

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Analýza současných názorů na mutismus v odborné české i cizojazyčné literatuře

Analysis of current views of mutism in specialized Czech and foreign literature

Bc. Petra Páleníková

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Analýza současných názorů na mutismus* v odborné české i cizojazyčné literatuře 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.

Praha, 8. 4. 2015

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí této diplomové práce doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a připomínky, které přispěly k úspěšnému dokončení práce.

Za podporu děkuji také mé milující rodině a TB.

Obsah

1 Úvod.....	7
2 Pojetí mutismu ve vybrané české literatuře	8
2.1 Vymezení mutismu	8
2.2 Etiologie a výskyt elektivního mutismu, prevence	11
2.3 Symptomatologie elektivního mutismu	17
2.4 Diagnostika elektivního mutismu, diferenciální diagnostika	22
3 Pojetí mutismu ve vybrané zahraniční literatuře	30
3.1 Vymezení mutismu	30
3.2 Etiologie a výskyt selektivního mutismu, prevence.....	34
3.3 Symptomatologie selektivního mutismu.....	38
3.4 Diagnostika selektivního mutismu, diferenciální diagnostika	42
3.5 Terapie selektivního mutismu, prognóza	49
3 Analýza současných názorů na mutismus v odborné české a cizojazyčné literatuře ..	57
3.1 Analýza vymezení mutismu v české a v cizojazyčné literatuře.....	57
3.2 Analýza etiologie, výskytu a prevence mutismu v české a cizojazyčné literatuře	59
3.3 Analýza symptomatologie mutismu v české a cizojazyčné literatuře.....	62
3.4 Analýza diagnostiky a diferenciální diagnostiky mutismu v české a cizojazyčné literatuře	65
3.5 Analýza terapie a prognózy mutismu v české a cizojazyčné literatuře.....	67
5 Závěr	70
6 Seznam použitých informačních zdrojů	73
7 Seznam příloh	80

Abstrakt

Diplomová práce je z oblasti speciální pedagogiky a zabývá se mutismem z pohledu odborné české i cizojazyčné literatury. Práce je teoretického charakteru a je rozdělena na tři části. V první kapitole je popisován mutismus, jeho etiologie, symptomy, diagnostika a terapie na základě studia české odborné literatury. Druhá kapitola popisuje stejné kategorie, ovšem na základě studia zahraničních odborných zdrojů. Poslední část práce je věnována analýze a komparaci získaných poznatků v jednotlivých oblastech. Největší rozdíly se vyskytují v oblasti diagnostiky a terapie mutismu, které jsou v cizojazyčné literatuře více rozpracovány, než v literatuře české. Dílčí rozdíly se objevují ve všech ostatních oblastech mutismu. Charakteristickým rysem cizojazyčné literatury je v oblasti etiologie mutismu teorie učení, v oblasti symptomů i terapie sociální anxiozita a celkově dominantní vliv Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch. Česká literatura poskytuje množství odlišných názorů nejen na vymezení mutismu, ale i na etiologii a symptomatologii. Oblast diagnostiky a terapie není v české literatuře hlouběji rozpracována.

Klíčová slova

selektivní mutismus, mlčení, sociální úzkost, školní docházka, osobnostní rysy, socializace, psychoterapie, porucha smyslového zpracování, behaviorální terapie

Abstract

This diploma thesis deals with mutism from the perspective of specialized czech and foreign literature. The character of the thesis is theoretical and the thesis is divided into three parts. In the first chapter, there is mutism described based on the study of czech specialized literature as well as etiology, symptoms, diagnostics and treatment. The second chapter describes the same categories but based on the study of foreign literature. The last part is dedicated to the analysis and comparison of acquired knowledge in particular areas. The most significant differences can be found in the area of diagnostics and therapy of mutisms, which are more elaborated in foreign literature than in Czech literature. Some differences appear in all other areas of mutism. The learning theory is the characteristic feature of foreign literature in the field of etiology of mutism, also the social anxiety is the characteristic feature in the area of symptoms and treatment; overall we can see a dominant influence of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. The Czech literature provides a number of different views not only on the definition of mutism, but also on the etiology and symptomatology. The diagnostics and the therapy of mutism is not further elaborated in the Czech literature.

Keywords

selective mutism, silence, social anxiety, school attendance, personality traits, socialization, psychotherapy, Sensory Processing Disorder, behavioral therapy

1 Úvod

Mutismus, jakožto jeden z druhů narušené komunikační schopnosti, stojí na okraji zájmu většiny z odborné literatury. Toto onemocnění svou povahou zasahuje nejen do logopedie, ale i do oblasti psychologie. Přestože se mutismus nevyskytuje příliš často, může přinášet rozličné negativní důsledky, a nejen z tohoto důvodu si zaslouží svou pozornost na poli odborné literatury.

Vzhledem k tomu, že v české literatuře se objevuje omezené množství poznatků o mutismu, nabízí se pro rozšíření literatura zahraniční. Předložená diplomová práce „*Analýza současných názorů na mutismus v odborné české i cizojazyčné literatuře*“ bude nahlížet na mutismus z pohledu českých odborníků i z pohledu odborníků zahraničních. Cílem práce je analýza poznatků o mutismu v české i zahraniční literatuře a komparace těchto poznatků.

Diplomová práce je teoretického charakteru a bude rozdělena na tři hlavní části. V první části je rozpracováno nejen vymezení mutismu, jeho etiologie, symptomy, diagnostika, diferenciální diagnostika, ale i terapie nebo prognóza na základě studia české odborné literatury. V druhé části je mutismus popisován ve stejných oblastech, ovšem z hlediska zahraničních odborných zdrojů. Poslední část práce se věnuje analýze a komparaci daných poznatků v rámci jednotlivých kategorií.

Autorka práce si je vědoma možného zkreslení, které je dáno již samotným výběrem literatury, omezenou dostupností především zahraničních zdrojů i znalostí angličtiny, neboť část, věnující se mutismu z pohledu cizojazyčné literatury, je založena na autorčiných vlastních překladech zahraničních pramenů.

2 Pojetí mutismu ve vybrané české literatuře

2.1 Vymezení mutismu

Problematika mutismu je v literatuře vymežována různými způsoby, které mimo jiné spojuje nejednotnost terminologie. Pro základní orientaci lze nahlédnout do Mezinárodní klasifikace nemocí, v jejíž desáté revizi (2008) je mutismus řazen do kapitoly „Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98), podkapitoly F.94 „Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání“. Elektivní mutismus (F94.0) definuje 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 odtažitost, citlivost nebo odpor.“*

Označení mutismus pochází z latinského slova *mutus*- němý a lze jej charakterizovat jako ztrátu schopnosti užívat mluvenou řeč, která vzniká na neurotickém podkladu (Sovák In Edelsberger, Sovák, 2000). Jde o psychogenně podmíněné postižení, bez přítomnosti organického poškození centrální nervové soustavy (Dvořák, 1998). Mutismus jako nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která není způsobena organickým poškozením mozku definuje také J. Klenková (2006). V rámci mutismu pak můžeme charakterizovat jeho jednotlivé typy. Tato problematika také souvisí s rozlišováním němoty a mutismu, které můžeme nalézt např. u M. Sováka (In Edelsberger, Sovák, 2000). Ten uvádí, že hlavním rozdílem mezi němotou a mutismem je snaha něměho člověka o komunikaci různými prostředky (psaním, mimikou až pantomimou). Naopak elektivní mutismus popisuje jako negativistické chování nebo mluvní negativismus a vztahuje jej výhradně na školní prostředí- hovoří o žákovi 1. nebo 2. třídy, který odmítá mluvit s učitelem nebo ve škole obecně, přestože v jiném prostředí komunikuje bez zábran. Pojem **elektivní mutismus** byl poprvé použit v roce 1934 švýcarským psychiatrem Moritzem Tramerem (Malá In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá 2000).

J. Dvořák (1998) v rámci souhrnného pojmu mutismus vymezuje následující typy:

- mutismus autistický- syndrom dětské schizofrenie; objevuje se nedostatek mluvní iniciace
- neurotický- mlčení v určitých náročných společenských situacích, které je dáno neurotickými zábrany
- perzistentní- mutismus přetrvávající nejméně jeden měsíc
- psychotický- mutismus jako symptom psychózy
- reaktivní- mutismus vznikající v časové souvislosti s traumatem/ psychotraumatem
- situační- nemluvnost, která se objevuje pouze krátkodobě v určité situaci
- totální- mlčení se objevuje ve všech situacích/ prostředích a ve styku se všemi osobami
- tranzientní- přechodný mutismus
- traumatický- vznik v návaznosti na jednoznačně vymezené emocionální nebo tělesné trauma
- mluvní negativismus- odmítání mluvní komunikace jako vyjádření vzdoru a nepřátelství
- logofobie- útlum mluvené řeči ze strachu
- mluvní ostych- mlčení ze studu
- mutismus primární- nesprávné označení pro absenci mluvené řeči od počátku vývoje dítěte a
- mutismus totální specifický- na podkladě silného psychického traumatu se zjevnou snahou daného jedince o komunikaci
- selektivní a elektivní mutismus užívá jako synonyma pro útlum artikulované řeči, který se projevuje jen v určitých situacích/ s určitými lidmi nebo v určitém prostředí (v jiném prostředí dítě verbálně komunikuje)

Pojem selektivní mutismus jako označení mluvního negativismu u dětí používá např. i M. Sovák (1989), který hovoří o výchovném problému. Pojmem mutismus pak označuje náhlou ztrátu řeči i hlasu po úleku u dospělých, opět se zachovalým zájmem daného jedince o komunikaci jinými prostředky a způsoby. Stejně tak J. Vyšestjn (1995) používá pojmy mluvní negativismus a elektivní mutismus jako synonyma.

M. Vágnerová (2004) užívá termín elektivní mutismus jako výběrový a upozorňuje na skutečnost, že se nejedná o primární postižení řeči, ale o poruchu jejího užívání.

Další vymezení nabízí M. Lejska (2003):

1. **totální** mutismus- spíše vzácný; mutismus se objevuje ve všech situacích

2. mutismus **elektivní** (výběrový)

a) situační- např. u lékaře apod.

b) reaktivní- důsledek psychotraumatu

Přestože se o mutismu hovoří nejčastěji v souvislosti s obdobím dětství, není vyloučené setkat se s mutismem i u dospělé osoby. V těchto případech se ovšem jedná o symptom v rámci klinického obrazu jiného postižení- především poruch osobnosti, sociálních fobií nebo psychotických poruch (Škodová In Škodová, Jedlička, 2007). Selektivní mutismus jako psychickou zábranu hlasité řeči charakterizuje dle I. Bytešnickové (2012) **výběrovost** situací, ve kterých je dítě schopno hovořit. Tato výběrovost je emocionálně podmíněná a dítě v jiných situacích prokazuje, že je schopno verbálně komunikovat. V případě totálního mutismu se jedná o úplnou neschopnost komunikace, která se vyskytuje ve všech prostředích. Mutismus je psychogenně podmíněnou poruchou bez organického postižení centrální nervové soustavy, bez periferně- impresivní nebo periferně- expresivní organické poruchy- tzn. sluchové a řečové schopnosti jsou zachovány (Bytešnicková, 2012)

E. Škodová (In Škodová, Jedlička 2007) pod pojem mutismus zahrnuje všechny poruchy užívání mluvené řeči, které vznikají náhle a na podkladě různé etiologie. V oblasti logopedie se nejčastěji setkáme s **mutismem elektivním** (selektivním), kdy se ztráta schopnosti užívat mluvenou řeč váže na určitou osobu nebo situaci; dále **mutismus totální**, kdy je ztráta schopnosti užívat mluvenou řeč rozšířena na všechny oblasti, osoby nebo prostředí; a v neposlední řadě lze hovořit o **surdomutismu**, kdy je útlum rozšířen i na oblast slyšení (surdomutismus ale spadá spíše do oblasti psychiatrie a v logopedické oblasti mu není věnováno příliš pozornosti). Elektivní mutismus chápe jako obranný mechanismus- reakci na aktuální psychotrauma nebo chronickou frustraci, pokud nejsou uspokojovány základní psychické potřeby dítěte. H. Hanuš (1999) vnímá

elektivní mutismus jako symptom sociálně úzkostné poruchy v dětství, která většinou netrvá déle než šest měsíců.

Složitost odlišení mutismu a negativismu nastiňuje také J. Pečeňák (In Lechta, 2003). Upozorňuje na fakt, že mutismus nelze považovat za záměrné vůlí kontrolované mlčení, i když odlišení mutismu od negativismu je někdy velmi obtížné. Úmyslné mlčení je pak označováno jako aphrasia voluntaria (dobrovolná nemluvnost). Vedle **perzistentního** a **tranzientního mutismu** zmiňuje J. Pečeňák (In Lechta, 2003) také **mutismus situační** (s krátkodobými a psychologicky jasně srozumitelnými příznaky; omezení funkčnosti je relativně málo významné a nevyžaduje specializovanou péči) a **mutismus reaktivní** (porucha vznikající v jasné časové souvislosti s psychotraumatizujícím zážitkem). Výskyt občasného přechodného situačního mutismu u předškolních- především citlivých nebo přehnaně stydlivých- dětí popisuje také D. Krejčířová (In Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Jedná se především u situace u lékaře, při zápisu do mateřské školy a další pro dítě náročné a nové situace.

Z výše uvedených poznatků je patrná různost v terminologii především v oblasti rozlišení mutismu a (mluvního) negativismu. Nejčastěji se vyskytuje základní vymezení mutismu totálního a (s)elektivního, v rámci (s)elektivního mutismu pak rozlišení mutismu tranzientního a perzistentního. O mutismu hovoříme především v období dětství, což naznačuje také zařazení (elektivního) mutismu v Mezinárodní klasifikaci nemocí (2008). U dospělých osob se vyskytuje mutismus jako součást klinického obrazu různých, nejčastěji psychických onemocnění. Mutismus je často označován jako porucha sociální adaptace; jedná se o poruchu užívání mluvené řeči. Pro účely této práce se v dalších kapitolách budeme zabývat především mutismem (s)elektivním.

2.2 Etiologie a výskyt elektivního mutismu, prevence

O mutismu můžeme hovořit jako o primárně psychogenně podmíněné poruše, bez organického poškození centrální nervové soustavy. Může se jednat o reakci na aktuální psychotrauma nebo naopak o chronickou frustraci, kdy nejsou uspokojovány základní psychické potřeby dítěte. Mezi tyto základní potřeby řadíme např. potřebu bezpečí,

potřebu dostatečného množství podnětů nebo osamostatnění od rodičů a socializaci ve vrstevnické skupině (Pečeňák In Lechta, 2003).

I. Bytešniková (2012) rozlišuje příčiny **endogenní** a **exogenní**. Nejvýznamnějším endogenním faktorem je velká psychická senzibilita, především k vlastním výkonům. Většina dětí předškolního věku je živá, impulzivní, s bezprostředními reakcemi, ale zároveň jsou snadno ovlivnitelné různými podněty, stejně tak jejich emoční prožívání je intenzivní, ale proměnlivé, málo stabilní. S počátkem školní docházky by mělo dojít k postupné stabilizaci a větší vyrovnanosti (Vágnerová, 2007). Exogenními faktory jsou především požadavky kladené na dítě jeho prostředím- přehnané požadavky na řečový výkon nebo na výkon dítěte obecně. M. Lejska (2003) uvádí, že se vždy jedná o kombinaci vnitřní predispozice a vnějšího vyvolávajícího faktoru.

Faktory, které mohou mutismus vyvolávat nebo působit na jeho průběh rozdělil J. Pečeňák (In Lechta, 2003) do následujících skupin:

1. příčiny bezprostředně vyvolávající- akutní psychotraumatizace:

a) začátek školní docházky- nejčastější faktor

b) psychotraumatizující činitel- změna prostředí, konflikt mezi rodiči, nepřiměřený trest, odpor proti nepřiměřeným nárokům na dítě, výsměch spolužáků apod.

2. predispoziční faktory- faktory dané osobnostní konstitucí a vlivy, které mají charakter chronické frustrace

a) faktory ovlivňující celkovou funkčnost dítěte, jeho schopnost začlenit se do kolektivu vrstevníků a adaptovat se na změny- např. intelektový deficit, řečová vada, tělesná stigmatizace

b) rodinné faktory- hyperprotektivní výchova spolu se separační anxiozitou (strach z odloučení), nadměrné nároky na dítě, trestání dítěte, nedostatečná emocionální podpora dítěte, nejednotnost ve výchově spojená s „bojem o dítě“, konflikty mezi rodiči nebo sourozenecká rivalita

c) osobnostní rysy- pocity viny, neschopnosti, opoziční chování, úsilí o manipulaci s okolím, anxiózní rysy

d) chronické stresové faktory- příliš přísní učitelé, strach z trestu, strach z agresivity nebo výsměch ze strany spolužáků

3. udržovací faktory

a) nejčastěji přetrvávání výše uvedených faktorů

b) reakce okolí na nemluvnost dítěte- tresty, výsměch, sociální izolace, nátlak na dítě apod.

D. Kutálková (2007) hovoří o mutismu jako o důsledku extrémního prožívání psychické zátěže v komunikační situaci s kombinací několika okolností nebo vlivů, které mohou pocházet z následujících oblastí:

1. prostředí

a) mutismus vznikající jako důsledek *komunikačních kolizí*, které jsou způsobené mluvním vzorem- rychlé tempo, nevýrazná mimika nebo melodie řeči, neurotické prvky v chování členů rodiny, komplikovaná větná stavba u členů rodiny, slovní zásoba nepřiměřená věku dítěte, velký rozdíl mezi řečí dítěte a dospělých atd. vede k nepochopení sdělovaným informacím. U dítěte panuje nejistota vzhledem k obsahu i kvalitě výpovědi.

b) mutismus vznikající jako důsledek *strachu ze selhání*, které je způsobeno výchovným stylem- a to autoritativním (dítě nemá možnost naučit se samo rozhodovat), perfekcionistačtým (na dítě je vyvíjen velký tlak vysokými nároky) nebo nejednotným stylem (vyvolává nejistotu, jak bude dospělý aktuálně reagovat). Také nesoulad reakcí matky a dítěte vede ke komunikačním neúspěchům, které snižují přirozenou touhu po kontaktu.

c) mutismus vznikající jako *přívodní jev* napodobených extrémních emočních reakcí, které dítě přebírá z modelu chování dospělých- dle jejich vnějších projevů emocionálních reakcí, schopnosti/ neschopnosti řešit zátěžové situace, afektivní reakce na neúspěch apod.

d) mutismus vznikající jako důsledek *strachu z odmítání*, který vzniká v případě nechtěného dítěte, při citové deprivaci nebo nedostatečné odpovědi na snahu o kontakt.

e) mutismus vznikající jako *obranná reakce* proti možnému selhání v případě, že na dítě jsou kladeny vysoké požadavky, které nereflektují možnosti dítěte.

f) mutismus vznikající jako prostředek *vyhnutí se komunikačnímu neúspěchu* v případě malých zkušeností s aktivní komunikací (např. vlivem nadměrného sledování televize apod.).

g) mutismus vznikající jako důsledek *nezvládnuté nadměrné emocionální zátěže*- např. při hospitalizaci.

2. receptory- vznik mutismu může ovlivnit handicap různého původu, např. porucha sluchu nebo zraku, kosmetická vada atd.. Vznikají pocity méněcennosti a nejistoty v sebehodnocení a sebeprožívání. U poruch sluchu dochází k narušení sociální funkce řeči kvůli komunikačním neúspěchům.

3. nervové dráhy a zpracování informace, korové funkce

a) nedostatky ve zrakové a sluchové percepci různé etiologie omezují možnost zapamatovat si a napodobit mluvní vzorce, což vede k neúspěchům v komunikaci, které vyvolávají stresové reakce a dále blokují zapamatování mluvních vzorů.

b) perinatální problémy a nedonošenost, projevy poruch pozornosti a hyperaktivity, nervová a emocionální labilita na bázi neurologického nálezu nebo nezralosti centrální nervové soustavy.

c) častá onemocnění dítěte a oslabení organismu vedou k pocitům nedostatečnosti nebo neúspěchu dítěte v důsledku vyčerpání fyzických možností.

d) výskyt v rodině a dědičnost neurotických povahových rysů, lability nebo úzkostnosti.

4. odstředivé dráhy a efekty- dochází k neschopnosti přesně napodobit mluvní vzorce a ke komunikačním kolizím vlivem nedostatků v motorice a pohybové koordinaci; tyto nedostatky jsou různé etiologie.

5. reakce okolí

a) mutismus vznikající jako obranná reakce na *nevhodné postoje rodiny* k mluvním projevům dítě (nevhodné reakce na potíže v řeči, nepřiměřené způsoby rozvíjení řeči atd.).

b) vznik stresové a obranné reakce na *direktivní a výukové způsoby korekce* řečových projevů nebo chování.

c) mutismus vznikající jako důsledek *stresové reakce a nejistoty* v reakci na nepřiměřené usnadňování komunikace dítěti, které tak nemá dostatek konverzačních zkušeností, naopak se snižuje potřeba komunikovat.

d) pocity méněcennosti vyvolané *netaktními reakcemi okolí* na handicap dítěte, může docházet až ke snaze omezovat sociální kontakty.

e) pocity permanentní neúspěšnosti vznikající na podkladě *nevhodných výchovných reakcí* na projevy ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou).

Pravděpodobnost vzniku elektivního mutismu mohou dle odborníků zvyšovat různé faktory. M. Vágnerová (2004) mezi tyto faktory řadí geneticky **podmíněné osobnostní rysy**- např. zvýšená stydlivost, úzkostnost, obtíže v separaci, nadměrné obavy z cizích lidí nebo vyhýbání se kontaktu s cizími lidmi. Dalším negativním faktorem může být hyperprotektivní výchova a snaha udržet dítě v závislosti (Klenková, 2006). Mezi **predispoziční faktory** dle H. Hanuše (1999) patří také výskyt identické poruchy u rodičů, výskyt duševních poruch u rodičů, poruchy řeči, mentální retardace, počátek školní docházky, ale také imigrace, psychosociální stres zažité dítětem před třetím rokem života nebo výchova hyperprotektivní matkou. Negativní důsledky přehnaně ochranné výchovy popisuje K. Balcar (In Říčan, Krejčířová, 1997). Příliš úzkostný rodič omezuje volnost dítěte, brání tak přirozenému vývoji a utváří sebepojetí dítěte, které pak samo sebe považuje za velmi zranitelné a slabé, neschopné a zklamávající rodiče, kteří mají vysoké nároky. U dítěte se pak může objevit neurotizace v podobě

zakoktávání, tiků, nebo právě utlumenosti v projevu, strachu z cizích lidí, stydlivosti nebo červenání.

Podobně E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) zmiňuje nejen zvýšený výskyt vyhubavých a fobických poruch v rodině mutistických dětí, ale- v některých případech- i delece krátkého raménka osmnáctého chromozomu.

Adaptační potíže vychází ze vzájemného působení dědičných předpokladů reagovat na zátěž a vyrovnávat se s ní a charakteru vnějších vlivů, které představují zátěž. Genetické předpoklady k neurotickým reakcím jsou polygenního charakteru. Zvýšený výskyt neurotických projevů v rodině nemusí souviset jen s dědičností dispozic, ale také s tím, jaké jsou vztahy a komunikace v této rodině (Vágnerová, 2000).

Rodina je nejvýznamnějším sociální skupinou, která zásadním způsobem ovlivňuje rozvoj psychiky dítěte (Vágnerová, 2007). Rodina dítěti poskytuje sociokulturní zkušenost, je (resp. měla by být) zdrojem jistoty a bezpečí, čím ovlivňuje rozvoj pocitů sebejistoty a sebedůvěry, tedy i uplatnění schopností dítěte. Pojem rodina se často používá v různých kontextech a významech, ale ne vždy představuje to samé- můžeme hovořit o rodině úplné, neúplné, jednodětné, bezdětné nebo s nevlastním dítětem apod., což spolu s dalšími faktory utváří individuální obraz rodiny včetně jejího působení na dítě. Na dítě může působit negativně např. rozvod rodičů, odloučení od jednoho z rodičů, úmrtí v rodině, nestabilita rodinného prostředí, neakceptace dítěte rodiči, neshody mezi rodiči a prarodiči, nový partner jednoho z rodičů nebo také ekonomická situace a hodnotová orientace (Kovařík, 1990).

Jedním z možných faktorů, podílejících se na rozvinutí mutismu, mohou být přílišné **nároky z okolí**. Už M. Sovák (1989) hovořil o stresech u dětí, které mohou být podceňovány. Negativně působí především uspěchanost nebo nedostatek citových vazeb vynahrazován materiálním nadbytkem. Už ve své době negativně hodnotil přemíru informací- jak aktuálně zní tato slova v dnešní době. Také školní prostředí nabízí určité stresové situace v případě neúspěchu, ale také s termínovanými úkoly, úkoly na čas nebo v případě přísného nebo příliš nadřazeně vystupujícího pedagoga. Situaci mohou ještě zhoršit rodiče, které už v předškolním období dítě „straší školou“ (Sovák, 1989).

Z hlediska etiologie se odborníci shodují, že se jedná o **heterogenní syndrom** a hovoří o značném množství různých příčin a jejich vzájemných kombinacích. Objevuje se nejčastěji v předškolním věku, mírně převažuje výskyt u děvčat (Škodová In Škodová, Jedlička, 2007). Graham a kol. (1999 in Vágnerová, 2004) uvádí, že **výskyt** mutismu nesouvisí s úrovní intelektu, i když častěji se s mutismem setkáme u dětí s mírně podprůměrnou inteligencí. Naopak M. Sovák (1989) popisuje častější výskyt u dětí rozumově nadprůměrných. J. Pečeňák (In Lechta, 2003) uvádí výskyt asi tří až osmi případů na deset tisíc dětí. H. Hanuš (1999) hovoří o jednom procentu dětí ve věku mezi pěti a šesti lety, shodně s mírnou převahou u děvčat. E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) pozoruje výskyt nejčastěji v souvislosti se začátkem školní docházky s vyšším výskytem u dětí, jejichž mateřský jazyk je jiný, než úřední jazyk země.

Prevence by měla být zaměřena právě na výše zmíněné oblasti- mimo jiné upozornit rodiče, aby dítě netlačili k mluvě (např. pokyny „řekni ...!“), a to obzvláště před cizími lidmi nebo v nových prostředích. Také pedagogové mateřských škol by měli být seznámeni s problematikou mutismu např. v souvislosti s produkcí na besídkách apod. (Škodová In Škodová, Jedlička, 2007). Vzhledem ke komunikaci v rodině doporučuje I. Špaňhelová (2009) rodičům, aby se v komunikaci s dětmi vyvarovali vyhrožování, manipulaci, mlčení jako trest, ponižování, nadřazenost nebo zamlčování. Naopak doporučuje konkrétnost, naslouchání, vzájemnost nebo sdělování pocitů.

2.3 Symptomatologie elektivního mutismu

Základním projevem mutismu, jak už napovídá jeho vymezení, je porucha užívání mluvené řeči- tedy **mlčení**- které je situačně vázáno. Komunikace můžeme definovat jako lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření/ udržování/ pěstování mezilidských vztahů. Komunikace není podstatná jen pro mezilidské vztahy, ale také pro rozvoj osobnosti nebo pro přenos informací (Klenková, 2006). V běžné sociální populaci je mlčení významným nepřátelským signálem (Pečeňák In Lechta, 2003). I. Vaňková (1996) uvádí, že člověk volí mlčení namísto mluvy v podstatě ze dvou možností: pokud nesmí, nebo nemůže; pokud nechce, nebo nedovede. V komunikačním procesu mlčící partner vždy hovoří, i když ne verbálně- díky tomu můžeme i mlčení

interpretovat, nese nějaký význam. Pro komunikaci je potřeba mimo jiné i vůle porozumět hovořnému, proto lze tuto vůli uplatnit i v případě, že komunikační partner mlčí, i když mlčení s sebou nese jisté riziko pro interpretaci, protože je na první pohled „prázdné“. Mlčení může nést různé významy a sloužit k různým účelům. Němotu pak můžeme definovat jako neschopnost používat nebo ovládat mluvní ústrojí, neschopnost mluvit (Vaňková, 1996).

Mlčení jedince je většinou vnímáno jako vzdor, trestání okolí nebo naopak snaha o upoutání pozornosti (Pečeňák In Lechta, 2003). U mutismu se ovšem nejedná o nemluvnost zvolenou daným dítětem cíleně, autoři (např. Dvořák, 1998, Škodová, 2007 a další) se shodují, že nemluvnost je dána konkrétním prostředím/ situací nebo osobami.

Elektivní mutismus, jakožto nejčastější typ mutismu, je charakterizován nemluvností v určitých situacích. **Nemluvnost** je v daném kontextu snadno předvídatelná- je tedy pro situaci charakteristická nebo vysoce pravděpodobná. V jiných situacích je verbální produkce daného dítěte dostatečná pro efektivní komunikaci (Pečeňák In Lechta, 2003). Nejčastěji se o nemluvnosti hovoří v souvislosti se školním prostředím (ať už prostředí mateřské nebo základní školy), kdy dítě nemluví jen s učitelem, nebo ve škole nemluví vůbec. Mimo dané prostředí dítě normálně komunikuje (Vágnerová, 2004). Nejsou ovšem vyloučeny případy, kdy naopak dítě nehovoří doma nebo s určitými členy rodiny (Škodová In Škodová, Jedlička, 2007).

Nástup do mateřské školy má specifický socializační význam a představuje přechod mezi rodinným prostředím a prostředím školy. Na dítě jsou kladeny nároky nejen ve smyslu zralosti a připravenosti na tuto zátěž. Dítě musí respektovat autoritu dospělé osoby (pedagoga), podřídit se řádu školy, prosadit se ve skupině dětí a budovat vztahy se svými vrstevníky. Vytváření vztahů s vrstevníky je dle M. Vágnerové (2005) ovlivněno také zkušenostmi z rodiny. Dítě, které se doma cítí bezpečně a jistě, si tuto zkušenost přenáší i do prostředí mateřské školy. Jedná se především o děti pozitivně emočně laděné s očekáváním pozitivní sociální interakce. Samotné pozitivní ladění dítěte je určitým faktorem, který usnadňuje sociální interakci. Pokud si dítě přináší z rodinného prostředí negativní zkušenosti, odráží se i v navazování vztahů v kolektivu. Dítě nemá pozitivní očekávání, může se chovat agresivně, neumí navázat kontakt nebo respektovat pravidla atd. Takové dítě většinou bývá odmítáno, což prohlubuje jeho

negativní zkušenosti. K těmto faktorům se připojují vrozené dispozice dítěte, jeho temperament a další vlastnosti (Vágnerová, 2005).

Také **počátek školní docházky** s sebou přináší nemalé nároky a zátěž. Každé oslabení dítěte (ať už na podkladě zdravotních, emočních nebo jiných příčin) se může stát překážkou, která dítěti znesnadňuje zvládat a naplňovat požadavky na něj školní docházkou kladené. Jednou z podmínek zahájení školní docházky je školní zralost, která by měla zaručit, že dítě vstupující do základního vzdělávání bude schopné tuto zátěž zvládnout. Jde o dosažení takového stupně vývoje, který dítěti umožní úspěšně si osvojovat školní znalosti a dovednosti. O něco širším pojmem je pak školní připravenost nebo způsobilost, která zahrnuje vnější i vnitřní vlivy (hodnotíme tělesný vývoj a zdravotní stav, věk dítěte, rozdíly mezi chlapci a dívkami, podnětnost výchovného prostředí, ale i požadavky školy nebo psychickou zralost, pracovní vyspělost a citovou a sociální zralost) (Šturma In Říčan, Krejčířová a kol., 1997).

Vlivem nemluvení v daném prostředí je dítě negativně vnímáno ze strany vrstevníků/ pedagogů nebo rodičů, bývá negativně hodnoceno a může docházet až k izolaci, protože od dítěte se v tomto období již očekává schopnost komunikace. Stejně tak mohou mít dotčené osoby tendence k trestání dítěte, vytváření nátlaků na dítě, aby promluvílo, případně používat pocity viny atd.. Mlčení ovšem může být používáno dítětem jako trest pro okolí a může dítěti přinášet zisk v podobě zaměření pozornosti- J. Pečeňák (In Lechta, 2003) hovoří o uplatňování agresivních tendencí (ale ne na plně vědomé úrovni). Dle M. Vágnerové (2004) vyvolává mlčící dítě v jeho okolí pocity bezmocnosti a nejistotu, jak se k dítěti chovat.

Neverbální komunikace může být u některých dětí zachována (s čímž souhlasí i M. Lejska, 2003), může být přítomen šepot nebo i jednoslovné odpovědi (Pečeňák In Lechta, 2003). J. Dvořák (1998) uvádí, že u dětí se neprojevuje úzkost, strach, logofobie, ale ani snaha o komunikaci, stejně tak ale nelze určit ani negativistický postoj. Naopak M. Sovák (1989) charakterizuje mutistické dítě jako dítě s nezájmem o komunikaci, které je odmítavé i chováním. Vývoj řeči nemusí být výrazněji narušen (Vágnerová, 2004), s čímž souhlasí také H. Hanuš (1999), který doplňuje další projevy jako sociální izolace a stažení, odpor ke škole, funkční enurézu a enkoprézu, kompulzivní projevy, negativismus nebo afektivní výbuchy. Dle E. Malé (In Hort,

Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) se až u 50% dětí s mutismem objevuje také opožděný vývoj řeči nebo poruchy řeči/ artikulace.

O. Kučera (1954, In Balašová, 2003) rozděluje na základě symptomů děti s elektivním mutismem do tří skupin:

1. skupina dětí psychicky labilních, citlivých, s převahou útlumového procesu.

U této skupiny dětí je mutismus obrannou reakcí, která se často vyskytuje u dětí s podprůměrnými schopnostmi s následnými neúspěchy ve škole.

2. skupina dětí povahově a citově vyrovnaných, které ale prožily závažnou traumatickou situaci nebo konflikt. U těchto dětí se nejdříve objeví reakce v podobě totálního mutismu, který postupně přechází v mutismus elektivní, kdy dítě mluví jen s některými osobami. Elektivní mutismus je přechodný a dítě brzy začne komunikovat bez problémů. V tomto případě se jedná o traumatickou neurózu s hysterickou inhibicí řečové motoriky a elektivní mutismus je hodnocen jako přechodný z mutismu totálního.

3. skupina dětí s elektivním mutismem, které se úzkostlivě vyhýbají slovům, do nichž se soustředí neurotický konflikt dítěte. Elektivní mutismus se objevuje jako vyhraněný psychoneurotický příznak, který je zvláštním případem úzkostné hysterie.

Dle E. Malé (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) se u mutistických dětí objevují **temperamentové charakteristiky** jako je plachost, uzavřenost, citlivost, stydlivost, ale také tvrdohlavost nebo nepřístupnost; často se u těchto dětí objevují poruchy emocí nebo chování. J. Dvořák (1998) hovoří o pasivních dětech, J. Vyštejn (1995) pak o dětech plachých, ostýchavých nebo umíněných. U mutistických dětí lze také pozorovat zvýšenou nesmělost, vyhýbání se sociálnímu kontaktu, opoziční chování nebo zvýšenou vazbu na rodiče (Pečeňák In Lechta, 2003). Dle L. Stárkové (In Praško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011) se spolu s mutismem mohou objevovat poruchy vylučování, obsedantně- kompulzivní poruchy nebo deprese. O mutismu je možno hovořit také v souvislosti s úzkostnou poruchou. E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) hovoří o projevech podobných sociální fobii.

Úzkost a strach za normálních okolností signalizují dítěti hrozící nebezpečí (Krejčířová, 2000). Strach se váže na konkrétní situaci nebo věc, naopak úzkost nemá

konkrétní zaměření. Právě předškolní věk je obdobím, kdy se u dětí vyskytuje množství různých přechodných strachů a fobií, což se váže k úrovni fantazie a magického myšlení v tomto období. Většina strachů později odezní, ale některé **fobie** přetrvávající v dospělosti mají původ právě v tomto období. Patologickou se úzkost stává v případě, že je nadměrná, přetrvávající a interferuje s běžným fungováním dítěte, nebo pokud brzdí jeho další vývoj. **Patologicky úzkostné dítě** se v předškolním období může stáhnout do sebe, stát se pasivním s nedostatkem iniciativy, nebo naopak nadměrně neklidným. U těchto dětí se také objevují nadměrné reakce na stres, stejně jako různé „neurotické návyky“, které slouží k uvolnění napětí. Okolím jsou tyto činnosti negativně přijímány, což naopak tenzi ještě zvyšuje.

Pokud chronicky zvýšená úzkost přetrvává ve školním období, hovoříme o **generalizované úzkostné poruše**. Jde o děti nejisté, trvale v napětí, neustále se obávající, neklidné apod. V případě patologicky přetrvávajícího strachu z cizích lidí se může jednat o vyhubou poruchu- **sociální úzkostnou poruchu**. Děti s touto poruchou se vyhýbají kontaktu s cizími lidmi, v prostředí rodiny nebo mezi blízkými nemají žádné obtíže. Kvůli poruše nedochází k normálnímu rozvoji sociálních vztahů dítěte s vrstevníky, k osvojování sociálních dovedností, ani k rozvoji sociálních vztahů obecně. Dle D. Krejčířové (2000) může sociální fobie vést k rozvoji elektivního mutismu. **Separáční úzkost** jako reakce na odloučení dítěte od matky ve většině případů klesá s věkem do té míry, že dítě je v předškolním věku schopno snést odloučení po dobu pobytu v mateřské škole. Opět se můžeme setkat s přetrváváním této úzkosti v pozdějším věku, kdy je důležité odlišit školní fobii právě od separáční úzkosti. **Školní fobie** se vztahuje ke škole jako takové- dítě má obavy z určitých situací ve škole, ale nemá problém s odloučením od pečující osoby, což lze pozorovat při odloučení v jiných případech (např. odjezd na dětský tábor apod.) (Krejčířová, 2000). Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (2008) terminologicky rozlišuje sociální úzkostnou poruchu v dětství od sociální fobie, která vzniká později. V Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi (2008) jsou separáční úzkostná porucha, fobická anxiózní porucha, sociální anxiózní porucha a jiné dětské emoční poruchy uvedeny také v kapitole F90 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (v podkapitole F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství).

2.4 Diagnostika elektivního mutismu, diferenciální diagnostika

Vzhledem k různosti terminologie a přístupů k vymezení elektivního mutismu, stejně tak různosti symptomatologie, se nabízí také jistá nejednotnost v diagnostice. V této souvislosti upozorňuje J. Pečeňák (In Lechta, 2003) na to, aby byla diagnóza selektivního mutismu užívána pouze v případech, které splňují základní diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (tedy MKN- 10 a DSM- IV- TR). Jen tak lze dosáhnout jednotnosti v diagnostice a terminologii. Pro ostatní případy doporučuje používat jiná označení- např. totální nebo tranzitní mutismus se stručnou specifikací symptomů, aby nedocházelo k nedorozuměním.

Jako základní diagnostická kritéria uvádí E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) následující:

1. **důsledné mlčení v sociálních situacích**, ve kterých se normálně mluvní projev očekává, s tím, že dítě je mimo tyto situace schopno běžně komunikovat. Porucha interferuje s výukou/ přípravou na zaměstnání/ se sociální komunikací v určitém kontextu.

2. nejedná se o poruchu komunikace nebo nedostatek znalostí, jak užívat mluvenou řeč. **Dítě je schopno v určitých sociálních situacích mluvit**, pouze v určitých situacích nebo s určitými lidmi nemluví.

3. symptomy trvají **nejméně po dobu jednoho měsíce**.

U autorů, kteří odlišují mutismus od mluvního negativismu je důležitým diagnostickým hlediskem zájem resp. nezájem nebo odmítání komunikace u dětí s mluvním negativismem- např. M. Sovák (1989) hovoří o jasném zájmu o komunikaci u osob s mutismem, kteří se snaží o komunikaci i jinými prostředky. Tento záměr se nevyskytuje u osob s mluvním negativismem, které jsou naopak odmítavé i svým chováním. D. Kutálková (2007) naopak uvádí snahu o komunikaci jinými prostředky u dětí s totálním mutismem.

E. Škodová (In Škodová, Jedlička, 2007) připomíná důležitost týmového přístupu- především pro odlišení mutismu psychotického, neurotického nebo mutismu na podkladě organického poškození centrální nervové soustavy. Diagnostika pak spadá do kompetence psychiatra, foniatra nebo neurologa. Podobně M. Lejska (2003) upozorňuje, že je potřeba pomocí objektivních metod a vyšetření psychického stavu vyloučit jiná závažná onemocnění.

Bližší se metodice diagnostiky věnuje J. Pečeňák (In Lechta, 2003). Upozorňuje na to, že vzhledem k povaze tohoto typu narušené komunikační schopnosti dítě během prvních setkání pravděpodobně nebude komunikovat; vyšetření může vnímat jako negativní zážitek. Proto je potřeba, aby s touto možností logoped předem počítal a byl na ni připraven. K prvnímu setkání by se měli dostavit rodiče (nejlépe oba) bez dítěte. Z rozhovoru s rodiči může logoped získat první představu o projevech dítěte ve známém i cizím prostředí. Rodiče s sebou mohou přinést fotografie nebo magnetofonové záznamy a videonahrávky. Dalším základním zdrojem informací je anamnéza, ať už rodinná nebo osobní. V **rodinné anamnéze** se logoped zaměří především na následující:

1. výskyt duševních poruch a povahových zvláštností u rodičů a v příbuzenstvu. Z duševních poruch jsou významné především poruchy afektivní, z povahových vlastností pak málomluvnost nebo schizoidní povahové rysy. Zaznamenáváme výskyt poruch řeči, mutismu nebo podobných projevů u rodičů a sourozenců.

2. postavení dítěte v rodině- rodičovské preference nebo výskyt sourozenecké rivalry.

3. atmosféra v rodině a výchovné přístupy- případné konflikty mezi rodiči (i skryté) nebo kritika (jednostranná nebo vzájemná), agresivita, „boj o dítě“- snaha získat dítě na svou stranu jako prostředek pro manipulaci s partnerem, hyperprotektivní výchova s následkem nedostatečné emancipace a sociálního začlenění dítěte, úzkostné postoje rodičů, nejistota v rodičovské zodpovědnosti a kompetencích, obviňování se za výchovné nebo jiné chyby, nadměrně perfekcionista výchova s uplatňováním principu odměn a trestů, nedostatečná emocionální podpora dítěte, direktivní výchova s užíváním tělesných trestů, nadměrné zatěžování dítěte školními nebo mimoškolními povinnostmi,

promítání vlastních ambicí a nesplněných tužeb rodičů na dítě, což v dítěti může vyvolávat pocity méněcennosti nebo viny.

V **osobní anamnéze** se zaměřujeme především na:

1. proběh těhotenství a porodu- rizikové faktory, které by mohly způsobit možné narušení vývoje centrálního nervového systému (infekce matky/ užívání alkoholu nebo léků v průběhu těhotenství, nedonošenost, případné komplikace v průběhu porodu nebo v postnatálním období apod.); dále postoje rodičů k těhotenství a příchodu potomka- plánované/ neplánované těhotenství, dítě chtěné/ nechtěné, vytoužené pohlaví atd..

2. úroveň psychomotorického vývoje a vývoje řeči

3. překonaná onemocnění se zaměřením na jejich možnou souvislost s rozvojem mutistických projevů.

Dále se vyšetřující osoba zaměřuje na **osobnostní charakteristiku** dítěte a **úroveň socializace**- jak rodiče hodnotí povahu dítěte, srovnání se sourozenci nebo jinými dětmi z příbuzenstva, jak se dítě chová ve vrstevnické skupině, jak reaguje dítě při návštěvách mimo domov, jak reaguje na cizí osoby, jak reaguje na separaci, jak probíhá docházka do mateřské školy, zda má dítě kamarády, zda rodiče znají kamarády dítěte atd..

V zájmu logopeda jsou také **současná onemocnění**. V této souvislosti se snažíme o zhodnocení, zda mutismus vznikl náhle (v souvislosti s psychotraumatem), nebo zda se rozvíjel postupně. Pokud je možné určit situaci, kdy se příznaky objevily poprvé, je potřeba tuto situaci pečlivě analyzovat. Také je možné nalézt podobnost s předchozím psychotraumatem, které mohl aktuální zážitek/ situace evokovat. Zhodnotíme způsoby náhradní komunikace. Na mutismus nahlížíme také z pohledu možné účelovosti mlčení- zda dítěti přináší nějaký zisk- ať už v podobě vyhnutí se zkoušení ve škole, nebo získávání pozornosti rodičů. Zjišťujeme, jak dítě reaguje na verbální pokyny, zda se objevily i různé emoční projevy, zda se změnilo chování dítěte, zda se vyskytují problémy se stravováním nebo pomočováním, zda se změnil průběh docházky do mateřské školy nebo prospěch v základní škole, ale také zda a jaká vyšetření, případně terapie, byla doposud realizována. Informace je vhodné doplnit o údaje z mateřské, resp. základní školy (jednak proto, že rodiče mohou situaci hodnotit subjektivně, a také

proto, že mutismus se nejčastěji váže s tímto prostředím). S takovou přípravou lze přistoupit k přímému **klinickému vyšetření** dítěte. Vyšetřující už zná základní charakteristiku dítěte a jeho zájmy, proto může vhodně zvolit téma k rozhovoru/ hře/ kresbě apod.. Všímá si způsobu navázání kontaktu, zda se projevuje negativismus, lhostejnost, podrážděnost, afektivní prožívání v mimice a gestikulaci, jaká je reakce dítěte na snahu o komunikaci nebo tělesný kontakt, nebo zda je dítě zvědavé, zda si prohlíží místnost nebo jej zaujme některá z hraček. Všímáme si verbální i neverbální komunikace a také reakcí rodičů, pokud jsou přítomni. K zaznamenání všech údajů vypracoval J. Pečeňák (In Lechta, 2003) záznamový arch (viz příloha).

Z dalších odborných vyšetření probíhá především **psychologické vyšetření**: vyšetření intelektu, projektivní metody nevyžadující ústní odpovědi, vyšetření zaměřené na specifické vývojové poruchy, dále neurologické, elektroencefalografické, foniatrické a otorinolaryngologické vyšetření (Pečeňák In Lechta, 2003). Dle L. Stárkové (In Praško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011) je potřeba vyloučit především neurologické onemocnění, mentální retardaci nebo senzorický hendikep, jako je např. vada sluchu.

V rámci **diferenciální diagnostiky** je potřeba odlišit mutismus od poruch podmíněných poruchami centrální nervové soustavy a nedostatečným vývojem řeči. Symptomy některých z těchto poruch se mohou jevit výrazněji právě s počátkem školní docházky (z důvodu potřeby podávat adekvátní výkon nebo se připravovat na vyučování), což může připomínat právě nástup mutismu. Dále je potřeba vyloučit Landau- Kleffner syndrom (získaná afázie s epilepsií) nebo pervazivní vývojové poruchy. Také depresivní afektivní porucha nebo schizofrenie v dětství mají své charakteristické symptomy. Mutismus jako symptom emoční poruchy lze vyloučit na základě postupného vývoje onemocnění, osobnostních charakteristik, nedostatečné socializace nebo nepřítomnosti psychotraumatu v souvislosti se začátkem mutismu (Pečeňák In Lechta, 2003).

2.5 Terapie elektivního mutismu, prognóza

Většina autorů se shoduje, že počátkem terapie je už samotná diagnostika. Vzhledem k povaze onemocnění je mutismus chápán spíše jako psychická porucha než porucha řeči. Terapie tedy vychází z individuální **psychoterapie** spojené s péčí foniatra a

(klinického) logopeda, se zapojením rodičů i pedagogů z mateřské/ základní školy. Primární je lékařské ošetření psychiatra, pedopsychiatra, neurologa nebo foniatra. Podstatná je také práce s rodinou a nejbližším okolím dítěte. Role jednotlivých odborníků je dle E. Škodové (In Škodová, Jedlička, 2007) následující:

- úkolem foniatra je vyloučit organický podklad a vybavit hlas
- klinický psycholog pracuje na odstranění příčiny (psychoterapie)
- klinický logoped navazuje na práci foniatra a vyvozený hlas používá k tvorbě hlásek, slabik a vět

Dále E. Škodová (In Škodová, Jedlička, 2007) doporučuje **skupinovou terapii** v malé skupině čtyř až šesti dětí, ve které se dítě projeví častěji než při individuální terapii. Tuto terapii lze využívat také ve stacionářích s denní docházkou. Hospitalizace většinou není příliš vhodná- výjimkou může být situace, kdy je příčinou mutismu nevhodné rodinné prostředí nebo konflikty v rodině.

Také E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) doporučuje psychoterapii-terapii hrou, skupinovou a rodinnou terapii. Z **farmakoterapie** popisuje úspěchy podávání SSRI antidepresiv, v případě déle trvajících mutismu pak možné užívání inhibitorů MAO- ovšem vždy podle pokynů lékaře.

Použití farmak, zejména antidepresiv, k doplnění terapie je možné také dle L. Stárkové (In Praško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011). Preferuje multimodální a kognitivně- behaviorální přístup a rodinnou psychoterapii. Samotnou léčbu pak dělí na aktuální, udržovací a profylaktickou. V **aktuální léčbě** se nejčastěji jedná o behaviorální terapii ve spolupráci s rodinou i školou. Právě ve školním prostředí dochází k fixaci mutismu tím, že pedagogové později dítě nevyvolávají, protože očekávají, že dítě nebude verbálně odpovídat. U dětí, u kterých se vyskytuje vysoká hladina úzkosti, může pomoci podávání farmak; u dětí, u kterých porucha přetrvává pak může pomoci hospitalizace. **Udržovací léčba** je zaměřena především na odstraňování dysfunkčních vzorců v rodině, které na mutismus působí udržovacím způsobem. Díky odstranění těchto vzorců může dojít ke zlepšení stavu. **Profylaktická léčba** má za cíl předejít pozitivním důsledkům poruchy, tedy ziskům z mutismu, které by se mohly projevit v horší spolupráci ve škole. V dlouhodobém horizontu by mohly působit

negativně vzhledem k studijním ambicím dítěte a jeho sociálnímu fungování. Význam spolupráce s rodinou dítěte a pedagogy je tedy nesporný.

Práci s mutistickým dítětem se blíže věnuje D. Kutálková (2007). Za základní předpoklad úspěchu považuje atmosféru důvěry a vzájemného respektu spolu s uznáním rolí rodiny i terapeuta. Podstatná je práce s rodiči, kteří musí pochopit podstatu mutismu i reedukace, aby mohli s terapeutem spolupracovat. Jeho úkolem je i nepřímo ovlivňovat nevhodné verbální i neverbální interakce mezi rodiči a dítětem. Pokud rodiče souhlasí, je dobré navázat spolupráci s pedagogem z mateřské/ základní školy, kterou dítě navštěvuje. Čas věnovaný dítěti a rodičům se často prolíná- alespoň v začátcích terapie. Na začátku sezení je dobré se vhodně přivítat a navodit příjemnou atmosféru bez napětí jak u rodičů, tak u dítěte. Dítěti je nabídnuto několik hraček nebo činností, které by jej mohlo zaujmout, při tom se logoped snaží nenásilně navázat kontakt, stejně tak postupuje opakovaně v průběhu sezení. Logoped pracuje i s rodiči, vysvětluje potřebné oblasti nebo kroky reedukace, ale vždy s ohledem na přítomnost dítěte. Je také možné dohodnout se s rodiči a dítětem na drobném domácím úkolu a vytvořit tak prostor pro komunikaci dítěte s rodiči. Intervaly mezi jednotlivými konzultacemi jsou individuální, zpočátku D. Kutálková (2007) doporučuje spíše kratší intervaly- zhruba týdenní, pokud možno s dodržováním stejného dne a času.

Ve skupině vrstevníků, v které dítě verbálně nemluví, je vhodné jej nejprve zvolna zapojovat do běžných činností, nejprve neverbálních. Obecně je pobyt v kolektivu pro dítě přínosný a potřebný, ovšem za předpokladu informovaných pedagogů. Pobyt ve vrstevnické skupině je vhodným doplněním individuální terapie, spolu se vzájemným kontaktem všech osob, které se na péči o dítě podílejí (Kutálková, 2007).

Základní zásady pro přístup k dítěti s mutismem **ve školním prostředí** předkládá P. Bendová (2011):

- užívání grafické cesty pro předávání informací, případně gestikulace nebo některé z metod alternativní nebo augmentativní komunikace
- tolerance obtíží při psaní, které jsou způsobeny nedostatečnou zpětnou sluchovou vazbou
- nestresovat dítě hlasitým čtením před třídou

- rozvíjení vnitřní řeči, porozumění řeči i čtenému textu
- respektování mutistického dítěte jako rovnocenného komunikačního partnera
- posilování kladného sebehodnocení dítěte
- demokratický až liberální přístup k dítěti, ne direktivní
- užívání pozitivní motivace ke komunikaci
- nevyčleňování dítěte ze skupinových činností, ale hledání vhodných forem zapojení dítěte
- nikdy dítě s mutismem nenutíme ke komunikaci
- nestavět dítě do středu pozornosti, neupozorňovat na něj
- nepoužívat přehnané reakce na případný verbální projev dítěte
- užívat empatický přístup k dítěti
- užívání mluvních stereotypů a otázek, na které je možné odpovědět ano/ne
- užívání úkolů a instrukcí, které dítě může úspěšně splnit bez nutnosti verbální odpovědi
- zapojovat aktivity na rozvoj řeči, pokud je to možné
- při úspěšné terapii užívat nejdříve šeptanou, později hlasitou řeč
- respektovat individuální tempo terapie mutismu

Další zásady přidává J. Klenková (2006):

- nepřemlouvát dítě k mluvnímu projevu
- nesnažit se s dítětem nalézt logické vysvětlení mutismu
- netrestat dítě za absenci verbálního projevu
- neizolovat a neignorovat dítě s mutismem
- jednat s mutistickým dítětem jako s ostatními dětmi
- dovolit dítěti používat jakýkoliv způsob komunikace
- zachovávat trpělivost a klid, respektovat dlouhodobost terapie
- klást důraz na sociální interakci

Vzhledem k povaze onemocnění se odborníci shodují, že **prognóza** je ve většině případů příznivá. Ne příliš dobrá prognóza je u dětí, u kterých mutismus přetrvává po desátém roce, a u dětí, u kterých je rodině hereditární psychiatrická zátěž (Malá In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

3 Pojetí mutismu ve vybrané zahraniční literatuře

3.1 Vymezení mutismu

Základní vymezení selektivního mutismu nabízí pátá revize **Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch** (2013) vydávaného Americkou psychiatrickou společností. Mutismus řadí do kapitoly úzkostných poruch. Ve čtvrté revizi Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch z roku 2000 byl mutismus obsažen v kapitole poruch, které jsou obvykle poprvé diagnostikovány v raném dětství, dětství nebo adolescenci. Přesun do skupiny úzkostných poruch reflektuje skutečnost, že u většiny dětí s mutismem se objevuje také anxiozita. O selektivním mutismu hovoří v případech, kdy dítě v určitých sociálních situacích v kontaktu s jinými lidmi neinicuje hovor, ani neodpovídá, pokud na něj někdo hovoří. Tato neschopnost mluvy se objevuje v interakci s dospělými nebo dětmi. Osoba s mutismem je schopna mluvit v domácím prostředí v přítomnosti nejbližší rodiny, ale obtíže se mohou vyskytnout už v přítomnosti některých přátel nebo příbuzných druhého stupně (prarodiče, bratrance/ sestřenice apod.). Tato porucha se často pojí s velkou sociální úzkostí. Mlčení se nejčastěji objevuje v souvislosti se školním prostředím, což vede k obtížím ve vzdělávání (obtěžně se například hodnotí dovednosti jako čtení apod.). Neschopnost verbální komunikace také interferuje se sociálními dovednostmi, a to i přes to, že někdy tyto osoby užívají neverbální komunikaci nebo se zapojují do činností, které nevyžadují verbální produkci.

Symptomy mutismu lze pozorovat přibližně od tří let věku, ovšem mutismus je často diagnostikován až v období, kdy dítě zahájí školní docházku- právě ve školním prostředí narůstají požadavky na verbální vyjadřování dítěte a tím se projevy mutismu zvýrazní (také proto, že mlčení je často vázáno právě na učitele). Vstup do školního prostředí je tedy pro mutistické dítě významným mezníkem (Camposano, 2011).

Původní označení „elektivní mutismus“ bylo čtvrtou revizí Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch změněno na „**selektivní mutismus**“ z důvodu zavádějícího označení elektivního mutismu, které naznačovalo, že dítě je schopno volit si, kdy bude hovořit a kdy ne (z ang. elect- zvolit si, zvolený) (K. Manassis, D. Fung, R. Tannock, L. Sloman, L. Fiksenbaum, A. McInnes, 2003). Řazení mutismu mezi poruchy komunikace je podle L. Camposano (2011) poněkud zavádějící, protože dítě

v určitých situacích nemá problémy s mluvou (naopak např. R. L. Schum (2002) o mutismu hovoří právě jako o poruše komunikace, stejně tak B. Hartmann a M. Lange (2008)). Také popis mutismu jako opozičního chování není dle autorky možný, neboť by to znamenalo, že dítě si toto chování volí, což je opět v rozporu se základní definicí mutismu (Camposano, 2011).

Mutismus jako označení řečové retardace nebo mlčení po ukončeném řečovém vývoji při existující schopnosti mluvení a řeči používá B. Hartmann a M. Lange (2008). Rozlišují mutismus selektivní a totální, potažmo situační nebo totální mlčení. **Selektivní mutismus** se projevuje jako mlčení v určitém nevědomky vybraném okruhu osob se zachovalou komunikací v jiných situacích. O tom, kdy bude daný člověk mluvit nebo mlčet nerozhoduje on sám, ale rozhoduje situace jako taková. Daná osoba je obvykle schopna hovořit v rodinném prostředí, i když obtíže se mohou objevit už v kontaktu s prarodiči nebo vzdálenějšími příbuznými. Stejně tak je možná situace opačná, kdy se u dané osoby mutismus projevuje pouze v rámci rodiny. Tyto případy jsou ale méně časté. O **totálním** mutismu hovoří B. Hartmann a M. Lange (2008) v případech úplné neschopnosti komunikace, kdy se mlčení vyskytuje ve všech situacích a v kontextu se všemi okruhy osob. Tato těžká forma mutismu může vzniknout jako dramatická varianta průběhu dílčího mlčení začínajícího v dětství, nebo může vzniknout náhle na podkladě duševního traumatu nebo v rámci psychiatrického onemocnění.

R. L. Schum (2002) o mutismu hovoří jako o symptomu **anxiózní poruchy** s obtížemi, které se obvykle objevují se začátkem školní docházky a projevují se právě ve školním prostředí. V prostředí, ve kterém se dítě cítí bezpečně (nejčastěji doma), prokazuje dobré komunikační dovednosti. Také upozorňuje, že mlčení není pasivně- agresivním chováním dítěte, ale naopak- dítě chce mluvit, ale bojí se.

Častým pojmem, který se s mutismem pojí, je právě sociální úzkost, jak už napovídá samotné výše zmíněné řazení mutismu do kapitoly úzkostných poruch v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch (pátá revize, 2013), nebo definice mnohých autorů. A. E. McHolm, C. E. Cunningham a M. K. Vanier (2005) hovoří v souvislosti s mutismem o **specifické fobii**, což je nadměrný strach, který je omezen na přítomnost nebo očekávání určité situace nebo věci. V případě dětí se selektivním mutismem se objevuje ve specifických situacích strach z toho, být slyšen nebo viděn mluvit. Autoři

připodobňují tento strach k ostatním fobiím, jako je strach z hadů nebo výšek. Lidstvo je naprogramováno k tomu, aby mělo strach z nebezpečných situací- tento strach působí jako mechanismus, který zachraňuje život. Pro mutistické dítě je takovou nebezpečnou situací kontakt s neznámými osobami nebo neznámé prostředí samotné. Zda a do jaké míry dítě hovoří nebo mlčí, záleží na mnoha okolnostech a také na míře uvolněnosti dítěte. Mezi základní faktory autoři řadí prostředí, osoby a aktivity. Vzhledem k **prostředí** se ukazuje, že dítě je obvykle nejspokojnější verbální mluvy v domácím prostředí; naopak nejhorší výkony podává ve školním prostředí. Většina dětí je tak citlivých, že jejich výkon kolísá i v rámci jednoho prostředí v závislosti na dalších faktorech. Prostor na dítě působí mírou své formálnosti nebo očekáváním mluvy- například na hřišti je dítě schopno použít několik izolovaných slov, ovšem ve třídě nemluví vůbec. Vzhledem k faktoru **osob** většinou platí, že dítě je spíše schopno hovořit s ostatními dětmi, než s dospělými, ale mohou se objevovat i různé výjimky. Obecně platí, že ve většině případů je pro dítě snazší hovořit s rodinou nebo přáteli, než s cizími lidmi; nejčastěji se mutismus objevuje v kontaktu s pedagogem. Také typ **aktivity** ovlivňuje projevy dítěte- především v souvislosti s mírou úzkosti, kterou dítě v dané situaci pociťuje. Pro dítě je jednodušší hovořit v průběhu aktivit, které jsou pro něj příjemné nebo zábavné; v průběhu aktivit, které nekladou primární tlak na řečový výkon; nebo v aktivitách, které jsou méně strukturované. Příliš strukturované činnosti mohou připomínat školní výuku a působit tak na dítě úzkostným dojmem (McHolm, Cunningham a Vanier, 2005).

Rozlišení **tranzientního** a **perzistentního mutismu** se více věnují S. Powell a M. Delley (1995 In Bork, Harwood, 2010). Pro vymezení tranzientního mutismu stanovují následující kritéria:

- dítě mladší pěti let
- selektivní mutismus se u dítěte objevuje po dobu kratší než šest měsíců
- mutismus existuje nesouvisle
- mutismus se vyskytuje v souvislosti s jedním typem prostředí

Naopak perzistentní mutismus lze pozorovat u dítěte, které je starší pěti let, mutismus se u něj vyskytuje konstantně ve více než jednom typu prostředí po dobu delší, než šest měsíců.

Jako další formy mutismu lze uvést následující:

1. symbiotická forma- mutismus podmíněný negativními rodinnými vztahy; dítě, přestože se na první pohled jeví jako submisivní, může být ve skutečnosti velmi manipulativní

2. pasivně agresivní forma- mlčení slouží k vyjádření vzdoru a nepřátelství

3. reaktivní forma- mutismus, který úzce souvisí s depresivními projevy; také v rodinné anamnéze se objevuje afektivní zátěž

4. forma mutismu spojená s logofobií- mlčení je doprovázeno strachem z vlastního hlasového projevu, s možným výskytem nutkavého nebo ritualistického chování (Hayden, 1995 In Lechta, 2003).

O **akinetickém mutismu** se zmiňují například B. Hartmann a M. Lange (2008) jako o zvláštní formě mlčení, která souvisí s organickým poškozením mozku (poranění nebo hematomem podmíněné šokové stavy mozku) a fenomény blokady centrálních řečových funkcí. S. M. Yoon, Ch. W. Park, Y. I. Chun a W. K. Kim (2008) o akinetickém mutismu hovoří jako o vzácné komplikaci subarachnoidálního krvácení, která je charakterizována mutismem a generalizovanou hypokinezi- imobilizací (zachovány jsou pouze pohyby očí) s naprostou neschopností komunikace.

V neposlední řadě lze zmínit také **cerebelární mutismus**, který se dle M. Küper a D. Timmann (2013) objevuje až u 25% dětí, které prodělaly operaci tumoru mozku. Jedná se o mutismus přechodný, který obvykle trvá několik dní až měsíců a je doprovázen i jinými neurologickými poruchami nebo poruchami chování.

Vzhledem k tomu, že v zahraniční literatuře převažuje výskyt pojmu „selektivní mutismus“ nad pojmem „elektivní mutismus“, bude jako reflexe této skutečnosti pro účely této práce v následujících podkapitolách používán pojem „selektivní mutismus“.

3.2 Etiologie a výskyt selektivního mutismu, prevence

Přesná příčina elektivního mutismu je i přes výzkumnou činnost v této oblasti nejasná. Z hlediska etiologie představují K. Manassis, D. Fung, R. Tannock, L. Sloman, L. Fiksenbaum a A. McInnes (2003) dva hlavní přístupy. První z nich vysvětluje mutismus jako výsledek mimořádné **sociální úzkosti**. Druhý přístup pak považuje mlčení za způsobené **jazykovou poruchou** nebo hraničním vývojovým opožděním. Obecně je v současné době více pozornosti věnováno právě významu anxióznosti pro vznik mutismu. Dřívější hypotézy byly zaměřeny především na **psychodynamické faktory**, nevyřešené vnitřní konflikty, dětskou sociální fobii, behaviorální inhibici, neurovývojové problémy, dynamiku rodiny nebo trauma dítěte (výzkumy ukazují, že trauma je příčinou mutismu jen v minimálním množství případů).

Souvislost mutismu a **vývojových opoždění** také není jednoznačně prokázána. H. Steinhausen a C. Juzi (1996 In Camposano, 2011) ve svém výzkumu sta dětí s elektivním mutismem zjistili výskyt vývojového nebo jazykového opoždění až u 38% dětí (podobně E. Shipon- Blum (2013) uvádí expresivní nebo receptivní vady u 30% dětí). Naopak jiné studie (např. Black, Uhde, 1995 In Camposano, 2011) nezjistili žádný výskyt takových opoždění u účastníků svého výzkumu.

Vzhledem k již zmiňované souvislosti mutismu a sociální fobie je z hlediska etiologie významná také **dědičnost**. Z mnoha výzkumů vyplývá, že u rodičů mutistických dětí se objevuje více záznamů o stydlivosti nebo anxiózních rysech než u kontrolních skupin (např. Kristensen, Torgerson, 2001 In Camposano, 2011 hovoří o „rodinném fenoménu“). Podobně R. L. Schum (2002) uvádí, že úzkostná porucha je nejčastější příčinou selektivního mutismu- dítě má určité genetické předpoklady k úzkostnému chování a ty se z neznámého důvodu u tohoto dítěte manifestují jako mutismus. Ten pak dítěti slouží jako způsob vyhnutí se úzkosti vyplývající z daných sociálních situací. Školní prostředí, jakožto prostředí s velkým počtem osob a s určitými nároky na výkon, pak působí jako fixující faktor, který mutismus dále posiluje.

K dalším faktorům, které mohou podmiňovat vznik selektivního mutismu, řadí E. Shipon- Blum (2013) **temperamentové rysy** dítěte (spíše stydlivé, úzkostné, inhibované), ale také bilingvální nebo multilingvální rodinné prostředí dítěte, život v jazykovém prostředí, které je jiné než rodný jazyk nebo jiné soustavné vystavování

druhému jazyku v období mezi druhým a čtvrtým rokem života. Tyto faktory se často kombinují- tedy již od přírody stydlivé dítě se stává ještě více nejistým a úzkostným v komunikaci, protože se přidává stres vycházející z nutnosti komunikovat v jiném jazyce. Dále autorka poukazuje na výzkum, podle kterého se u dětí s mutismem objevuje také senzorní senzitivita- mnoho dětí splňuje diagnostická kritéria pro **poruchu smyslového zpracování** (Sensory Processing Disorder- DSI). Tato porucha může zvyšovat úzkost dítěte právě ve školním prostředí, tedy v prostředí s vyšším množstvím lidí, kde má dítě obtíže rozlišovat vstupní senzorní informace. Aby dítě snížilo svou úzkost, uzavírá se do sebe a mlčí. U dítěte s obtížemi v senzorním zpracování se mohou objevit některé z následujících projevů:

- přecitlivělost na určité materiály, zvuky, světlo nebo pachy (nejčastěji se objevuje přecitlivělost na zvuky)
- přecitlivělost v případě česání nebo mytí vlasů, objímání, držení za ruce nebo přecitlivělost na doteky obecně
- vybíravost v jídle
- obtíže v regulaci emocí
- tendence mylně interpretovat doteky ve školním prostředí (např. jemné odsunutí vnímají jako hrubé atd.)

Tato porucha může u dítěte způsobovat dezinterpretaci podnětů z okolí, což v kombinaci s problémy s regulací emocí může vést nejen k uzavření dítěte, ale naopak i k výbuchům vzteku nebo projevům tvrdohlavosti a neústupnosti.

E. Shipon- Blum (2013) dále poukazuje na malé procento mutistických dětí, u kterých se nevyskytují úzkostné rysy, nejedná se o děti stydlivé- naopak. Příčina mutismu u těchto dětí není přesně známa, může se jednat o hluboce zakořeněný mutismus, z kterého dítě neví, jak ven; nebo se u dítěte může vyskytovat nějaký typ narušené komunikační schopnosti.

Etiologie mutismu podle P. Bork a D. Harwood (2010) je spojena s traumatickou zkušeností, jako je **vstup do vzdělávacího procesu** (ať už školního nebo předškolního). Toto trauma ze separace od pečující osoby v kombinaci s neurovývojovou nezralostí dítěte, genetickou predispozicí k selektivnímu mutismu a případnými dalšími faktory

mohou u dítěte vytvořit úzkost, s kterou se těžko vyrovnává. Dítě tak hledá způsob, jak tuto úzkost snížit vyhýbavým chováním jako je mlčení, vyhýbání se očnímu kontaktu apod.. Pokud se dítěti toto chování osvědčí, začne ho používat automaticky i v dalších situacích a postupně se vyvíjí perzistentní mutismus.

Vznik mutismu z hlediska **teorie učení** popisují T. J. Kehle, M. A. Bray a L. A. Theodore (2004). Mutismus je naučenou odpovědí, která je následně posilována a udržována sociálním prostředím dítěte. Zůstává ovšem nejasné, v jakém specifickém bodě si dítě uvědomí, že mlčení je pro něj více příhodné, než klasické hovoření. Mutismus je ještě posilován okolím- např. chováním učitele, který obvykle dítěti přestává klást dotazy pokud vidí, že verbální odpověď je pro dítě příliš stresující. Přispívat může také chování spolužáků, kteří časem začnou mluvit za dítě a tím snižují potřebu dítěte mluvit. Dítě se tak postupně „učí nemluvit“.

B. Hartmann a M. Lange (2008) představují hned několik přístupů ke vzniku mutismu, které lze rozdělit na dva základní směry- **psychologické** a **organické hledisko**. K prvnímu směru řadí **modely řešení problémů**- například psychoanalytické východisko, kdy je mlčení neurotickou strategií, která slouží ke zvládnání určitého duševního problému nebo konfliktu (např. duševní trauma, konflikty z rivality nebo sociální fobie a další). Z psychoanalytického hlediska vychází také **teorie stresu**- daná osoba pociťuje vlivem událostí z okolí velký stres, který- dle subjektivního hodnocení není schopna zvládnout. Z hlediska **teorie učení** vzniká mutismus jako naučená reakce, pokud mlčení přináší dítěti pozitivní důsledky- jedná se o pozitivní (zvýšená péče) nebo negativní (vyhnutí se povinností) operativní podmiňování; nebo také učení imitováním, pokud je mlčení napodobováno. Podobně je tomu v případě subjektivního zisku z nemoci, tedy posilování mutismu, který dané osobě přináší výhody. Pro **teorii prostředí** jsou zásadním faktorem pro vznik mutismu socioekonomické podmínky rodiny, tedy hospodářská úroveň, chudé sociální kontakty rodiny nebo postavení přistěhovalců a další. Z **organického hlediska** autoři hovoří především o spojení mutismu a vývojových poruch (tedy souvislost s řečovými, intelektovými a motorickými deficity); spojení mutismu a psychózy (mlčení v rámci psychiatrických onemocnění) nebo spojení mutismu a dispozic.

V případě mutismu vznikajícího na podkladě **traumatického prožitku** upozorňují K. Manassis, D. Fung, R. Tannock, L. Sloman, L. Fiksenbaum a A. McInnes (2003) na projevy dítěte, které jsou konstantní ve všech podmínkách- dítě tedy mlčí většinou ve všech situacích, na rozdíl od dítěte se selektivním mutismem. Také E. Shipon- Blum (2013) upozorňuje, že selektivní mutismus není způsoben traumatem, zanedbáváním nebo zneužíváním dítěte. Traumatický mutismus vzniká náhle s mlčením, které se vyskytuje ve všech situacích. Podobně může vypadat obraz chronického mutismu- tedy mlčení vázáno na všechny situace, ovšem dítě do tohoto stadia dospělo postupným vývojem z mutismu selektivního vlivem různých faktorů z okolí.

Ohledně **výskytu** mutismu se autoři (Bergman et al., 2002 In Manassis, Fung, Tannock, Sloman, Fiksenbaum, McInnes, 2003; Kolvin, Fundudis, 1981 In Sharp, Sherman, Gross, 2007) obvykle shodují na prevalenci do 1% s mírnou převahou výskytu u děvčat. Autoři (Shipon- Blum, 2013, Schum, 2002) ovšem také shodně doplňují, že tento nízký výskyt může být relativní právě z důvodu již zmiňovaného nízkého povědomí o mutismu, špatné diagnostiky nebo v závislosti na zdroji údajů.

V rámci třístupňového modelu intervence selektivního mutismu R. T. Busse a J. Downey (2011) jsou prvním stupněm strategie a postupy, které mohou být užívány plošně ve školách jako nástroj **prevence** vzniku mutismu. Jedná se o následující možnosti:

- zapojení rodičů do trénování identifikování situací, které by pro dítě mohly být stresující a působit jako spouštěč úzkosti
- orální komunikační strategie: zachovávání očekávání mluvy, poskytování možnosti odpovědi, poskytování času na odpověď, neposilování neverbální komunikace
- postupné připravování dítěte na vstup do školního procesu

Pokud rodiče již mají podezření, že jejich dítě by mohlo mít mutismus, E. Shipon- Blum (2013) doporučuje, aby rodiče nevytvářeli nátlak na dítě, nedávali najevo přílišné očekávání mluvy, ale naopak dali dítěti najevo porozumění jeho obavám a obtížím a vyhledali konzultaci u odborníka.

3.3 Symptomatologie selektivního mutismu

Mezi základní symptom, na kterém se odborníci shodují, patří **situačně vázané mlčení**, které se nejčastěji objevuje ve školním prostředí, zatímco v jiném prostředí (nejčastěji doma v přítomnosti nejbližší rodiny) dítě nemá problém verbálně se vyjadřovat.

L. Camposano (2011) upozorňuje na to, že mutistické děti jsou často mylně označovány „pouze“ za stydlivé, a to především z důvodu neznalosti mutismu odborníky (hlavně lékaři). Tato neznalost vyplývá především z malého množství kvalitních výzkumů, potažmo nízkého obecného povědomí o tomto onemocnění nebo neznalosti základních znaků a symptomů mutismu. D. Amir (2005, In Camposano, 2011) rozlišuje na základě rozdílného chování v sociálních situacích tři základní skupiny mutistických dětí:

1. děti, které nemají problém v sociální interakci s vrstevníky
2. děti, které sice nemají problém v interakci s vrstevníky, ale verbálně s nimi nekomunikují
3. skupina dětí, které jsou v sociálním prostředí naprosto stažené do sebe

Většina dětí se v prostředí, ve kterém se cítí bezpečně, projevuje naprosto běžným způsobem, tedy nevykazuje rysy výrazně odlišné od normy. Rodiče tyto děti popisují jako hlučné, zábavné, sociální, zvědavé nebo až jako extrémně verbální a panovačné. V určitých situacích se ale u dětí objevuje úzkost, která inhibuje jejich chování a schopnost verbálně komunikovat. Souhlasně s tím upozorňují také B. Hartmann a M. Lange (2008) např. na rozdílnost v pohybech mutistických dětí: v přítomnosti cizích lidí lze pozorovat pohyby připomínající motorické vzory cerebrální parézy- tedy pohyby zpomalené nebo deformované. V situacích pro dítě bezpečných pak naopak lze pozorovat pohyby odpovídající uvolněnosti.

U dětí lze v chování pozorovat další **typické projevy**, jako je vyhýbání se očnímu kontaktu, červení se, ošívání se nebo absence úsměvu apod. (Camposano, 2011). E. Shipon- Blum (2013) upozorňuje na možné obtíže i v neverbální oblasti v situacích, které zahrnují větší množství dětí, nebo které pro dítě přinášejí pocit očekávání. Některé mutistické děti také mohou „zamrznout“- tzn. v momentě pro ně nepříznivé situace stojí bez pohybu, bez výrazu, bez emocí a také bez verbálních nebo jiných projevů. U

některých dětí může být zachována verbální komunikace izolovaným slovem (slovy) nebo šepem. Další projevy v chování dítěte (tedy stažení se do sebe, interakce pouze s vybranými spolužáky, pouze neverbální komunikace apod.) se časem stávají stále více limitující s tím, jak se s přibývajícím věkem rozšiřuje sociální síť dětí.

Přestože se mutismus obvykle spojuje se stydlivostí, B. Hartmann a M. Lange (2008) popisují poněkud odlišný přístup- a to v souvislosti s **touhou po dominanci a kontrole** mutistických dětí. Přestože tyto děti nejsou rády středem pozornosti, v důvěrně známém prostředí (tedy nejčastěji v rodině) mají sklony se pasivně nebo aktivně expanzivně prosazovat, orientovat se na své potřeby a na svou osobu. Toto prosazování může mít podobu akceptace/ neakceptace určitých jídel, zvyků, odmítání domácí spolupráce nebo až přehlížení určitých členů rodiny. Dále se u těchto dětí objevuje nevědomé úsilí o perfektní kontrolu, tendence k narcistickým charakterovým rysům, přehnaný strach z domnělého nebezpečí nebo přehnaný strach z chyb, a to i vlastních- v komunikaci tak předem analyzují svou promluvu, hledají chyby, které si sami zakazují, a teprve pak myšlenku vysloví. Autoři pak hovoří o narcistických impulzech motivace upouštění od řeči. Upozorňují, že mlčení se objevuje v takových situacích, které nelze kontrolovat osvědčenými způsoby na základě omezených možností rozvoje (ať už vlivem poruchy řeči nebo nedostatkem sociálních kompetencí). Tlak, který dítě v těchto situacích zažívá, je předán na rodinu prostřednictvím přehnané touhy po bezchybnosti a výkonem kontroly. Toto sebeprosazování v kombinaci se situačním mlčením a celkovou inhibovaností dítěte vyvolává v rodičích různé pocity- bezradnost, výčitky svědomí, rezignace, ale také napětí v manželství rodičů, proměnlivost výchovného působení na sourozence mutistického dítěte nebo omezení až zanikání sociálních kontaktů rodiny. Rodina se orientuje na potřeby mlčícího dítěte a sociální vztahy rodiny nebo potřeby ostatních členů rodiny se dostávají do pozadí, ale rodiče zároveň mají obavy důsledněji upravit své výchovné působení (B. Hartmann, M. Lange, 2008).

Velké množství autorů se zabývá spojitostí mutismu a úzkostné poruchy. R. Yeganeh, D. C. Beidel a S. M. Turner (2006) uvádí, že většina dětí se selektivním mutismem splňuje také diagnostická kritéria sociální fobie. **Sociální fobie** dítěti znemožňuje dítěti interakci a komunikaci v sociálních situacích jako je např. škola nebo narozeninová oslava (Camposano, 2011). Objevují se také teorie, že selektivní mutismus je určitou

extrémní formou sociální fobie, kdy extrémní stres v určitých sociálních situacích způsobuje odmítání mluvy. Na toto téma probíhá několik výzkumů, z nichž jeden realizovali právě R. Yeganeh, D. C. Beidel a S. M. Turner (2006). Předpokládali, že pokud je selektivní mutismus projevem mimořádného sociálního stresu, měly by děti se selektivním mutismem prokazovat vyšší skóre při měření sociální anxiozity, než děti, u kterých se vyskytuje pouze sociální fobie. Tento předpoklad se nepotvrdil- ovšem je potřeba zohlednit zdroj informací: rodiče/ odborníci mohou připisovat projevům dítěte jinou váhu, než dítě samotné (odborníci hodnotili stres dítěte v sociálních situacích jako těžší, než děti). Další možností je, že mutismus je spíše druhem vyhýbavého chování. Pokud mlčení dítěte vyhovuje jako efektivní strategie, slouží naopak ke snížení napětí v sociálním kontaktu. Provázanost sociální fobie a mutismu je tedy stále nejasná.

O tom, že většinu symptomů lze přisuzovat sociální anxiozitě hovoří také E. Shipon-Blum (2013):

- **inhibovaný temperament dítěte:** dítě je v novém nebo neznámém prostředí tiché, opatrné nebo zdrženlivé. Tyto projevy lze u něj pozorovat již od útlého dětství spolu se separační úzkostí.
- **projevy sociální úzkosti,** které lze pozorovat u více než 90% dětí se selektivním mutismem- necítí se dobře v situacích, kdy jsou středem pozornosti, pokud jsou představovány druhým lidem, pokud jsou kritizovány nebo škádleny, stydí se jít před ostatními nebo se u nich projevuje syndrom stydlivého měchýře.
- **oblast sociálního života:** na rozdíl do dětí s poruchami autistického spektra děti se selektivním mutismem chtějí mít kamarády. Většina mutistických dětí má patřičné sociální dovednosti.
- **tělesné projevy:** mlčení, bolesti břicha, žaludeční nevolnost, zvracení, bolesti kloubů, bolesti hlavy, bolest na hrudi, dechová nedostatečnost, průjem a další.
- **vzhled:** u mutistických dětí hovoří o „zamrzlém“ výrazu, prázdném a pohledu, nemotorné řeči těla nebo nedostatku očního kontaktu
- **emoce:** u mladších dětí se nemusí objevovat negativní ladění (většinou proto, že vrstevníci jej akceptují), obvykle se přidává až s postupem času jako negativní důsledek neléčené úzkosti

- **vývojové opožďení:** u části dětí se vyskytují vývojové vady nebo poruchy autistického spektra
- symptomy **dysfunkce senzorické integrace**, poruchy senzorického zpracování: obtíže se objevují především v prostředí, ve kterém se vyskytuje větší množství stimulů (jako je např. školní třída)
- další **obecné symptomy:** vybíravost v jídle, střevní a vylučovací problémy, zvýšená citlivost na světlo/ zvuky/ doteky, zvýšená citlivost smyslů, obtíže s autoregulací, hraní si o samotě, otálení s odpovědí (i s neverbální), snadná vyrušitelnost, obtíže s dokončením úkolů nebo s provedením série úkolů
- **chování:** děti se v rodině mohou projevat jako neflexibilní, paličaté, náladové, panovačné, asertivní nebo dominantní, se změnami nálad, pláčem, vyhýbavým chováním, prokrastinací nebo popíráním. Tyto děti mají potřebu vnitřní kontroly, pořádku a struktury, proto mohou mít obtíže s akceptací změn. Může u nich být také vyvinut maladaptivní vyrovnávací mechanismus.
- **přidružené úzkosti:** separační úzkost, obsedantně kompulzivní porucha, generalizovaná úzkostná porucha, specifické fobie, panická porucha, trichotillomanie (trhání si vlasů).
- **komunikační obtíže:** obtíže ve verbální i neverbální komunikaci
- obtíže v **sociální oblasti:** obtíže se sociálním zapojením, především v kontaktu s cizími lidmi.

E. Shipon- Blum (2013) tímto širokým výčtem poukazuje na to, že mlčení je pouze jedním z mnoha symptomů mutismu. Obdobné další projevy u dětí se selektivním mutismem uvádí i T. J. Kehle, M. A Bray a L. A. Theodore (2004). Upozorňují ovšem na to, že většina projevů se objevuje pouze v prostředí, které se pojí s mutismem. Tyto projevy také mají tendenci rychle vymizet po úspěšné terapii mutismu.

U dětí s totální mutismem upozorňují B. Hartmann a M. Lange (2008) nejen na mlčení, které je rozšířeno na všechny osoby, ale i na častou absenci zvukového vyjádření různého druhu jako je kašel, kýchání, zvuky dýchání apod..

Pátá revize Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (2013) hovoří o **funkčních následcích mutismu**, kam řadí především sociální postižení, které vzniká jako důsledek přílišné úzkosti mutistických dětí, která jim brání v zapojení se do

různých recipročních sociálních aktivit s ostatními dětmi. Jak děti s mutismem dospívají, mohou čelit stále se zvyšující sociální izolaci. Obtíže vyplývající z mlčení se také objevují v prostředí školy, kdy mutistické děti nehovoří s pedagogy, a to ani ohledně svých akademických nebo osobních potřeb. Může se objevovat také dobírání ze strany spolužáků.

3.4 Diagnostika selektivního mutismu, diferenciální diagnostika

V oblasti diagnostiky selektivního mutismu se většina autorů shoduje na tom, že včasná diagnostika je klíčem k úspěšné terapii. Také se ale shodují na tom, že většina dětí bývá diagnostikována až v období školní docházky, která klade vyšší nároky na komunikační dovednosti dítěte, a tím i zvýrazňuje symptomy mutismu. Osobou, která nejčastěji podává podnět k bližšímu zkoumání, je pedagog dítěte.

Základní **diagnostická kritéria** selektivního mutismu uvádí Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (pátá revize, 2013) následovně:

1. konzistentní selhávání ve specifických sociálních situacích, ve kterých se mluva očekává (např. škola), zatímco v jiných situacích dítě hovoří
2. toto narušení interferuje se vzdělávacími nebo pracovními výkony nebo se sociální komunikací
3. narušení trvá alespoň po dobu jednoho měsíce, ovšem do tohoto období se nezapočítává první měsíc školní docházky
4. selhávání v komunikaci není důsledkem neznalosti jazyka, který vyžaduje daná situace
5. narušení také není důsledkem narušené komunikační schopnosti a neobjevuje se výhradně v průběhu poruch autistického spektra, schizofrenie nebo jiných psychiatrických poruch.

K výše vyjmenovaným kritériím přidávají B. Hartmann a M. Lange (2008) další:

- nepřítomnost náhlého poranění lebky/ mozku nebo neurologické onemocnění (s výjimkou akinetického mutismu)
- chápání jazyka je dostatečné pro komunikaci
- v případě vícejazyčné výchovy můžeme pozorovat nejméně v jedné řeči základní schopnost komunikace

Vzhledem ke komplexnosti symptomů je potřeba interdisciplinárního přístupu k diagnostice. Mezi základní diagnostické roviny autoři řadí:

- diagnostika mutismu jako taková, diferenciální diagnostika
- neurologické vyšetření
- ORL vyšetření
- osobní a rodinná anamnéza
- psychologická interpretace
- řečová diagnostika
- evaluace sociálně interaktivního komunikačního chování
- popis emocionálních motivačních kritérií

Psychologická interpretace slouží k zjištění osobnostních rysů a struktury rodinných vztahů, a to především prostřednictvím nonverbálních projektivních znakových testů a dotazníků. **Neverbální inteligenční testy** pomáhají odhadnout možnosti učení a školního rozvoje. **Logopedická diagnostika** má velký význam především v souvislosti s různými typy narušené komunikační schopnosti, které se u dítěte mohou vyskytovat. V **evaluaci sociálně interaktivního komunikačního chování** se odborník zaměří na případné sklony k negativním očekáváním; snaží se zhodnotit každodenní komunikační situace a to, jak na ně dítě nahlíží. Autoři vypracovali také evaluační dotazník k sociálně interaktivnímu komunikativnímu chování u mutismu (viz příloha). V rámci osobní a rodinné anamnézy je potřeba zaměřit se především na:

- komunikativní a sociální kvality daného dítěte, jeho sourozenců a rodičů, ale i širšího příbuzenstva- prarodičů, sourozenců rodičů
- průběh těhotenství a porodu
- průběh vývoje dítěte a případné poruchy
- předchozí lékařské a psychometrické nálezy

- nápadné změny v biografii dítěte
- začátek mutismu
- další duševní, komunikativní a sociální vývoj dítěte
- reakce sociálního prostředí
- náznaky sociální fobie
- současný stav dítěte

Mezi další znaky, které mohou podporovat diagnózu selektivního mutismu patří podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (pátá revize, 2013) např.: výrazná stydlivost, strach ze společenského zahanbení, sociální izolace, stažení se do sebe, citová závislost, negativismus, kompulzivní rysy, záchvaty vzteku nebo mírné opoziční chování.

Dotazník pro diagnostiku mutismu vytvořila E. Shipon- Blum (2003), a to konkrétně **Komplexní diagnostický dotazník selektivního mutismu** (Selective Mutism Comprehensive Diagnostic Questionnaire- SM CDQ). Obsahuje velké množství položek v následujících oblastech:

- základní informace (základní identifikační údaje dítěte a rodičů)
- charakteristiky mutismu (komunikace/ mlčení dítěte, v jakých situacích a s kterými osobami dítě hovoří/ nehovoří apod.)
- interakce s ostatními osobami (jak se dítě projevuje v interakci s cizími osobami)
- škola (jaká je komunikace a další projevy dítěte v prostředí školy)
- vývoj dítěte a lékařská historie (vývoj dítěte od porodu, operace nebo hospitalizace dítěte, obtíže v oblasti příjmu potravy/ vylučování, přidružené poruchy apod.)
- jazyk a řeč (vývoj řeči, případné potíže nebo terapie apod.)
- senzorická integrace (přecitlivělost dítěte na různé podněty)
- úzkost (separační úzkost, strachy a obavy atd.)
- informace o rodině (rodiče a opatrovníci, sourozenci, příbuzní, domácí prostředí)

- osobnost dítěte a jeho zájmy (chování a osobnost dítěte doma/ mimo domácí prostředí, oblíbené činnosti dítěte, jeho povahové rysy)
- odborníci věnující se dítěti (psycholog, sociální pracovník nebo jiní odborníci, případně terapie nebo medikace)

Přílohou tohoto dotazníku je také část určená pro pedagogy dítěte- Selective Mutism Comprehensive Diagnostic Questionnaire- Brief School.

R. L. Bergman, M. L. Keller, J. Piacentini a A. J. Bergman (2008) vytvořili **Dotazník selektivního mutismu** (The Selective Mutism Questionnaire- SMQ). Jedná se o unikátní nástroj měření frekvence nemluvení dítěte napříč situacemi, ve kterých se verbální komunikace očekává. Dotazník umožňuje kvantifikovat stupeň mutismu v různých sociálních a interpersonálních kontextech na základě výpovědi rodičů. Dotazník se skládá ze 17 tvrzení, které popisují typické situace, ve kterých se očekává, že dítě bude hovořit (např. „Pokud na dítě zavolá jeho sestra, dítě odpoví“). Tyto situace lze rozdělit do tří oblastí: ve škole (pět položek), s rodinou (pět položek) a v sociálních situacích (sedm položek). Situační tvrzení ještě doplňují tři otázky, které slouží k obsáhnutí celkové interference mlčení a dané oblasti (např. „Jak celkově narušuje mlčení každodenní život vašeho dítěte?“). Rodiče jsou požádáni, aby ohodnotili frekvenci každé situace pomocí čtyřbodové škály: 1= vždy, 2= často, 3= zřídka, 4= nikdy pro mluvní situace. Pro interferenční otázky je užívána specifická škála: 1= vůbec, 2= lehce, 3= středně, 4= extrémně. Celkové skóre se pohybuje mezi 17 a 68 body. Vyšší skóre značí větší závažnost selektivního mutismu a mutismu přidružených postižení.

Vzhledem k charakteru mutismu se v praxi používají i další- především psychologické- diagnostické nástroje (standardizované i nestandardizované), určené ať už pro děti (nástroje většinou neverbálního charakteru) nebo pro rodiče. Základní charakteristika některých z nich je uvedena níže.

- **Škála sociální úzkosti dětí-** verze pro rodiče (Social Anxiety Scale for Children- Parent Version, SASC-R): obsahuje 22 položek a slouží k zhodnocení symptomů sociální úzkosti dětí prostřednictvím hodnocení

rodičů dítěte (La Greca, 1999 In Cohan, Chavira, Shipon- Blum, Hitchcock, Roesch, Stein, 2008).

- **Inventář sociální fobie a úzkosti pro děti** (The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children, SPAI- C): 26 položek tohoto nástroje slouží k identifikaci potenciálně stresových situací (Beidel et al., 1995 In Yeganeh, Biedel, Turner, 2006).
- **Škála dopadu dětské úzkosti-** verze pro rodiče (The Child Anxiety Impact Scale- Parent Version, CAIS-P): dotazník s 34 položkami, který slouží k zjištění, do jaké míry interferuje úzkost dítěte s různými funkcemi- rodiče hodnotí, jaké problémy způsobuje nemluvení dítěte v určitých situacích za období posledního měsíce (Langley, Bergman, McCracken, Piacentini, 2004 In Cohan, Chavira, Shipon- Blum, Hitchcock, Roesch, Stein, 2008).
- **Eybergův inventář dětského chování** (The Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI): určeno pro děti od 2 do 16 let; obsahuje 36 položek, ve kterých rodiče hodnotí míru intenzity, s jakou se daný problém u dítěte vyskytuje (Eyberg, Pincus, 1999 In Cohan, Chavira, Shipon- Blum, Hitchcock, Roesch, Stein, 2008).
- **Kontrolní seznam dětské komunikace** (The Children's Communication Checklist, CCC-2): rodiče nebo učitel dítěte hodnotí 70 položek týkajících se komunikace dítěte ve věku mezi 4 a 17 lety. Na základě výsledků lze určit, zda se u dítěte objevuje nějaký druh narušené komunikační schopnosti, nebo zda je jeho jazykový vývoj v normě (Bishop, 2003 In Cohan, Chavira, Shipon- Blum, Hitchcock, Roesch, Stein, 2008).
- **Plán diagnostického rozhovoru pro anxiózní poruchy** pro děti/ rodiče (The Anxiety Disorders Interview Schedule- Child and Parent Version, ADIS- C/ P): semistrukturovaný rozhovor, prostřednictvím kterého je možné zjistit přítomnost poruch dle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (čtvrtá revize); diagnostikuje také stupeň, frekvenci a trvání symptomů. Verze pro děti umožňuje použití neverbální

komunikace jako přikývnutí nebo ukazování (Silverman, Albano, 1996 In Vecchio, Kearney, 2005).

- **Inventář dětského hodnocení rodičovského chování** (The Children's Report of Parental Behavior Inventory, CRPBI): hodnotí tři elementy rodičovského stylu- akceptace versus odmítnutí (emocionální spojení, vřelost), psychologická autonomie versus psychologická kontrola (zda rodiče podporují individualitu dítěte), pevná kontrola versus laxní přístup (konzistence rodičovského chování) (Schludermann, Schludermann, 1988 In Yeganeh, Beidel, Turner, 2006).
- **Inventář rodičovského hodnocení rodičovského chování** (The Parent's Report of Parental Behavior Inventory, PRPBI): rodičovská verze předchozího dotazníku.
- Pro rozlišení selektivního a totálního mutismu lze dle CH. E. Cunningham, A. E. McHolm a M. H. Boyle (2006) použít **Dotazník situační řeči** (Speech Situations Questionnaire).
- **další nástroje:** Revidovaná Connersova hodnotící škála pro rodiče a učitele dítěte (Conners' rating scale- revised, CRS- R), Revidovaná škála dětského hlášení sociální úzkosti (Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS), Multidimensionální škála dětské úzkosti pro děti (Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC) (Manassis, Fung, Tannock, Sloman, Fiksenbaum, McInnes, 2003) a další.

V rámci **diferenciální diagnostiky** je potřeba dle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (pátá revize, 2013) odlišit mutismus od:

1. **poruch komunikace:** poruchy řeči a jazyka, koktání nebo pragmatické poruchy komunikace- základním rysem je to, že symptomy těchto poruch nejsou vázány na specifickou sociálních situací

2. **neurovývojových poruch,** schizofrenie a dalších psychiatrických poruch- u dítěte by měla být stanovena diagnóza selektivního mutismu pouze v případě, kdy má dítě schopnost hovořit v jiných sociálních situacích (např. doma)- u dětí

s poruchami autistického spektra nebo u dětí s mentálním postižením se úroveň jejich komunikace nemění v závislosti na sociální situaci

3. **sociálních úzkostných poruch**, sociální fobie- vzhledem k častému spojení selektivního mutismu a sociální fobie je možné stanovit u dítěte obě diagnózy

Také B. Hartmann a M. Lange (2008) upozorňují na častou chybnou diagnostiku mutistických dětí jako dětí s **poruchami autistického spektra**. Základní rozdíly mezi těmito diagnózami shrnují ve třech oblastech: stálost, emocionalita a řečový vývoj.

1. **stálost**: u dětí s poruchami autistického spektra lze konstantně pozorovat uzavřenost, nekontaktnost nebo obranné chování vůči podnětům z okolí a preferenci autostimulujících vizuálních a auditivních stereotypů. Naopak mutistické děti se projevují dvěma naprosto rozdílnými způsoby- v některých situacích jsou uzavřené a mlčící, v jiných naopak uvolněné a živé.

2. **emocionalita**: autistické děti se zdají být spíše emocionálně chladné s obtížemi v budování citových kontaktů a vztahů. Naopak mutistické děti se v prostředí, ve kterém se cítí bezpečně, chovají emocionálně a často vyhledávají kontakt (nejčastěji s matkou)

3. **řečový vývoj**: u autistických dětí lze pozorovat řeč narušenou ve všech rovinách, naopak u mutistických dětí je řeč obvykle na úrovni odpovídající věku dítěte

U dětí pocházejících z bilingválního prostředí je potřeba odlišit mutismus od **neverbálního období vývoje** takového dítěte. Toto období charakterizuje P. O. Tabors (1997 In Toppelberg, Tabors, Coggins, Lum a Burger, 2005) u dítěte jako normální vývojové období v procesu učení se druhému jazyku, které je charakteristické nepřítomností verbální komunikace. Obvykle se objevuje u dětí mezi třetím až osmým rokem a většinou trvá méně než šest měsíců.

3.5 Terapie selektivního mutismu, prognóza

Stejně tak, jako lze pozorovat různost přístupů k etiologii mutismu, lze pozorovat velké množství přístupů k terapii. Vzhledem k relativně nízké četnosti výskytu mutismu vychází většina poznatků z případových studií. Autoři se ale shodují, že složitost mutismu si žádá komplexní týmový přístup. Dle R. L. Schuma (2002) je právě logoped v ideální pozici pro koordinaci terapie mezi rodiči, učiteli dítěte a dalšími odborníky. Součástí týmu by měl být také psycholog/ psychiatr, který bude pracovat především na snižování úzkosti dítěte.

Dřívější způsoby terapie byly založeny především na **psychodynamickém přístupu**, který nahlíží na mutismus jako na důsledek nevyřešených vnitřních konfliktů nebo traumat v raných stádiích dětství. Terapie byla zaměřena především na porozumění původu mutismu prostřednictvím zkoumání raných vývojových stádií dítěte nebo také vztahu matky a dítěte (Camposano, 2011).

Jednou z možných metod, kterou lze použít pro plánování terapie je **funkční behaviorální pozorování**, které má dva základní cíle:

1. identifikovat prostředí a situace, ve kterých dítě hovoří/ nehovoří- tedy kde, kdy a s kým dítě verbálně komunikuje
2. v každém prostředí a situaci identifikovat, jak dítě komunikuje- tedy jaký způsob komunikace dítě volí

Na základě výsledků lze navrhnout plán terapie na míru dítěti (Shiver, Segool, Gortmaker, 2011).

Obecně lze terapii rozdělit na individuální, skupinovou, rodinnou a farmakoterapii. Mezi individuální terapii lze zařadit psychoterapeutické přístupy, behaviorální terapii, kognitivně- behaviorální terapii nebo terapii hrou. Vzhledem k nízkému počtu dětí s mutismem je **skupinová terapie** poměrně obtížně realizovatelná a tím i málo obvyklá. J. A. Bozigar a R. A. Hansen (1984, In Sharkey, McNicholas, 2008) popisují úspěšnou skupinovou terapii čtyř dětí; skupina se setkávala jednou týdně na jednu hodinu tak dlouho, dokud děti volně nehovořily za různých podmínek. K. Barlow, J. Strother a G.

Landreth (1986 In In Sharkey, McNicholas, 2008) pak popisují skupinovou sourozeneckou terapii pěti mutistických dětí předškolního věku a tří sourozenců.

Psychoterapeutický přístup je zaměřen na snižování úzkosti dítěte, pomoci dítěti k uvolnění a otevření. Terapeut se snaží, aby si dítě uvědomilo intenzitu strachu v určitých situacích, ale také aby se dítě cítilo pochopené a podporované (Shipon-Blum, 2007). Jedním z psychoterapeutických přístupů je **terapie hrou**. Hra může poskytnout bezpečné prostředí, ve kterém lze nastavit poradenský vztah bez kladení přílišného tlaku k mluvě na dítě (Camposano, 2011).

Jedním z nejčastěji používaných přístupů je **behaviorální terapie**. Behaviorální terapie používá techniky jako je alternativní management, tvarování, slábnutí stimulů, systematická desenzibilizace, trénování sociálních dovedností nebo trénování sociálních dovedností a modelování- vše za účelem zlepšení verbální komunikace v takových podmínkách, ve kterých dítě nehovoří. E. Shipon- Blum (2007) popisuje behaviorální terapii jako plán zaměřený na snižování úzkosti postupnou **desenzibilizací**. Dítě nejdříve nacvičuje komunikaci v prostředí školy s rodiči, s postupným zapojením několika spolužáků, přesunem do prostředí třídy a zapojením pedagoga a ostatních spolužáků. Technika **alternativního managementu** zahrnuje pozitivní posilování mluvního chování a obvykle bývá kombinována s dalšími typy intervence, jako je např. posilování neverbální komunikace (Cohan, Chavira, Stein, 2006). Podstatou **metody tvarování** je napodobování pohybů úst při mluvení do té doby, dokud se u dítěte neobjeví řeč. Přístupem podobným desenzibilizaci je metoda **slábnutí stimulů**, která se používá v terapii sociální anxiozity, a je založena na postupném plnění jednoduchých cílů, jejichž náročnost se postupně zvyšuje. Tedy například postupné zvyšování počtu osob ve třídě nebo jiném prostředí, zatímco dítě procvičuje své verbální odpovědi (Dow, Sonies, Scheib, Moss, Leonard, 1995). Metoda bývá často kombinována s pozitivním posilováním. Metoda **sebemodelování** se skládá ze dvou částí. Dítě je nahráváno na video, když odpovídá na otázky v pro něj příjemném prostředí. Nahrávka je pak upravena tak, aby zobrazovala dítě hovořící v prostředí, jako je např. škola. Dítě pak tuto nahrávku opakovaně sleduje (často i v přítomnosti rodičů nebo přátel) tak, aby si zvyklo na svůj projev v daném prostředí. Modifikací tohoto přístupu je nahrávání členů rodiny, kteří pokládají takové otázky, jaké dítě často slýchává ve škole. Dítě pak

trénuje verbální odpovědi na tyto otázky. Metoda ovšem není vhodná pro všechny děti vzhledem k užití video/ audio nahrávání projevu- u některých dětí může nahrávání zvyšovat úzkost (Camposano, 2011).

Kognitivně- behaviorální terapie pomáhá dítěti modifikovat jeho chování prostřednictvím přeměny jeho úzkostných pocitů na pozitivní myšlenky. Jedním z předpokladů je povědomí o úzkosti a o mutismu jako takovém. Důraz je kladen na vyzdvihování silných stránek dítěte, budování sebedůvěry a snižování úzkosti v problémových prostředích (Shipon- Blum, 2007). Kognitivně- behaviorální terapie využívá a kombinuje různé techniky práce se stresem i techniky behaviorální terapie. L. Camposano (2011) upozorňuje na možná úskalí tohoto přístupu- je potřeba aktivní spolupráce dítěte (popis situací, které jsou pro dítě stresové; popis pocitů, jaké má dítě v určité situaci) může být nerealizovatelná vzhledem k povaze mutismu (dítě má obavy hovořit s terapeutem); při použití této terapie byla zaznamenána poměrně dlouhá doba potřebná pro úspěšnou terapii (pětkrát až šestkrát delší, než je potřeba u dětí, které trpí generalizovanou nebo separační úzkostí).

Jako úspěšná se jeví kombinace behaviorální terapie a **medikace**. Podávají se SSRI inhibitory (Prozac, Paxil, Luvox apod.) nebo léky ovlivňující neurotransmitery, jako serotonin, dopamin a další. Někteří autoři ovšem upozorňují na nízkou efektivnost užití medikace nebo na riziko, že rodiče mohou očekávat, že mutismus lze „vyléčit“ podáním medikamentu (Schum, 2002).

Rodinná terapie je nezbytnou součástí efektivního plánu intervence. Cílem rodinné terapie je identifikovat případné chybné rodinné vazby nebo komunikační vzorce, které mohly přispět k rozvinutí mutismu u daného dítěte. Za zvážení také stojí to, kolik pozornosti věnují rodiče neverbální komunikaci dítěte. V rámci terapie rodiče obvykle pozmění svůj výchovný styl a učí se vyrovnávat se stresem a strachem tak, aby mohli být správným vzorem pro své dítě (Camposano, 2011). Ne vždy je potřebná rodinná terapie, ale obecně začlenění rodiny do terapeutického týmu a procesu intervence má pozitivní vliv na průběh terapie (Dow, Sonies, Scheib, Moss, Leonard, 1995).

Psychodynamické, behaviorální, kognitivně- behaviorální, medicínské i rodinné přístupy k terapii a jejich jednotlivé metody spolu se zapojením odborníků, pedagogů,

vrstevníků, rodičů a dalších členů rodiny se spojují v tzv. **mnohostranném přístupu**. Tento různorodý přístup se stává jedním z nejčastěji užívaných (Camposano, 2011).

E. Shipon- Blum (2013) vypracovala na základě svých výzkumů a praxe vlastní metodiku intervence pro děti s mutismem- **Social Communication Anxiety Treatment** neboli S-CAT. Tento program vychází z předpokladu, že mutismus je sociální úzkostná porucha komunikace, která má různé příznaky, ne pouze mlčení. Základním nástrojem je komfortní škála s jednotlivými stupni sociální komunikace. Jednotlivé úrovně sociální komunikace této škály jsou graficky znázorněny na tzv. mostu sociální komunikace (viz příloha). Terapie je založena na spolupráci dítěte, rodičů, pedagogů dítěte a terapeuta a vychází z mnoha předpokladů:

- úroveň komunikace dítěte se různí v závislosti na prostředí
- pro úspěšnou terapii nestačí pouze pracovat na snižování úzkosti
- důležité je tranzitní stadium komunikace- tedy jak dítě přejde z neverbální na verbální komunikaci
- pro úspěšnou terapii nestačí pouze čas v ordinaci terapeuta
- strategie intervence je potřeba nacvičovat a implementovat do reálného prostředí
- součástí jsou metody snižování úzkosti, desenzibilizace, budování sebeúcty, práce na sociálních vztazích a vývoji komunikace
- dítě musí všemu rozumět a mít rozhodující slovo v terapii
- používají se různé typy cílů, které se týkají samotného dítěte i jeho okolí

Americký Institut dětské mysli (Child Mind Institute) také vypracoval vlastní program intervence, který vychází z behaviorálního přístupu a využívá behaviorální pozorování i videonahrávky k poznání komunikace dítěte v bezpečném prostředí. V rámci terapie pak dochází k systematickému přibližování terapeuta k dítěti a jeho rodiči až do té míry, že terapeut zastoupí rodiče (technika Sliding- In, tedy „vklouznutí“). Poté dochází k postupnému přesunu z prostředí ordinace mimo ni. Frekvence sezení se stanovuje dle závažnosti mutismu a individuálních potřeb a pohybuje se od jedné hodiny týdně až do dvaceti hodin týdně. Institut také poskytuje školení pro rodiče a pedagogy. Intenzivní

skupinová terapie nazvaná **Brave Buddies**¹ („Stateční kamarádi“) staví na podmínkách, které simulují školní prostředí a tvoří tak bezpečné podmínky, v kterých děti procvičují své verbální projevy. Tato skupinová terapie má podobu jednodenní nebo vícedenní a svým průběhem kopíruje den ve škole. Personál provází děti aktivitami, jejichž náročnost se postupně zvyšuje, a podporuje je v používání verbálních projevů. Každý takový „školní“ den končí výletem do speciálního obchodu Statečných kamarádů, kde mohou děti procvičovat nákup za body, které nasbíraly v průběhu dne. Součástí je i terapie pro rodiče.

Pro rodiče existuje mnoho volně dostupných průvodců a manuálů, jak přistupovat k dítěti s mutismem. Tyto informační brožury se většinou shodují na následujících radách pro rodiče:

- nepodceňovat situaci a včas vyhledat pomoc
- posilovat pouto mezi rodičem a dítětem
- vybírat aktivity, které podněcují k mluvení
- nenutit dítě ke komunikaci
- neobviňovat dítě
- zapojit učitele dítěte i jeho spolužáky nebo kamarády
- dát dítěti najevo porozumění a podporu
- akceptovat všechny formy komunikace dítěte
- nevyhýbat se problémovým situacím, ale upravit je tak, aby byly pro dítě příjemnější

Jedním ze zásadních předpokladů úspěšné terapie je dle P. Bork a D. Harwood (2010) dobrá informovanost pedagogů mutistického dítěte. Přínos pedagogů je především v tvorbě prostředí, které je pro dítě méně úzkostné. Jedním z možností, jak takového prostředí dosáhnout je **přístup Reggio Emilia**. Přístup Reggio Emilia je edukační filosofie založená na tom, že na každé dítě (tedy i na dítě s mutismem) se nahlíží jako na dítě způsobilé, kompetentní, tvořivé, nápadité a úctyhodné se silnou potřebou interakce a komunikace s ostatními i s prostředím. Tento otevřený systém zahrnující i rodiče je zaměřený na dítě a lze o něm hovořit jako o kontextuální konstrukci kurikula,

¹ dostupné online z: <http://www.childmind.org/en/clinics/programs/brave-buddies>

kdy se kurikulum vytváří z procesu objevování dítětem a z každé jeho aktivity, a je obohacováno a upravováno prostřednictvím kontinuálního dialogu mezi dítětem a pedagogem (Rinaldi, 2005 In Bork, Harwood, 2010). Důraz je kladen na vztahy a dítě jako takové. Protože škola tohoto typu je přátelským prostředím s důrazem na individualitu každého dítěte, má tento přístup přínos i pro mutistické děti. Dítě s mutismem je oceňováno pro jeho silné stránky, neverbální komunikaci, navazování vztahů nebo kreativní a umělecké vyjádření. Dítě může prezentovat své myšlenky jakoukoliv cestou, neočekává se jediná správná odpověď (Bork, Harwood, 2010).

C. E. Cunningham a A. McHolm (2001 In Crundwell, 2006) popisují pět klíčových kroků **školní intervence**, která má za úkol postupně snižovat úzkost dítěte.

1. Důležité je do terapie zahrnout osoby, se kterými dítě bez problému hovoří mimo školní prostředí, což jsou nejčastěji rodiče. Autoři doporučují vytvořit tzv. „konverzační návštěvy“, v jejichž rámci tyto osoby mluví s dítětem ve školním prostředí (pro začátek na nějakém tichém klidném místě). Tento krok slouží k navázání komunikace v prostředí školy. Postup je potřeba dítěti rozumně vysvětlit, ale tak, aby dítě necítilo žádný nátlak.

2. Hlavním cílem druhého kroku je přenášet „konverzační návštěvy“ do nových míst, blíže ke třídě, k vrstevníkům a k aktivitám třídy. V tomto kroku se uplatňuje již zmíněné slábnutí stimulů jako proces, v průběhu kterého se hovoření v jedné lokaci postupně přenesou do lokace nové, ve které se dosud verbální chování neobjevovalo (např. postup od mluvení s rodiči v knihovně k mluvení s rodiči ve třídě, kde ho mohou slyšet spolužáci). Předpokládá se, že příjemné pocity z hovoru s rodiči se postupně přenesou i do prostředí, které dříve vyvolávalo pouze úzkostné pocity. Po delším čase se předpokládá přesun konverzace z různých aktivit na další prostředí a osoby. Pro úspěch je důležité nastavit jednotlivé kroky tak, aby nebyly pro dítě příliš náročné.

3. Nezbytnou součástí je systém odměn, který by měl dítě motivovat. Opět je potřeba pečlivě nastavit míru a způsob odměn tak, aby odměny byly pro dítě skutečně motivující (může se jednat o systém známek, systém pokud- tak s materiální odměnou nebo odměnou prostřednictvím oblíbené činnosti apod.).

4. Různými prostředky lze podporovat příležitosti k mluvení ve škole- např. posadit dítě do lavice se spolužákem, se kterým běžně komunikuje mimo prostředí školy; posadit dítě dále od pedagoga nebo ve skupinových aktivitách zařazovat dítě do skupiny s jeho oblíbenými spolužáky, se kterými komunikuje nebo se cítí dobře.

5. Poslední součástí je monitoring a hodnocení intervence. Sledovat terapii může být náročné, protože pokrok se v tomto případě děje obvykle velmi pomalu. Pedagog může zaznamenávat drobné pokroky a zapojení dítěte- lze se tak ujistit, zda je terapie správně nastavena. Pedagog by měl konzistentně sbírat data a vybírat takové chování, které lze snadno pozorovat (Cunningham, McHolm, 2001 In Crundwell, 2006).

Obecně je v případě mutistického dítěte ve škole potřeba, aby se změnila **role pedagoga**. Mělo by dojít k odklonu od klasického modelu, kdy pedagog v první řadě hovoří a vysvětluje, k modelu, kdy pedagog naslouchá- naslouchání v tomto kontextu znamená být otevřený k ostatním a k tomu, co a jak sdělují. Úkolem pedagoga je také plánovat aktivity tak, aby zahrnovaly i mutistické dítě, a aby nedocházelo k vylučování dítěte z kolektivu. (Bork, Harwood, 2010). Další obecné zásady pro práci pedagoga přidává B. Hartmann a M. Lange (2008): umožnit komunikaci i jinou, než neverbální cestou; podporovat kladné sebehodnocení dítěte; vysvětlit spolužákům povahu onemocnění a podporovat je v přiměřené pomoci dítěti s mutismem; neosvobodit dítě od povinností; nevystavovat dítě tlaku na jeho komunikační dovednosti; nestavět dítě do centra pozornosti; v případě verbální komunikace dítěte reagovat normálně, ne přehnaně.

P. Bork (2010) se věnuje možnostem využití metod **alternativní a augmentativní komunikace** v terapii dětí s mutismem. Uvádí, že v terapii se nejčastěji používá psaní (např. pro komunikaci s pedagogem, vyjádření základních potřeb), videonahrávky a upravené nahrávky (např. pro sebedelování) nebo školní telefon (pro dítě je jednodušší hovořit do telefonu a lze jej tak využít v rámci desenzibilizace). Autorka se pozastavuje nad paradoxem toho, že současná doba přináší nejrůznější technologické vymoženosti, ovšem žádná z technických pomůcek není specificky určena pro dítě s mutismem.

Prognóza dosud nebyla dle H. Ch. Steinhausena, M. Wachter, K. Laimböck a Ch. W. Metzke (2006) příliš systematicky zkoumána, ale pravděpodobnými prediktory nepříznivé prognózy mohou být následující faktory: nevhodné rodinné prostředí, mentální postižení u rodičů nebo snížená inteligence, výskyt mutismu v rodině.

Pro dobrou prognózu je nezbytná včasná diagnostika a intervence. Odborníci se shodují, že právě **včasnost** je doposud problémem z důvodu již zmiňovaného nízkého povědomí o mutismu. Pokud u mutistického dítěte nenastoupí terapie, mutismus může mít mnoho negativních důsledků v různých sférách života dítěte. Déle trvající mutismus je také více rezistentní vůči terapii. S náležitou diagnostikou a intervencí je prognóza mutismu velmi dobrá (Shipon- Blum, 2007).

3 Analýza současných názorů na mutismus v odborné české a cizojazyčné literatuře

3.1 Analýza vymezení mutismu v české a v cizojazyčné literatuře

V pojetí mutismu v české literatuře lze pozorovat velkou nejednotnost v terminologii. Odborníci² se většinou shodují na termínu elektivní mutismus, nebo spíše (s)elektivní mutismus- s převahou užívání pojmu elektivní mutismus, někdy s doplněním „výběrový“³. V zahraniční literatuře lze naopak pozorovat relativní jednotnost v názvosloví. Autoři⁴ ve většině případů vychází z Diagnostického a statistického manuálu a respektují terminologii, kterou dané revize uvádí- tedy nejaktuálnější pátá revize (2013) zachovává pojem selektivní mutismus ze čtvrté revize (2000).

pojem	česká literatura	cizojazyčná literatura	pozn.
elektivní mutismus	✓	x	často užívána varianta (s)elektivní mutismus
selektivní mutisms	x	✓	dle DSM- IV, DSM- 5

Tab. 1: Vymezení mutismu, Zdroj: vlastní

Co se týká jednotlivých typů mutismu, v české literatuře jsou významné především poznatky J. Dvořáka (1998), který vymezuje několik typů mutismu. Vedle mutismu selektivního, totálního, perzistentního a tranzientního se dle autorovy klasifikace objevují také typy mutismu, kdy je mlčení symptomem jiného onemocnění (ať už psychického nebo porucha autistického spektra apod.). U většiny autorů⁵ se ale objevuje základní rozlišení mutismu (s)elektivního, totálního, situačního, reaktivního, perzistentního a tranzientního. V cizojazyčné literatuře se kromě selektivního, totálního, tranzientního a perzistentního mutismu objevuje ještě mutismus akinetický⁶ nebo cerebelární⁷. Specifickou klasifikaci typů mutismu uvádí Hayden (1995 In Lechta,

² J. Dvořák (1998), E. Škodová (In Škodová, Jedlička 2007)

³ M. Vágnerová (2004), M. Lejska (2003)

⁴ B. Hartmann, M. Lange (2008), L. Camposano (2011)

⁵ J. Pečeňák (In Lechta, 2003), J. Klenková (2006), M. Lejska (2003)

⁶ B. Hartmann, M. Lange (2008)

⁷ M. Küper, D. Timmann (2013)

2003)- rozlišuje mutismus ve formě symbiotické, pasivně- agresivní, reaktivní nebo mutismus ve formě spojené s logofobií.

typy mutismu	česká literatura	cizojazyčná literatura	pozn.
elektivní	✓	x	
selektivní	x	✓	
totální	✓	✓	
situační	✓	x	
reaktivní	✓	x	
tranzientní	✓	✓	
perzistentní	✓	✓	
akinetický	x	✓	pouze okrajově
cerebelární	x	✓	pouze okrajově

Tab. 2: Typy mutismu, Zroj: vlastní

Z tabulky je patrné, že užití české a cizojazyčné zdroje se shodují v rozdělení mutismu na mutismus selektivní/ elektivní, totální, tranzientní a perzistentní.

Obecně lze v české literatuře pozorovat větší různosti v terminologii i vymezení mutismu. U autorů⁸ se objevují různé definice a vymezení, ať už v souvislosti s mluvním negativismem, negativistickým chováním, situačně vázaným mlčením apod.. Jednotnost se objevuje jen u mutismu totálního, kdy se autoři⁹ shodují na tom, že mlčení se objevuje ve všech situacích a je rozšířeno na všechny osoby. Další shodný přístup se objevuje v rámci české literatury¹⁰ ve vymezení mutismu v dospělosti, kdy se mutismus objevuje v rámci komplexních psychiatrických onemocnění.

V zahraniční literatuře se taková různost ve vymezení mutismu neobjevuje. Pravděpodobně se jedná o dominantní vliv Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch, který je brán jako rozhodující dokument pro definici onemocnění (v české literatuře se objevují spíše odkazy na Mezinárodní klasifikaci nemocí (2008)).

⁸ M. Sovák (1989), J. Dvořák (1998), J. Vyštejn (1995)

⁹ J. Klenková (2006), M. Sovák (1989), J. Pečeňák (In Lechta, 2003), J. Dvořák (1998)

¹⁰ H. Hanuš (1999), E. Škodová (In Škodová, Jedlička, 2007)

Zahraniční autoři¹¹ tedy respektují nejen užívání pojmu selektivní mutismus, ale i ve vymezení dalších typů mutismu se omezují na totální, perzistentní, tranzientní. Cerebelární¹² a akinetický¹³ mutismus zmiňují autoři pouze okrajově, neboť svou povahou spadají spíše do oblasti neurologie. Také mutismu v dospělosti není věnováno příliš pozornosti.

Celkově se terminologie v české literatuře liší od terminologie užívané v zahraničí. Základním rozdílem je užívání pojmu „elektivní“ české literatuře a naopak užívání pojmu „selektivní“ v cizojazyčné. Ve vymezení základních typů mutismu se česká a cizojazyčná literatura shoduje; další specifické typy mutismu se objevují různé jak v české, tak i v zahraniční literatuře.

3.2 Analýza etiologie, výskytu a prevence mutismu v české a cizojazyčné literatuře

Vzhledem ke složité povaze mutismu se v české i zahraniční literatuře objevuje velké množství teorií a přístupů k etiologii mutismu. Autoři¹⁴ - ať už čeští, nebo zahraniční - se shodují především na nejednoznačnosti etiologie. Shodně hovoří o kombinaci různých predispozic a vyvolávajících faktorů.

Přístup k etiologii mutismu, který převažuje v českých zdrojích¹⁵, lze charakterizovat jako kombinaci vnitřních a vnějších faktorů. Jako nejvýznamnější z endogenních faktorů se jeví osobnostní rysy dítěte, jeho psychické ladění a povahové charakteristiky. Exogenními faktory jsou všechny vlivy působící na dítě z jeho okolí - tedy především výchova v rodině, požadavky kladené na dítě z okolí atd.. J. Pečeňák (In Lechta, 2003) napříč těmito dvěma základními skupinami dělí faktory dle období, kdy působí na vznik mutismu, na skupinu faktorů predispozičních, bezprostředně vyvolávajících a faktorů udržovacích. Dále lze v české literatuře vzhledem k etiologii pozorovat kladení důrazu na osobnostní rysy dítěte a výchovné styly rodiny. Tyto dva faktory se v různých kombinacích s dalšími objevují u naprosté většiny autorů (Kutálková, 2007, Lejska,

¹¹ R. L. Schum (2002), B. Hartmann, M. Lange (2008), L. Camposano (2011)

¹² M. Küper, D. Timmann (2013)

¹³ B. Hartmann, M. Lange (2008)

¹⁴ M. Lejska (2003), B. Hartmann, M. Lange (2008)

¹⁵ I. Bytešníková (2012), D. Kutálková (2007)

2003, Pečeňák In Lecha, 2003, Bytešníková, 2012). Z hlediska etiologie je často zmiňován začátek školní docházky, jako faktor způsobující spuštění mutismu. E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) bez bližšího rozebrání uvádí ještě delecí krátkého raménka 18. chromozomu (podobná informace nebyla v použité zahraniční literatuře zaznamenána).

V současné cizojazyčné literatuře je jedním z nejvýraznějších přístupů k etiologii mutismu teorie učení, která popisuje vznik mutismu jako naučené reakce na nepřiměřený stres v určitých sociálních situacích; tato reakce je ještě posilována a fixována okolím¹⁶. Mnoho výzkumů se věnuje podílu sociální úzkosti na vzniku mutismu (Shipon- Blum, 2013, Manassis, Fung, Tannock, Sloman, Fiksenbaum, McInnes, 2003, Yeganeh, Beidel, Turner, Pina, Silverman, 2003). Shodně s českou literaturou hovoří zahraniční odborníci¹⁷ o významnosti povahových rysů dítěte a o dědičnosti (potažmo tedy zvýšeném výskytu rizikových rysů v rodině). E. Shipon- Blum (2013) přidává jako další významný faktor poruchu smyslového zpracování- podobný poznatek se v české literatuře neobjevuje.

příčiny mutismu	česká literatura	cizojazyčná literatura	pozn.
osobnostní rysy	✓	✓	
okolí dítěte	✓	✓	
teorie učení	x	✓	
začátek školní docházky	✓	✓	v české literatuře se vyskytuje významněji
delece raménka 18. chromozomu	✓	x	
dědičnost	✓	✓	
porucha smyslového zpracování	x	✓	

Tab. 3: Etiologie mutismu, Zdroj: vlastní

¹⁶ T. J. Kehle, M. A. Bray a L. A. Theodore (2004)

¹⁷ P. Bork a D. Harwood (2010), E. Shipon- Blum (2013)

Z hlediska četnosti výskytu mutismu se objevuje shodně v české i cizojazyčné literatuře prevalence přibližně jedno procento¹⁸. Zahraniční autoři¹⁹ ovšem upozorňují, že toto číslo nemusí být pravdivé- především z důvodu špatné diagnostiky mutismu a obecně nízkého povědomí o mutismu může být skutečný výskyt mutismu vyšší.

výskyt	česká literatura	cizojazyčná literatura	pozn.
přibližně 1%	✓	✓	dle zahraničních autorů pravděpodobně vyšší než 1%

Tab. 4: Výskyt mutismu, Zdroj: vlastní

Pro prevenci vzniku mutismu lze v české literatuře nalézt několik obecných doporučení, která jsou zaměřena především na rodiče, jejich výchovný styl nebo styl komunikace²⁰. Použitá zahraniční literatura prevenci příliš prostoru nevěnovala, pouze u R. T. Busse a J. Downey (2011) lze v rámci jejich modelu intervence nalézt několik zásad, které lze využít v rámci prevence. E. Shipon- Blum (2013) pak přidává další zásady, které jsou v podstatě shodné se zásadami z české literatury.

¹⁸ H. Hanuš (1999), E. Škodová (In Škodová, Jedlička, 2007), Bergman et al. (2002 In K. Manassis, D. Fung, R. Tannock, L. Sloman, L. Fiksenbaum, A. McInnes, 2003), Kolvin, Fundudis (1981 In W. G. Sharp, C. Sherman, A. M. Gross 2007)

¹⁹ E. Shipon- Blum (2013), R. L. Schum (2002)

²⁰ I. Bytešnicková (2012), J. Klenková (2006)

prevence	česká literatura	cizojazyčná literatura	pozn.
výchovný styl	✓	✓	
nevytváření nátlaku na dítě	✓	✓	
komunikace v rodině	✓	x	
konzultace u odborníka	x	✓	
identifikace stresových situací	x	✓	v rámci modelu intervence R. T. Busse a J. Downey
orální komunikační strategie	x	✓	v rámci modelu intervence R. T. Busse a J. Downey
příprava dítěte na začátek školní docházky	x	✓	v rámci modelu intervence R. T. Busse a J. Downey

Tab. 5: Prevence mutismu, Zdroj: vlastní

V etiologii převažuje shoda mezi českou a cizojazyčnou literaturou, rozdíly se objevují spíše jen v kategorizování jednotlivých příčin. Zahraniční literatura se zmiňuje o vzniku mutismu z hlediska teorie učení a podobná teorie nebyla zaznamenána v použité české literatuře. V oblasti výskytu mutismu se zahraniční²¹ a česká literatura²² opět shodují, pouze zahraniční autoři²³ upozorňují na relativnost čísla 1%. Oblast prevence není příliš rozpracovaná ani v české, ani v zahraniční literatuře. Objevují se pouze obecné rady pro rodiče, kterých není mnoho. Cizojazyčná literatura navíc doporučuje včasnou konzultaci u odborníka²⁴ nebo některé zásady v rámci intervenčního programu (Busse, Downey, 2011).

3.3 Analýza symptomatologie mutismu v české a cizojazyčné literatuře

Jako základní symptom mutismu se shodně v české i cizojazyčné literatuře objevuje mlčení (s možnou zachovanou neverbální komunikací nebo komunikací šeptem/

²¹ Kolvin, Fundudis (1981 In W. G. Sharp, C. Sherman, A. M. Gross 2007), E. Shipon- Blum (2013), R. L. Schum (2002)

²² H. Hanuš (1999), E. Škodová (In Škodová, Jedlička, 2007)

²³ E. Shipon- Blum (2013), R. L. Schum (2002)

²⁴ E. Shipon- Blum (2013)

několika málo izolovanými slovy²⁵). Absence verbální komunikace je popisována nejčastěji v souvislosti se školním prostředím. Naopak bezproblémová komunikace se dle autorů objevuje zpravidla v domácím prostředí dítěte²⁶.

Školní prostředí, jakožto prostředí, ve kterém se symptomy mutismu nejčastěji objevují, je českými odborníky²⁷ považováno za významné především kvůli nárokům, které na dítě klade. Autoři²⁸ dále popisují mnoho doprovodných projevů v chování dítěte, jako je především stydlivost nebo vyhýbání se kontaktu, i když názory na ně se různí. Objevují se zmínky o projevech podobných sociální fobii nebo úzkosti, ovšem bez bližšího vysvětlení²⁹. V české literatuře³⁰ lze také pozorovat poměrně výrazné negativní vnímání toho, že dítě nemluví.

Na rozdíl od českého vnímání školního prostředí, v zahraniční literatuře je významnost školního prostředí vnímána poněkud odlišně- prostředí školy zvýrazňuje symptomy mutismu, které do začátku školní docházky nemusely být tak patrné³¹. Také popis projevů mutismu v různých oblastech osobnosti dítěte je mnohem bohatší, než v české literatuře. Zřejmě nejvýraznějším pojmem, který se prolíná veškerými zahraničními poznatky o mutismu je sociální anxiozita. Autoři³² se věnují spojitosti této poruchy s mutismem a také symptomy mutismu porovnávají se symptomy sociální úzkosti. Symptomy mutismu v jednotlivých oblastech rozebrala podrobně např. E. Shipon-Blum (2013). Negativní důsledky mutismu jsou popisovány už v samotném Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch (pátá revize, 2013).

²⁵ M. Lejska (2003), J. Pečeňák (In Lechta, 2003), B. Hartmann, M. Lange (2008)

²⁶ E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000), E. Škodová (In Škodová, Jedlička, 2007), R. L. Schum (2002)

²⁷ M. Vágnerová (2005), J. Šturma (In Říčan, Krejčířová a kol., 1997)

²⁸ M. Sovák (1989), E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000), H. Hanuš (1999)

²⁹ L. Stárková (In Praško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011), E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000)

³⁰ J. Pečeňák (In Lechta, 2003), M. Vágnerová (2004)

³¹ R. L. Schum (2002), L. Camposano (2011)

³² R. Yeganeh, D. C. Beidel a S. M. Turner (2006), K. Manassis, D. Fung, R. Tannock, L. Sloman, L. Fiksenbaum, A. McInnes (2003), E. Shipon-Blum (2013)

symptomy	česká literatura	cizojazyčná literatura	pozn.
mlčení	✓	✓	
možnost neverbální komunikace	✓	✓	
sociální fobie/ úzkost	✓	✓	v české literatuře jen velmi okrajově
emoce	✓	✓	
tělesné projevy	✓	✓	v české literatuře jen velmi okrajově
chování	✓	✓	rozdílná povaha symptomů
přidružené úzkosti	✓	✓	
negativní důsledky mutismu	✓	✓	v české literatuře výraznější, než v zahraniční

Tab. 6: Symptomatologie mutismu, Zdroj: vlastní

Z tabulky je patrné, že mezi výčtem symptomů v české a cizojazyčné literatuře panuje relativní shoda. Nejvýraznější rozdíly lze pozorovat v kvalitě popisu daných symptomů. Česká literatura nezachází příliš do podrobností a příčin symptomů. U českých odborníků³³ převažuje popis mutistického dítěte jako dítěte stydlivého, vyhýbajícího se kontaktu, případně odmítavého chováním. V zahraniční literatuře³⁴ se objevuje popis symptomů v souvislosti se sociální úzkostí a častější je také výskyt dominantních rysů a touhy po kontrole u mutistických dětí³⁵.

³³ J. Dvořák (1998), M. Sovák (1989), H. Hanuš (1999), J. Pečeňák (In Lechta, 2003), E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000)

³⁴ L. Camposano (2011), R. L. Schum (2002), R. Yeganeh, D. C. Beidel a S. M. Turner (2006), K. Manassis, D. Fung, R. Tannock, L. Sloman, L. Fiksenbaum, A. McInnes (2003)

³⁵ B. Hartmann, M. Lange (2008), E. Shipon- Blum (2013)

3.4 Analýza diagnostiky a diferenciální diagnostiky mutismu v české a cizojazyčné literatuře

Původní česká literatura³⁶ stanovuje několik základních diagnostických kritérií, mezi která patří především nemluvení v sociálních situacích, které verbální komunikaci vyžadují; běžná úroveň komunikace v jiných sociálních situacích a trvání poruchy minimálně po dobu jednoho měsíce. Nutno poznamenat, že k těmto kritériím čeští autoři přidávají další, která ovšem vychází ze zahraničních zdrojů, nebo je přímo kopírují.

V zahraniční literatuře je opět jasně patrný vliv Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch- odborníci nestanovují svá vlastní kritéria, ale odkazují na kritéria stanovená tímto dokumentem (v nejnovější páté revizi z roku 2013 se diagnostická kritéria neliší od revize předcházející).

kritérium	česká literatura	cizojazyčná literatura	pozn.
absence verbální komunikace v určitých situacích	✓	✓	
normální komunikace v jiných situacích	✓	✓	
narušení interferuje s dalšími oblastmi	x	✓	
doba trvání min. 1 měsíc	✓	✓	
nezapočítává se první měsíc školní docházky	x	✓	
normální znalost jazyka	x	✓	
nepřítomnost narušené komunikační schopnosti	x	✓	

Tab. 7: Diagnostická kritéria, Zdroj: vlastní

³⁶ J. Pečeňák (In Lechta, 2003), I. Bytešníková (2012)

U kritéria nepřítomnosti narušené komunikační schopnosti nebo jiných poruch dochází k různé interpretaci tohoto kritéria. Několik zahraničních autorů uvádí určitý druh narušené komunikační schopnosti až u 30% dětí s mutismem (např. Shipon- Blum (2013), u nás podobně E. Malá (In Hort, Hrdlička, Kocurková, Malá, 2000)). Je tedy otázkou, zda tato tvrzení neodporují kritériu tak, jak ho stanovuje Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch.

V rámci diagnostiky se autoři pozastavují nad oblastmi, kterým je potřeba věnovat péči. V české literatuře³⁷ se objevuje klasické rozdělení anamnézy na osobní a rodinnou s jednotlivými složkami, na které se odborník při diagnostice zaměří (vývoj dítěte, psychomotorický vývoj, současná onemocnění, úroveň socializace dítěte; výskyt poruch v rodině, atmosféra v rodině, postavení dítěte apod.). J. Pečeňák vypracoval záznamový arch pro diagnostiku mutismu- jedná se o jedinou českou pomůcku pro diagnostiku.

V zahraničních zdrojích lze nalézt signifikantně větší množství diagnostických nástrojů. Rozsáhlý dotazník vypracovala E. Shipon- Blum (2013) a v široké míře postihuje různé oblasti. Dalším unikátním nástrojem pro diagnostiku mutismu je Dotazník selektivního mutismu od autorů R. L. Bergman, M. L. Keller, J. Piacentini a A. J. Bergman (2008). Při výzkumech odborníci používají množství dalších testů a škál, především z oblasti psychologie.

diagnostika	česká literatura	cizojazyčná literatura	pozn.
osobní anamnéza	✓	✓	
rodinná anamnéza	✓	✓	
diagnostické materiály	✓	✓	v české literatuře pouze jediný záznamový arch- J. Pečeňák (In Lechta, 2003)

Tab. 8: Diagnostika mutismu, Zdroj: vlastní

³⁷ D. Kutálková (2007), J. Pečeňák (In Lechta, 2003)

Z dalších vyšetření odborníci³⁸ doporučují především vyšetření psychologické, neurologické nebo foniatrické, což souvisí s požadavkem týmového přístupu k diagnostice, který se vyskytuje jak v české³⁹, tak i v zahraniční literatuře⁴⁰.

V případě diferenciální diagnostiky odlišují čeští odborníci⁴¹ mutismus od poruch centrální nervové soustavy, poruch způsobených nedostatečným vývojem řeči, pervazivních vývojových poruch, depresivních afektivních poruch nebo dětské schizofrenie. Podobné poznatky se vyskytují také v cizojazyčné literatuře⁴², kde je opět hraje nejvýznamnější roli Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (2013), který mutismus odlišuje od poruch komunikace, neurovývojových poruch a sociálních úzkostných poruch (i když v tomto případě připouští současné stanovení obou diagnóz). P. O. Tabors ještě upozorňuje na neverbální období vývoje dítěte pocházejícího z bilingválního prostředí.

Ze srovnání oblasti diagnostiky v české a cizojazyčné literatuře je patrná větší zkušenost zahraničních odborníků s diagnostikou mutismu, což je dáno větším počtem případů. Tato zkušenost vedla k vytvoření cenných diagnostických materiálů, které v českém prostředí nemají obdobu.

3.5 Analýza terapie a prognózy mutismu v české a cizojazyčné literatuře

Terapie, jakožto praktická oblast, staví na teoretických poznatcích o onemocnění. V českých zdrojích se opět reflektuje malá zkušenost s touto poruchou, neexistuje ucelený terapeutický program. Autoři⁴³ shodně doporučují týmový přístup- tedy nejlépe spolupráci logopeda, foniatra a psychologa. Terapii se blíže věnuje D. Kutálková (2007), ovšem metody své práce příliš nerozebírá. Mezi další možnosti terapie patří farmakoterapie nebo skupinová terapie- ovšem ta je poměrně obtížně realizovatelná

³⁸ E. Škodová (In Škodová, Jedlička, 2007), M. Lejska (2003), B. Hartmann, M. Lange (2008)

³⁹ J. Pečeňák (In Lechta, 2003)

⁴⁰ R. L. Schum (2002)

⁴¹ L. Stárková (In Praško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011), J. Pečeňák (In Lechta, 2003)

⁴² E. Shipon- Blum (2013), B. Hartmann, M. Lange (2008)

⁴³ E. Škodová (In Škodová, Jedlička, 2007), J. Klenková (2006), D. Kutálková (2007)

vzhledem k již zmiňovanému nízkému výskytu onemocnění. O tom, že terapie je považována spíše za oblast psychologie, nasvědčují i poznatky L. Stárkové (In Praško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011). Pro rodiče existuje několik obecných doporučení⁴⁴, které lze uplatnit v každodenní komunikaci s mutistickým dítětem.

Zahraniční zdroje, analogicky ke své obsáhlosti, nabízí několik metod a technik, jako i terapeutických přístupů. V současnosti je nejužívanějším přístupem kognitivní terapie⁴⁵, která využívá metod jako je sebemodelování, slábnutí stimulů nebo tvarování a dalších. Autoři⁴⁶ se shodují, že jako účinné se jeví spojení různých přístupů a metod (včetně farmakoterapie nebo rodinné terapie) tak, aby co nejvíce vyhovovala dítěti (tedy tzv. mnohostranný přístup). Cenným zdrojem informací je program terapie vypracovaný E. Shipon- Blum (2013) nebo skupinová terapie Institutu dětské mysli v USA.

Pro školní prostředí, které se často úzce váže s výskytem mutismu, existuje v české literatuře několik obecných doporučení, jak pracovat s mutistickým žákem. Cizojazyčná literatura se školnímu prostředí věnuje podrobněji- hovoří o školní intervenci⁴⁷, změně role pedagoga⁴⁸ nebo o přístupu Reggio Emilia (Rinaldi, 2005 In Bork, Harwood, 2010).

⁴⁴ I. Bytešnicková (2012), P. Bendová (2011)

⁴⁵ L. Camposano (2011)

⁴⁶ R. L. Schum (2008), E. Shipon- Blum (2013), P. Bork, D. Harwood (2010), L. Camposano (2011)

⁴⁷ C. E. Cunningham a A. McHolm (2001 In Crundwell, 2006)

⁴⁸ P. Bork, D. Harwood (2010)

terapie	česká literatura	cizojazyčná literatura	pozn.
týmový přístup	✓	✓	
rodinná terapie	✓	✓	
skupinová terapie	✓	✓	
farmakoterapie	✓	✓	
kognitivní terapie	x	✓	
kognitivně- behaviorální terapie	x	✓	
mnohostranný přístup	x	✓	
ucelený program terapie	x	✓	
obecná doporučení pro rodiče	✓	✓	více v české, než v cizojazyčné literatuře
obecná doporučení pro pedagogy	✓	✓	
školní intervence	x	✓	

Tab. 9: Terapie mutismu, Zdroj: vlastní

V oblasti terapie mutismu lze pozorovat- podobně jako u diagnostiky mutismu- větší rozpracovanost a větší množství informací v zahraniční literatuře. Jako jedno z možných vysvětlení se opět nabízí větší počet případů mutismu, se kterými se zahraniční autoři měli možnost setkat.

5 Závěr

Diplomová práce si kladla za cíl analyzovat a srovnat poznatky o mutismu z vybrané české a cizojazyčné literatury. Pro přehlednost byly jednotlivé oblasti mutismu rozděleny do následujících kategorií: vymezení mutismu, etiologie, výskyt a prevence mutismu, symptomatologie mutismu, diagnostika a diferenciální diagnostika mutismu, terapie a prognóza mutismu.

První kapitola se zabývala mutismem z pohledu české literatury. V pojetí mutismu lze pozorovat v české literatuře velkou rozmanitost v definici mutismu a vymezení jednotlivých typů mutismu. Přesná etiologie mutismu není známa a je založena především na vzájemné kombinaci několika faktorů. Prevence mutismu by se měla zakládat dle českých odborníků na osvětě a úpravě komunikace rodičů s dítětem. Jako základní symptom se napříč celou českou literaturou objevuje mlčení v určitých situacích s normální úrovní komunikace v situacích jiných. Další doprovodné symptomy se objevují spíše okrajově. V rámci diagnostiky doporučují odborníci obvyklé schéma vyšetření rodinné, osobní anamnézy a komunikace se zaměřením na specifické oblasti. Terapie není v české literatuře rozpracována příliš podrobně, objevují se spíše postupy obecnějšího charakteru.

Druhá kapitola se věnovala stejným oblastem mutismu, ovšem z pohledu cizojazyčné literatury. Definice mutismu jako takového a jeho pojetí je v cizojazyčné literatuře relativně jednotné vlivem Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (2013). V oblasti etiologie i symptomatologie mutismu je nejvýraznějším rysem cizojazyčné odborné literatury spojení mutismu s úzkostnou poruchou, resp. vznik mutismu jako typu sociální anxiozity. V oblasti diagnostiky lze nalézt množství diagnostických materiálů, ať už vyvinutých přímo pro diagnostiku mutismu, nebo i materiály pocházející z oblasti psychodiagnostiky. Cizojazyčná literatura také nabízí různé přístupy k terapii mutismu.

Poslední část práce je věnována analýze a komparaci poznatků z české a cizojazyčné literatury, vždy v jednotlivých kategoriích. V oblasti vymezení mutismu lze pozorovat rozdíl především v užívaném názvosloví- česká literatura upřednostňuje pojem elektivní mutismus, naopak zahraniční literatura preferuje pojem selektivní mutismus. V zahraniční literatuře je patrný dominantní vliv Diagnostického a statistického

manuálu mentálních poruch- autoři nevytváří vlastní definice selektivního mutismu, ale vychází z tohoto materiálu. Základní rysy mutismu jsou ve většině shodné jak v české, tak v zahraniční literatuře. Etiologii lze v české i cizojazyčné literatuře charakterizovat jako heterogenní soubor příčin z různých oblastí a jejich vzájemné kombinace. V zahraniční literatuře je převažujícím mechanismem vzniku mutismu teorie učení, které v české literatuře není významněji zmiňována. V oblasti výskytu mutismu se česká literatura shoduje se zahraniční na výskytu přibližně 1%, ovšem zahraniční literatura upozorňuje, že reálný výskyt může být vyšší. Naopak prevenci není ve vybrané zahraniční literatuře věnováno příliš pozornosti; česká literatura nabízí několik doporučení jak pro rodiče, tak pro učitele. Symptomy mutismu jsou obsáhleji popsány v zahraniční literatuře, kde se kromě základního symptomu- situačně vázaného mlčení- objevuje množství doprovodných symptomů, které jsou spojovány především se sociální úzkostí. Těmto symptomům není v české literatuře věnováno tolik pozornosti. Největší rozdíl je pozorovatelný v oblasti diagnostiky mutismu. Česká literatura nabízí obecné postupy pro diagnostiku se zaměřením na určité oblasti, které mohou mít vzhledem k rozvoji mutismu specifický význam. V zahraničí je oblast diagnostiky mnohem více rozpracována- v odborných studiích lze nalézt několik diagnostických materiálů, některé jsou vyvinuty speciálně pro diagnostiku mutismu, další pochází z oblasti psychodiagnostiky a slouží především k diagnostice úzkosti, což koresponduje s již zmiňovanou souvislostí mutismu a sociální anxiózy, která je charakteristická pro většinu zdrojů ze zahraničí. Také možnosti terapie jsou v zahraniční literatuře více rozpracovány, než v české literatuře. Terapii dle českých autorů lze charakterizovat jako doporučení obecnějšího rázu, nelze hovořit o uceleném programu intervence. Naopak zahraniční literatura poskytuje nejen přehled jednotlivých metod a technik, ale i různé terapeutické programy. Pro cizojazyčnou literaturu je charakteristické významné zapojení rodiny a pedagogů do terapie. O příznivé prognóze za předpokladu správné a včasné terapie se shodně vyjadřuje jak česká, tak i cizojazyčná literatura.

Výsledky analýzy tedy lze shrnout následovně: rozdílný přístup k mutismu se vyskytuje v podstatě ve všech kategoriích. Dílčí rozdíly se objevují v oblasti vymezení mutismu, etiologie i symptomatologie. Nejvýraznější rozdíly (ve prospěch cizojazyčných zdrojů) jsou pozorovatelné v oblasti diagnostiky a terapie mutismu. Zahraniční literatura tedy může být cenným zdrojem informací právě v těchto oblastech. Charakteristickým rysem

zahraniční literatury je sociální anxiozita, která se prolíná všemi oblastmi mutismu; dále dominantní vliv Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch. Česká literatura nabízí množství rozdílných přístupů k vymezení mutismu i etiologii, naopak oblast diagnostiky a terapie není hlouběji rozpracována. Vzhledem k provedené analýze a komparaci českých a cizojazyčných zdrojů byl dle autorky naplněn cíl práce.

K jistému zkreslení výsledků mohlo dojít už výběrem zdrojů. České zdroje obsahovaly především odborné publikace. Naopak dostupnost zahraničních publikací byla značně omezená, dobře dostupné byly odborné studie a články (ty tvoří většinu z použitých cizojazyčných zdrojů), což bohužel neplatilo pro české výzkumné studie nebo odborné články. Vlivem této skutečnosti jsou cizojazyčné zdroje aktuálnějšího charakteru. K dalšímu zkreslení mohlo dojít také na základě vlastních překladů cizojazyčné literatury.

6 Seznam použitých informačních zdrojů

Použitá literatura

ASSOCIATION], [American Psychiatry. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington [etc.]: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 0890425558.

BALAŠOVÁ, Jana. Kapitoly z logopedie. Vyd. 1. Praha: Vysoká škola J.A. Komenského, 2003, 84 s. ISBN 80-86723-05-4.

BENDO VÁ, Petra. Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 150 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4738-536.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. Komunikace dětí předškolního věku. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 236 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3008-0.

DVOŘÁK, Josef. Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998, 192 s.

EDELSBERGER, Ludvík a Miloš SOVÁK. Defektologický slovník. 3. uprav. vyd. Jinočany: H & H, c2000, 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

HANUŠ, Herbert. Speciální psychiatrie: styly a techniky komunikace, komunikace rodiče ve vztahu k dítěti, vývojová období dítěte, komunikace v náročných situacích. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 331 s. Pro rodiče. ISBN 80-718-4873-5.

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

HORT, Vladimír, Michal HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ a Eva MALÁ. Dětská a adolescentní psychiatrie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 492 s. ISBN 80-7178-472-9.

KOVAŘÍK, Jiří. Typologie rodin z hlediska dětí a rodičovství: příspěvek k problematice "Dětství jako sociální jev". Bratislava: Výskumný ústav sociálneho rozvoja a práce Bratislava, 1990, 122 s.

KREJČÍŘOVÁ, Dana a Pavel ŘÍČAN. Dětská klinická psychologie. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1997, 450 s. ISBN 80-7169-512-2.

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

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

LEJSKA, Mojmír. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

MCHOLM, Angela E, Charles E CUNNINGHAM a Melanie K VANIER. Helping your child with selective mutism: practical steps to overcome a fear of speaking. Oakland, CA: New Harbinger Publications, c2005, vii, 171 p. ISBN 157224416x.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-, ^^sv. ISBN 978-80-904259-0-3.

PRAŠKO, Ján. Klinická psychiatrie. 1. vyd. Editor Ján Praško. Praha: Tigis, 2011, 515 s. ISBN 978-808-7323-007.

SOVÁK, Miloš. Logopedie předškolního věku. 3. upr. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989, 215 s.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

SVOBODA, Mojmír, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 791 s. ISBN 80-7178-545-8.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. Komunikace mezi rodičem a dítětem: styly a techniky komunikace, komunikace rodiče ve vztahu k dítěti, vývojová období dítěte, komunikace v náročných situacích. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 101 s. Pro rodiče. ISBN 978-802-4726-984.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. Základy psychologie. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2004, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie pro obor Speciální pedagogika předškolního věku. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007, 122 s. ISBN 978-80-7372-213-5.

VAŇKOVÁ, Irena. Mlčení a řeč v komunikaci, jazyce a kultuře. Praha: Institut sociálních vztahů, [1996?], 280 s. ISBN 80-85866-14-5.

VYŠTEJN, Jan. Dítě a jeho řeč. 1. vyd. Beroun: Baroko & Fox, 1995, 62 s. ISBN 80-85642-25-5.

Odborné články

BERGMAN, R. Lindsey, Melody L. KELLER, John PIACENTINI a Andrea J. BERGMAN. The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child*. 2008-04-16, vol. 37, issue 2, s. 456-464. DOI: 10.1080/15374410801955805. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410801955805>

BORK, Poling Marianne. Prospect of Selective Mutism Intervention: Techno Style. *The International Journal of Technology, Knowledge and Society*. 2010, roč. 6, č. 3, s. 37-42.

BORK, Poling a Debra HARWOOD. Transient ≠ Persistent: Determining the Best Approach to Selective Mutism Intervention. *The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*. 2010, roč. 5, č. 3, s. 237-245.

BUSSE, T. R. a DOWNEY. Selective Mutism: A Three-Tiered Approach to Prevention and Intervention. *Contemporary School Psychology*. 2011, č. 15, s. 53-63.

CAMPOSANO, Lisa. Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *The Professional Counselor* [online]. 2011, vol. 1, issue 1, s. 46-56 [cit. 2015-03-24]. DOI: 10.15241/lc.1.1.46.

CRUNDWELL, R. Marc A. Identifying and Teaching Children With Selective Mutism. *TEACHING Exceptional Children*. 2006, roč. 38, č. 3, s. 48-54.

COHAN, Sharon L., Denise A. CHAVIRA a Murray B. STEIN. Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990- 2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 2006, s. 1085-1097 [cit. 2015-03-23]. DOI: 1111/j.1469-7610.2006.01662.x. Dostupné z: http://akip.uk-koeln.de/studium_und_promotion/masterseminar-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie/papers/cohan-2006-behandlung-mutismus-metaanalyse.pdf

COHAN, Sharon L., Denise A. CHAVIRA, Elisa SHIPON-BLUM, Carla HITCHCOCK, Scott C. ROESCH a STEIN. Refining the Classification of Children with Selective Mutism: A Latent Profile Analysis. *Journal of Clinical Child*. 2008-10-07, vol. 37, issue 4. DOI: 10.1080/15374410802359759.

CUNNINGHAM, Charles E., Angela E. MCHOLM a Michael H. BOYLE. Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2006, roč. 15, č. 5, s. 245-255.

DOW, Sara P., Barbara C. SONIES, Donna SCHEIB, Sharon E. MOSS a Henrietta L. LEONARD. Practical Guidelines for the Assessment and Treatment of Selective Mutism. *Journal of the American Academy of Child*. 1995, vol. 34, issue 7, s. 836-846. DOI: 10.1007/springerreference_180008.

KEHLE, Thomas J., Melissa A. BRAY a Lea A. THEODORE. Selective Mutism: A Primer for Parents and Educators. *Helping Children at Home and School II: Handouts for Families and Educators*. 2004, č. 8, s. 167-170.

KÜPER, Michael a Dagmar TIMMANN. Cerebellar mutism. *Brain and Language*. 2013, roč. 127, č. 3, s. 327-333.

MANASSIS, Katharina, Daniel FUNG, Rosemary TANNOCK, Leon SLOMAN, Lisa FIKSENBAUM a Alison MCINNES. Characterizing Selective Mutism: Is it more than social anxiety?. *Depression and Anxiety*. 2003, č. 18, s. 153-161. DOI: 10.1002/da.10125.

MCINNES, Alison, Daniel FUNG, Katharina MANASSIS, Lisa FIKSENBAUM a Rosemary TANNOCK. Narrative Skills in Children With Selective Mutism: An Exploratory Study. *American Journal of Speech- Language Pathology*. 2004, č. 13, s. 304-315.

SHARKEY, Louise a Fiona MCNICHOLAS. 'More than 100 years of silence', elective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. 2008, vol. 17, issue 5, s. 255-263 [cit. 2015-03-23]. DOI: 10.1002/9780470373699.speced1418.

SHARP, William G., Colleen SHERMAN a Alan M. GROSS. Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007, roč. 21, č. 4, 568- 579.

SHIPON- BLUM, Elisa. "When the Words Just Won't Come Out": Understanding Selective Mutism. In: *Selective Mutism Group~Childhood Anxiety Network*. [online]. 2007 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.selectivemutism.org/resources/library/SM%20General%20Information/When%20the%20Words%20Just%20Wont%20Come%20Out.pdf>

SHIPON- BLUM, Elisa. WHAT is Selective Mutism?: A GUIDE to Helping Parents, Educators and Treatment professionals Understand Selective Mutism as a Social Communication Anxiety Disorder. In: *Selective mutism center* [online]. 2013 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://www.selectivemutismcenter.org/media_library/whatissm.pdf

SHRIVER, Mark D., Natasha SEGOOL, Valerie GORTMAKER. Behavior Observations for Linking Assessment to Treatment for Selective Mutism. *Education and*

Treatment of Children [online]. 2011, vol. 34, issue 3, s. 389-411 [cit. 2015-03-23]. DOI: 10.1007/springerreference_180008.

SCHUM, Robert L. Selective Mutism: An Integrated Treatment Approach. In: The ASHA Leader [online]. 2002 [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: <http://www.asha.org/Publications/leader/2002/020924/020924ftr.htm>

STEINHAUSEN, Hans-Christoph, Miriam WACHTER, Karin LAIMBOCK a Christa Winkler METZKE. A long-term outcome study of selective mutism in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry [online]. 2006, vol. 47, issue 7, s. 751-756 [cit. 2015-03-23]. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x.

TOPPELBERG, Claudio O., Patton TABORS, Alissa COGGINS, Kirk LUM, Claudia BURGER. Differential Diagnosis of Selective Mutism in Bilingual Children. Journal of the American Academy of Child. 2005, vol. 44, issue 6, s. 592-595. DOI: 10.1097/01.chi.0000157549.87078.f8.

VECCHIO, Jennifer L. a Christopher A. KEARNEY. Selective Mutism in Children: Comparison to Youths With and Without Anxiety Disorders. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2005, vol. 27, issue 1, s. 31-37. DOI: 10.1007/s10862-005-3263-1. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10862-005-3263-1>

YEGANEH, Robin, Deborah C. BEIDEL a Samuel M. TURNER. Selective Mutism: More than social anxiety?. Depression and Anxiety. 2006, č. 23, s. 117-123. DOI: 10.1002/da.20139.

YOON, MD, Cheol Wan PARK, MD, PHD, CHUN, MD a Woo Kyung KIM, MD. Akinetic Mutism following Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage. KOR J CEREBROVASCULAR SURGERY. 2008, roč. 10, č. 1, s. 335-339.

webové stránky

Brave Buddies. Child Mind Institute [online]. 2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.childmind.org/en/clinics/programs/brave-buddies>

SHIPON- BLUM, Elisa. SMart Center: Selective Mutism Anxiety Research and Treatment Center [online]. 2013 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.selectivemutismcenter.org/home/home>

7 Seznam příloh

Příloha 1- Záznamový arch k vyšetření mutismu

Příloha 2- Evaluační dotazník k sociálně interaktivnímu komunikativnímu chování u mutismu

Příloha 3- Social communication bridge for selective mutism

Příloha 1: Záznamový arch k vyšetření mutismu

DIAGNOSTIKA NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI – SPECIÁLNÍ ČÁST

Záznamový arch k vyšetření mutismu

A. Hodnocení verbálních a neverbálních projevů

Je-li to vhodné, použijte k hodnocení verbální a neverbální komunikace níže uvedené kódování. Nevy-
stihuje-li kódování projevy nebo je-li ho třeba doplnit, specifikujte.

Verbální komunikace – kódování:

VK 0 – beze změny předchozí úroveň

VK 1 – omezená, např. jen jednoslovní odpovědi na otázky, šepot

VK 2 – úplné chybění verbálních projevů

Neverbální komunikace – kódování:

NK 0 – dítě kompenzuje neverbální komunikací řečový deficit v prostředí, kde nemluví (kompenzační
gesta, vyjádření potřeb, vyhledávání očního kontaktu)

NK 1 – omezená, např. projev souhlasu či nesouhlasu

NK 2 – projevy odmítání kontaktu, negativismu – vyhýbání se očnímu kontaktu, odvrácení se, obranné
postoje

I. V mateřské škole nebo ve škole (např. s dospělými VK 1, NK 0; v přítomnosti dětí VK 0, NK 0):

– s dospělými:

– s dětmi v přítomnosti dospělých osob:

– s dětmi bez přítomnosti dospělých:

Specifikujte, jsou-li projevy rozdílné v závislosti na vyučujícím, předmětu atd.:

Jiná pozorování:

II. V rodinném prostředí:

(Specifikujte, jsou-li přítomny rozdíly ve verbální komunikaci v přítomnosti jednotlivých členů domác-
nosti, kupř. matka – VK 0, NK 0; otec – VK 2, NK 1.)

– v přítomnosti příbuzných:

– v přítomnosti neznámých osob (návštěva, obchod apod.):

Jiná pozorování:

III. Při klinickém vyšetření:

– v přítomnosti rodiče/rodičů:

– bez přítomnosti rodičů:

Jiná pozorování:

B. Vznik a vývoj projevů mutismu

I. věk při objevení mutistických projevů:

II. trvání:

III. dosavadní průběh (stabilizovaný stav, zlepšování, zhoršování, proměnlivost projevů, jiné):

IV. identifikovatelná psychotraumatizující okolnost související se vznikem projevů: ne – ano:

C. Osobnostní rysy

(např. strnulost, submisivnost, nedisciplinovanost, opoziční chování, dominance, agresivita)

Jiné (rozdíl v projevech doma a ve škole, ve vztahu k dospělým a vrstevníkům apod.):

D. Změna funkčnosti zapříčiněná mutismem

(narušení běžného chodu domácnosti, klasifikace ve škole, opakování ročníku, problémy s disciplínou,
vynucování si odměn, úlev, začlenění ve skupinkách vrstevníků):

E. Rodinné prostředí, výchovné přístupy

I. celkové hodnocení rodinné atmosféry:

– harmonické

– konfliktní (specifikovat):

II. převládající výchovný styl (styly při nejednotném výchovném přístupu):

F. Přidružené poruchy

I. rizikové faktory vzbuzující podezření na organické postižení CNS:

II. poruchy řeči, specifické vývojové poruchy:

III. mentální retardace (IQ):

IV. další diagnózy:

G. Dosavadní vyšetření a terapie.....
.....
.....**H. Návrh doplňujících vyšetření**.....
.....
.....**Závěr:** – elektivní mutismus

– jiný typ mutistických projevů:

Datum:

Podpis:

Příloha 2: Evaluační dotazník k sociálně interaktivnímu komunikativnímu chování u mutismu

Co je mutismus? Určení pojmu

Evaluační dotazník k sociálně interaktivnímu komunikativnímu chování u mutismu

Příjmení _____ m ž Datum _____
 Jméno _____ 1. evaluace
 Datum narození _____ Věk _____ Evaluace č. _____
 Diagnóza _____ Vyšetřující _____

0 = bez problémů: komunikace bez překážek
 1 = mírně problémová: komunikace na vyzvání
 2 = silně problémová: (s)elektivní nebo totální mlčení

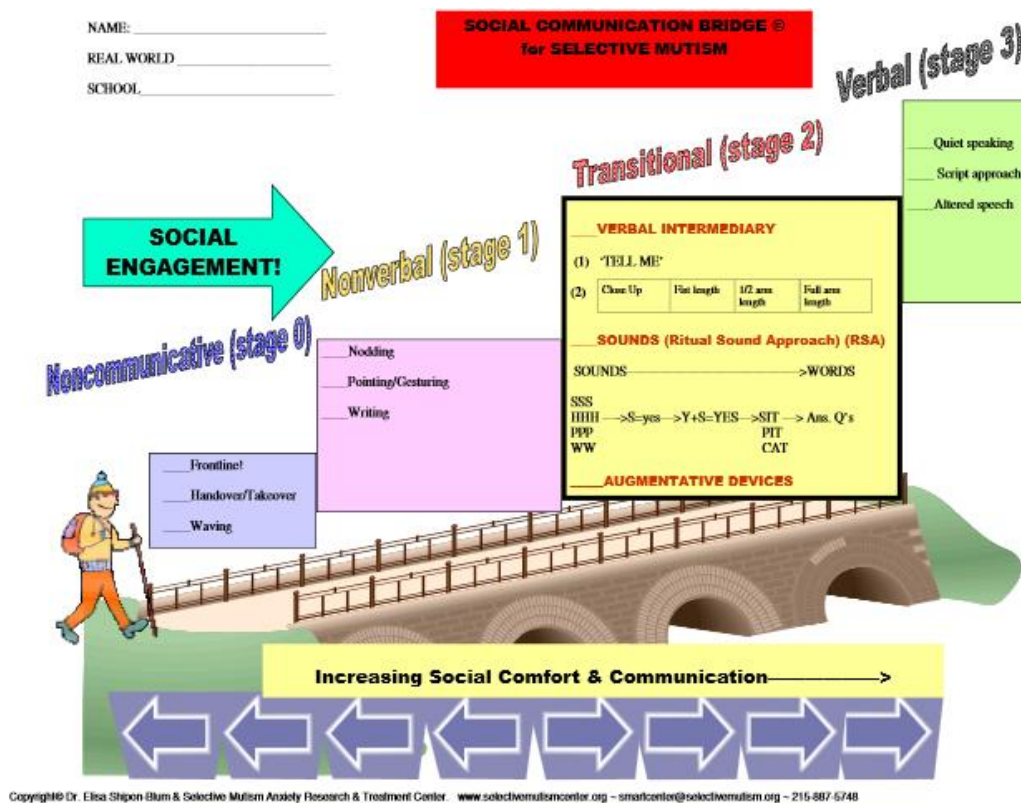
Sociálně interaktivní situace	Komunikativní náročnost: 0 1 2		
Použití mimiky a gest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovor doma s rodiči a sourozenci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovor s prarodiči a vzdálenějším příbuzenstvem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zodpovídání otázek sousedů (dospělých)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hra a hovor s dětmi sousedů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hra a hovor s dětmi ve školce či škole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navazování řečového kontaktu s pedagogy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navazování řečového kontaktu s kolegy v práci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikace spisovným jazykem/písemná komunikace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvuky vydávané ústy v prostředí domova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvuky vydávané ústy při terapeutickém sezení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jednoslovné odpovědi mimo rodinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jednovětné odpovědi mimo rodinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zpívání doma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zpívání při terapeutickém sezení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pozdrav a rozloučení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Převyprávění příběhů doma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Převyprávění příběhů mimo rodinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Řeč v doprovodu terapeuta mimo praxi/terapie in vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volný rozhovor v terapii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samostatné nakupování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vzor otázka–odpověď u neznámých lidí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celkový počet bodů:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuální Předěšlý

19

Zdroj: HARTMANN, Boris a Michael LANGE. Mutismus v dětství, mládí a dospělosti: rádce pro rodinné příslušníky, postižené, terapeuty a pedagogy. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008,s. 19.

Příloha 3: Social communication bridge for selective mutism



Zdroj: SHIPON- BLUM, Elisa. Smart Center: Selective Mutism Anxiety Research and Treatment Center [online]. 2013 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: http://www.selectivemutismcenter.org/Media_Library/BRIDGE2010ALL.pdf