldřich. *Vybrané kapitoly z otolaryngologie a foniatrie pro speciální pedagogii*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 1981, 124 s. ČNB cnb000399365.

HANUŠ, Herbert a kol. *Speciální psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1999, 331 s. ISBN 80-7184-873-5.

HARTMANN, Boris, LANGE, Michael. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti. Rádce pro rodinné příslušníky, postižené, terapeuty a pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 82 s. ISBN 978-80-7387-021-8.

HORT, Vladimír a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

KIML, Josef. *Základy foniatrie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1978, 279 s. ČNB cnb000414827.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Mutismus: metodika reedukace*. Vyd. 1. Praha: Septima, s. r. o., 2007, 36 s. ISBN 978-80-7216-241-3.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 224. s. ISBN 978-80-247-3687-7.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2005, 213 s. ISBN 80-7367-056-9.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-7178-801-5.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. Vyd. 1. Praha: BOMTON agency, 2009, 743 s. ISBN 978-80-904259-1-03.

NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Vyd. 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5.

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2, upravené, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 240 s. ISBN 978-80-86723-85-3.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2., rozšířené a přepracované, Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 4., přepracované a doplněné. Praha: Grada Publishing, 2006, 603 s. ISBN 80-247-1049-8.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978, 459 s. ČNB cnb000160515.

SVOBODA, Mojmír. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd.3. Praha: Portál, 2015, 792 s. ISBN 978-80-262-0899-0.

ŠKODOVÁ, Eva a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 2., aktualizované. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

Použité odborné články:

HARTMANN, Boris. Mutismus in der Schule – ein unlösbares Problem? *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*. 2004, roč. 73, č. 1, s. 29-52.

OMDAL, Heidi. Can adults who have recovered from selective mutism in childhood and adolescence tell us anything about the nature of the condition and/or recovery from it? *European journal of special needs education*. 2007, roč. 22, č. 3, s. 237-253.

PROKEŠOVÁ, Jana. Mutismus v mateřské škole. *Speciál pro mateřské školy: příloha časopisu Řízení školy*. 2012, č. 2, s. 8-9.

SCHOOR, Udo. Schweigende Kinder in der Schule. *Grundschule*. 2001, roč. 33, č. 5, s. 24-26.

webové stránky:

HARTMANN, Boris. Institut für Sprachtherapie [online]. Systemische Mutismus-Therapie [cit. 2016-11-28]. Dostupný z WWW: <<http://boris-hartmann.de/de/mutismus/symut.html>>

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. [online]. Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V. [cit. 2016-11-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.mutismus.de/verein-und-mitglieder>>

Still Leben e. V. Hannover [online]. Therapeutensuche [cit. 2016-12-2]. Dostupný z WWW: <<http://www.selektiver-mutismus.de/therapeutensuche/>>

SHIPON-BLUM, Elisa. Smart center [online]. Selective mutism anxiety and research treatment center [cit. 2016-12-2]. Dostupný z WWW: <<http://selectivemutismcenter.org/aboutus/aboutus>>

Selective mutism foundation [online]. Our mission [cit. 2016-12-2]. Dostupný z WWW:
< <http://www.selectivemutismfoundation.org/about-us/our-mission>>

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Struktura otázek použitých ve výzkumném šetření

Příloha č. 2 – Evaluační dotazník k sociálně interaktivnímu komunikativnímu chování u mutismu

Příloha č. 3 – Záznamový arch k vyšetření mutismu