

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

JANA ŠIMKOVÁ

III. ročník - prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika – komunikační techniky

**PROBLEMATIKA INTERDISCIPLINÁRNÍHO PŘÍSTUPU
V SOUVISLOSTI S TERAPIÍ ELEKTIVNÍHO MUTISMU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 28. 3. 2011

.....
Jana Šimková

Děkuji doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce. Poděkování patří také Mgr. Martině Blahutové a PhDr. Petrovi Staníčkoví za spolupráci a poskytnutí podkladů ke kazuistice. V neposlední řadě děkuji všem odborníkům, kteří byli ochotni podílet se na výzkumném šetření.

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Elektivní mutismus	7
1.1 Terminologické vymezení.....	7
1.2 Klasifikace.....	9
1.3 Prevalence	11
1.4 Etiologie	12
1.5 Symptomatologie	15
1.6 Diagnostika	17
1.6.1 Diferenciální diagnostika	20
1.7 Prevence	21
1.8 Prognóza.....	23
2 Terapie.....	25
2.1 Terapie ve speciální pedagogice	25
2.2 Terapie v logopedii	26
2.3 Terapie elektivního mutismu.....	27
2.3.1 Terapie elektivního mutismu v logopedii	28
2.3.2 Terapie elektivního mutismu v psychologii.....	30
2.3.3 Terapie elektivního mutismu v psychiatrii.....	32
3 Interdisciplinární přístup	33
3.1 Interdisciplinární přístup v logopedii	34
3.2 Interdisciplinární přístup a elektivní mutismus.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
4 Výzkumné šetření.....	37
4. 1 Cíle výzkumného šetření.....	37
4. 2 Metodologie šetření.....	38
4. 3 Charakteristika respondentů.....	39

4. 4 Výsledky výzkumného šetření	40
2. 5 Diskuze a závěry	59
Závěr	64
Seznam použité literatury	65
Elektronické zdroje	68
Seznam příloh.....	70

Úvod

Elektivní mutismus v dnešní době představuje jedno z kontroverzních témat, na které existuje mezi odborníky řada různých, mnohdy velmi protichůdných názorů. I když se tato diagnóza vyskytuje poměrně vzácně, svou složitostí si vyžádala pozornost mnoha vědních disciplín, z čehož vyplývá potřeba využívání interdisciplinárního přístupu v rámci její terapie. Tato bakalářská práce se zabývá především názory z oblasti logopedie, psychologie a psychiatrie, přičemž primárně na tuto problematiku nahlíží z pohledu logopedického.

Teoretická část je rozdělena na několik částí. Pro uvedení do problematiky nejprve odkazujeme na kazuistiku klientky s elektivním mutismem. Dále následují tři hlavní kapitoly, které obsahují několik podkapitol. V první kapitole podrobně rozebíráme jednotlivé aspekty elektivního mutismu. Ve druhé kapitole se zaměřujeme na terapii, kterou nejprve pojímáme z obecného pohledu, dále ji rozebíráme v souvislosti se speciální pedagogikou, logopedií a nakonec s elektivním mutismem. Ve třetí kapitole se zabýváme interdisciplinárním přístupem a dáváme jej do souvislosti s logopedií a s elektivním mutismem.

Vzhledem k tomu, že elektivní mutismus svým charakterem spadá do kompetence odborníků z několika vědních disciplín, nutně si jeho terapie vyžaduje interdisciplinární přístup. Především tím se zabývá praktická část, ve které se pomocí dotazníkového šetření snažíme zjistit názory odborníků z oblasti logopedie, psychologie a psychiatrie na interdisciplinární přístup a jeho využívání v souvislosti s terapií elektivního mutismu. Mimo to jsme dále zjišťovali informace, které se týkají přímo klientů s elektivním mutismem, za účelem porovnání zkušeností a názorů odborníků z praxe s informacemi uváděnými v odborné literatuře.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Elektivní mutismus

Pro uvedení do problematiky uvádíme v příloze č. 1 kazuistiku dívky s diagnózou elektivního mutismu.

1.1 Terminologické vymezení

V odborné literatuře se můžeme setkat s velkým množstvím terminologických vymezení elektivního mutismu. Určité diference v terminologickém pojetí elektivního mutismu se přirozeně vyskytují, však zásadních rozdílů si můžeme povšimnout v případě porovnávání odborné literatury z oblasti psychiatrie, psychologie a logopedie. Existují různé náhledy na danou problematiku, ovšem je nutné podotknout, že jsou přirozené a žádoucí vzhledem k odlišnému zaměření jednotlivých oborů.

Považujeme za nutné pozastavit se u termínů elektivní mutismus a selektivní mutismus. Jejich užívání může mnohdy působit matoucím dojmem, avšak oba termíny označují tentýž fenomén. V české literatuře se setkáváme spíše s termínem elektivní mutismus, zahraniční literatura užívá obou termínů. V zásadě pak záleží na zvoleném klasifikačním systému: Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch Americké psychiatrické asociace DSM-IV definuje selektivní mutismus, desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 definuje elektivní mutismus. My jsme se přiklonili k užívání termínu elektivní mutismus podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 a tento název používáme v celé práci.

Klinické projevy elektivního mutismu byly poprvé popsány A. Kussmaulem v roce 1877, který užil termín „aphasia voluntaria“¹ (Malá, 2008). Termín elektivní mutismus byl do odborné literatury zaveden v roce 1934 švýcarským psychiatrem M. Tramerem (Pečeňák, 2003), který tuto diagnózu použil pro děti, které mluvily pouze s malou skupinou lidí převážně z rodiny a vyhýbaly se komunikaci s ostatními lidmi (Remschmidt et al., 2001).

Kučera (1956) elektivní mutismus popisuje jako neurotický projev, kdy v závislosti na určité životní situaci dojde k útlumu příslušné části mozkové kůry, což způsobí znemožnění mechanismu řeči, který ale v běžných situacích funguje normálně.

¹ Nyní také jako „aphrasia voluntaria“ – lat. vědomé odmítání mluvit (Vokurka, M. a kol., 2005)

Zajímavý je vývoj terminologického pojetí elektivního mutismu Sováka (1972, 1978, 1984), který může působit poněkud nejasně. V roce 1972 řadí elektivní mutismus pod mluvní negativismus a prezentuje jej jako negativistický postoj k mluvení výběrově zaměřený vůči některým osobám. V roce 1978 již uvádí samostatnou kapitolu s názvem Elektivní mutismus, ale v zápětí uvádí, že se vždy pojí s negativistickým postojem (čímž se liší od mutismu) a v podstatě jde o mluvní negativismus, přičemž název elektivní mutismus používá spíše psychiatrie. V roce 1984 prezentuje mluvní negativismus jako totožný s elektivním mutismem a uvádí, že jde o výběrové nemluvení, kdy si dítě nevědomky vybírá, s kým bude mluvit a s kým nikoliv.

Různými postupně se vyvíjejícími Sovákovými terminologickými vymezeními elektivního mutismu tedy vznikla určitá terminologická nejednotnost, která českou logopedii provází dodnes. Např. Peutelschmiedová (2008) stále uvádí, že elektivní mutismus je někdy označován jako mluvní negativismus, kdy si dítě vybírá, s kým bude komunikovat. Dále dokonce píše, že pokud jde o mutismus jako takový, dítě hovořit chce, ale nemůže. Kdežto v případě elektivního mutismu (mluvního negativismu) mluvit může, ale nechce.

Do opozice však můžeme postavit názor Pečeňáka (2003, s. 252), který uvádí, že *„by byla závažná chyba zaměňovat mutismus s vědomým, vůlí kontrolovatelným negativismem, i když odlišení bývá v některých případech komplikované.“* V současnosti je tedy na místě odlišit mluvní negativismus, kdy dítě mluvit může a nechce, od elektivního mutismu, kdy dítě mluvit chce, ale nemůže. I Hartmann a Lange (2008) poukazují na to, že byť slovo „selektivní“ může navádět k tomu, že nemluvicí člověk sám vůlí rozhoduje, s kým bude mluvit, tak skutečnost je většinou jiná. *„V jaké situaci bude hovořit, nerozhoduje postižený, ale situace sama“* (Hartmann, Lange, 2008, s. 15). I když lze tedy díky výše zmíněným teoriím Sovákovy vymezení elektivního mutismu považovat za již překonané, Peutelschmiedová (2008) stále termín mluvní negativismus ztotožňuje s elektivním mutismem a přiklání se k vymezení tohoto termínu podle Sováka. Také Kutálková (2002, s. 126) píše, že v případě elektivního mutismu *„jde v podstatě o mluvní negativismus, protože dítě v některé situaci nebo s nějakou osobou mluvit nechce“*. Jak jsme již však zmínily výše, zahraniční literatura uvádí zásadní argumenty proti tomuto tvrzení.

Mutismus jako takový Tichá (2009, s. 274) definuje jako *„získanou ztrátu řeči na funkčním podkladě, která není podmíněna organickým poškozením CNS.“* V případě elektivního mutismu je tato ztráta řeči vázána na přítomnost určité osoby či situace.

V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je elektivní mutismus zařazen do kategorie *F94 – Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci* a je vymezen následovně: „*Stav, který je charakterizován výraznou, emočně podmíněnou selektivitou mluvení, tj. dítě v některých situacích plně projevuje svou schopnost řeči, ale v jiných (které lze definovat) není schopno mluvit.*“ (MKN-10, 2006, s. 213). Nejčastější situací je, že dítě hovoří doma nebo s blízkými přáteli, ale ve škole nebo mezi cizími lidmi nemluví. Mohou však nastat i opačné situace. Obvykle je elektivní mutismus spojen s výraznými rysy osobnosti - sociální úzkost, zvýšená citlivost, vzdorovitost apod. (MKN-10, 2006).

Podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch Americké psychiatrické asociace je selektivní mutismus definován jako „*porucha, při které dítě nemluví v situacích, kdy se obvykle řeč očekává, ale mluví normálně v ostatních situacích*“ (Klenková, 2006, s. 94).

Škodová (2003) označuje elektivní mutismus za primárně psychogenně podmíněnou poruchu. Uvádí, že jej lze vnímat jako obranný mechanismus, kdy dochází k absenci uspokojování základních psychických potřeb dítěte.

Höschl (1996, s. 295) prezentuje elektivní mutismus jako „*náhlou zástavu verbálního projevu vázanou na určité prostředí*“, přičemž u předškolních dětí v neznámém prostředí či situaci ji považuje za fyziologický jev, v pozdějším věku za reakci patickou a ve výjimečných případech je podmíněna psychózou.

1.2 Klasifikace

Mutismus jako takový se v logopedické literatuře převážně dělí na tři druhy narušené komunikační schopnosti: elektivní mutismus, totální mutismus² a surdomutismus³ (Škodová, 2003). Oblast psychiatrie rozlišuje i další druhy mutismu, které představují symptomy doprovázející jiná onemocnění, např. autistický mutismu⁴, neurotický mutismus⁵, psychotický mutismus⁶ (Škodová, 2003; Dvořák, 2007).

² „Oněmění je generalizováno na všechny osoby, situace i prostředí“ (Dvořák, 2007, s. 122)

³ „Náhlá funkční ztráta schopnosti mluvit i slyšet řeč s nápadnou schopností „odezírání“ (Tamtéž)

⁴ „Nedostatek mluvní iniciace vedoucí až k úplné němotě“ (Tamtéž)

⁵ „Neurotické zábrany dítěti nedovolují, aby mluvílo v určitých náročných společenských situacích“ (Tamtéž)

⁶ „Jako jeden ze symptomů psychózy“ (Tamtéž)

MKN-10 řadí elektivní mutismus do kategorie poruch sociálních vztahů se vznikem specifickým pro adolescenci a dětství (MKN-10, 2006). V rámci logopedie je na území ČR elektivní mutismus řazen mezi deset okruhů narušené komunikační schopnosti, konkrétně do kategorie získané neurotické nemluvnosti. Za pozornost jistě stojí, že v současné psychologické literatuře Dušek, Večeřová-Procházková (2010) zařazují elektivní mutismus mezi poruchy dynamiky myšlení.

V zahraničí dochází k mnoha sporům týkajících se konceptualizace a klasifikace elektivního mutismu. V současné době je podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch Americké psychiatrické asociace řazen mezi Ostatní poruchy v dětství. Kol. aut. (2009) ve svém článku odkazuje na několik odborníků, kteří argumentují, že by se na tuto diagnózu mělo pohlížet jako na zřejmou úzkostnou poruchu nebo extrémní formu sociální fobie. Tento názor je podporován podobnostmi v definicích selektivního mutismu a sociální fobie, přičemž oba jevy jsou charakterizovány jako intenzivní strach ze sociálních situací. Dále také mnoho výzkumných studií dokazuje, že elektivní mutismus se sociálně úzkostnou poruchou silně kooperuje. Například, Vecchio a Kearney (2005, in Kol. aut., 2009) i Dummit et al. (1997; in Kol. aut., 2009) s použitím výzkumného vzorku o velikosti 15 a 50 klientů (podle pořadí), ve svých studiích uvádějí, že 100% dětí s elektivním mutismem vyhovovalo diagnostickými kritérii pro sociální fobii a přibližně 50% dětí splňovalo diagnostická kritéria úzkostné poruchy. Také Black a Uhde (1995, in Kol. aut., 2009) zjistili, že 97% dětí s elektivním mutismem splňují diagnostické kritéria pro sociální fobii.

Co se týče bližší klasifikace elektivního mutismu, tak Hayden (1980; in Pečeňák, 2003) jej rozdělil na základě psychodynamických faktorů a behaviorálních projevů do čtyř skupin:

1. Symbiotická forma – podmíněná rodinnými vztahy, kdy matka žárlivě reaguje na kontakty dítěte s okolím a otec se jeví jako submisivní, ale v zásadě je díky svým projevům značně manipulativní.
2. Pasivně-agresivní forma – vyskytuje se obvykle u dětí, jejichž rodiče mají antisociální sklony. Mlčení je prostředkem k vyjádření vzdoru, často s agresivními sklony.
3. Reaktivní forma – dítě je nesmělé a samotářské, s depresivními projevy, přičemž se v rodinné anamnéze často vyskytují afektivní poruchy.
4. Forma spojená s logofobií – souvisí se strachem z vlastního hlasu.

Z vývojového hlediska můžeme elektivní mutismus rozdělit do tří skupin (Tichá, 2009):

- Perzistentní – mlčenlivost, která přetrvává delší dobu navzdory poskytnuté pomoci.
- Tranzistentní (přechodný) – většinou souvisí se začátkem školní docházky.
- Situační – krátkodobé projevy mlčení, např. v novém prostředí, při trémě apod.

1.3 Prevalence

Elektivní mutismus je obecně považován za velmi vzácnou poruchu. Ve většině případů se vyskytuje v dětském věku, nejčastěji v předškolním a mladším školním věku (Pečeňák, 2003; Tichá, 2009). „*Prevalence mutismu je udávána v rozmezí 0,3 – 0,8/1000 dětí*“ (Malá, 2008, s. 323). Čápová (2000) píše o prevalenci elektivního mutismu u 1 % dětí ve věku od 5 do 6 let. Remschmidt a kol. (2000) prezentují hodnotu 0,2 - 1 %. Výzkumy prováděné na základních školách v Birminghamu uvádějí výskyt 7,2 na 1000 žáků po osmi měsících od začátku školní docházky, ale o 12 měsíců později se tato hodnota snížila na hranici 0,3 – 0,6 na 1000 dětí (Jainer a kol., 2002). Sharkey, McNicholas (2008) ve svém článku uvádějí rozmezí výskytu 0,3 – 7,1 na 1000 dětí. Zároveň však dodávají, že tento údaj je založen na omezených důkazech a liší se v jednotlivých studiích v závislosti na populačním vzorku a použité definici.

Průměrný věk, ve kterém bývá poprvé elektivní mutismus diagnostikován, se pohybuje mezi 6. a 8. rokem (Remschmidt a kol., 2000). Sharkey, McNicholas (2008) však píše, že retrospektivní studie indikují symptomy elektivního mutismu již od 3 let. Hadley (1994; in Tichá, 2009) uvádí, že před šestým rokem se elektivní mutismus objevuje jako projev závislosti a separační úzkosti. Zahraniční výzkumy informují o prevalenci i u pubescentů a adolescentů. Epidemiologické studie ve Finsku a Švédsku došly k závěrům s 2% prevalencí na druhém stupni základních škol ve Finsku a 1,8% prevalencí ve Švédsku u dětí ve věku 7 - 15 let (Remschmidt a kol., 2000).

Janošová (2008) píše, že elektivní mutismus je jedinou verbální obtíž, která postihuje častěji dívky než chlapce. I Čápová (2000) a Tichá (2009) zmiňují, že tato diagnóza mírně převažuje u ženského pohlaví. Remschmidt a kol. (2000) podle jiných výzkumů uvádějí výskyt u dívek a chlapců v poměru 2:1, ale zároveň zmiňují autory,

kteří zastávají názor stejného početního rozložení mezi pohlavími. I Kulka (2007, s. 169) píše: „*epidemiologie této poruchy nejeví pohlavní rozdíly*“.

I když je elektivní mutismus v MKN-10 zařazen mezi poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci, nelze vyvrátit možnost diagnostikovat jej i u dospělé osoby (Pečeňák, 2003). V dospělém věku se výskyt elektivního mutismus udává 0,02 - 0,05 % (Tichá, 2009) a nejčastěji se objevuje v závislosti na jiné dominantní poruše, např. sociální fobie nebo poruchy osobnosti (Pečeňák, 2003).

1.4 Etiologie

Na počátku je důležité podotknout, že určit jednoznačně konkrétní příčinu, která způsobuje elektivní mutismus, je prakticky nemožné. Dokladem toho je i určitá nejednotnost v názorech a teoriích odborníků. Také nesmíme zapomínat na skutečnost, že člověk představuje zcela jedinečný komplex psychických a fyzických vlastností, který determinuje lidské prožívání a chování. Struktura osobnosti je individuálně specifická, z čehož vyplývá, že každý člověk reaguje na určitý podnět jiným způsobem (Vágnerová, 2005).

Cohan, Price & Stein (2006) tvrdí, že etiologie elektivního mutismu není zcela dobře chápána vzhledem k heterogenním pojetím této poruchy a k mnoha faktorům, které mohou vznik elektivního mutismu ovlivňovat - genetika, temperament, psychické zdraví, vývojové milníky a sociální faktory (Kol. aut., 2009).

Všeobecně lze elektivní mutismus charakterizovat jako primárně psychogenně podmíněnou poruchu. Jedná se o určitý obranný mechanismus, který představuje reakci na akutní psychotraumatizující podnět nebo chronickou frustraci (Škodová, 2003; Pečeňák, 2003).

O vlivu temperamentových charakteristik se zmiňuje i Pečeňák (2003), který uvádí, že se u dětí s elektivním mutismem nejčastěji vyskytuje „*zvýšená nesmělost, vyhýbání se sociálním kontaktům, zvýšená vazba na rodiče a opoziční chování*“ (Pečeňák, 2003, s. 254). Hovoří také o tom, že mezi bezprostředně působící příčiny, které vyvolávají vznik elektivního mutismu, patří tělesné tresty a projevy agresivního chování ze strany rodičů, učitelů i vrstevníků.

Podle Neubauera (2007) představuje mutismus neurotickou reakci na těžké psychotrauma, přetěžování, nesprávný styl výchovy nebo na silnou stresovou situaci, níž hrají roli určité dispozice a konstituce jedince.

Říčan a kol. (1997, s. 158) uvádějí, že elektivní mutismus může vzniknout na základě rozvinutí vyhýbavé poruchy (F93.2), která je fyziologická do tří let v podobě strachu z cizích lidí. *„Pokud vznikne vyhýbavá porucha, pozvolna se během vývoje upraví, někdy se však vystupňuje do podoby sociální fobie nebo vede k rozvoji elektivního mutismu“*.

Za zmínku určitě stojí také poznámka Pavlové - Zahádkové (1980), že u některých dětí trpících mluvnými neurózami můžeme neurologickým vyšetřením zjistit drobná poškození centrálního nervového systému.

Malá (2008, s. 323) popisuje elektivní mutismus jako heterogenní syndrom, kdy část pacientů má projevy podobné sociální fobii. U některých je prokázána hereditární zátěž, kdy se v rodině častěji vyskytují vyhýbavé a fobické poruchy, u jiných hrají zásadní roli temperamentové vlastnosti jedince. *„U některých se našla delece krátkého ramínka na chromozomu 18“*.

Kučera (1956) rozděluje tři typy patologických mechanismů, které zapříčiňují vznik elektivního mutismu:

1. Primitivní obranná reakce dítěte, díky které se vypořádává s traumatizující situací. Jde o vystupňování celkových povahových situací s převahou útlumových procesů (plachost, uzavřenost, sensitivita apod.)
2. Přejídné stádium mezi totálním mutismem a opětným mluvením, přičemž totální mutismus vznikne na základě náhlé těžce traumatizující situace.
3. Neurotický mechanismus ovlivňující celkové povahové utváření dítěte. Mutismus je psychoneurotickým příznakem, který vzniká v traumatické situaci a je spojen s neurotickou inhibicí řečové motoriky.

I když Kučera (1956) zařazuje mezi možné příčiny elektivního mutismu také sníženou inteligenci, dnes toto tvrzení můžeme popřít. Klenková (2006) uvádí, že pravděpodobnost vzniku elektivního mutismu není závislá na inteligenci, ovšem riziko vzniku mohou zvyšovat určité osobnostní charakteristiky, které jsou někdy geneticky podmíněny. Klenková dále velmi vhodně poukazuje na fakt, že v případě elektivního mutismu se nejedná o primární postižení řeči, ale o poruchu jejího prožívání. *„K jejímu vzniku dochází na podkladě emočně podmíněné selektivní zábrany používat řeč, u některých dětí může být verbální komunikace nahrazena neverbální, např. gestikulací“* (Klenková, 2006, s. 93).

Pečeňák (2003) shrnul etiopatogenetické faktory do tří skupin:

1. Akutní psychotraumatizace – faktory, které mutismus bezprostředně vyvolaly:
 - a) Začátek školní docházky.
 - b) Změna prostředí, stěhování, konflikt mezi rodiči, nepřiměřený trest, výsměch.
2. Predispoziční faktory – osobnostní konstituce a vlivy, které mají charakter chronické frustrace
 - a) Faktory ovlivňující celkovou funkčnost dítěte (intelektový deficit, narušená komunikační schopnost, tělesná stigmatizace apod.).
 - b) Rodinné faktory (hyperprotektivní výchova se separační anxiózitou, přílišné nároky na dítě, nejednotnost ve výchově, závažné konflikty mezi rodiči, sourozenecká rivalita aj.).
 - c) Osobnostní rysy (anxióza, pocity viny, neschopnosti, opoziční chování, manipulativní chování).
 - d) Chronické stresové faktory (nadměrně přísní učitelé, strach z trestu, strach ze spolužáků apod.).
3. Udržovací faktory
 - a) Přetrvávání výše uvedených vlivů.
 - b) Reakce okolí na projevy mutismu – trasty, výsměch a sociální izolace, „podplácení“ dítěte, aby promluvílo, nátlak atd.

Hartmann, Lange (2008) rozdělují psychologické a organické modely, které mohou zapříčinit vznik elektivního mutismu.

- Mezi psychologické modely řadí:
 - a) Psychoanalytickou teorii (mlčení jako neurotická strategie zvládnání duševního problému).
 - b) Teorii stresu (osoba interpretuje situaci kolem sebe jako duševně extrémně stresující bez možnosti zvládnutí této situace).
 - c) Teorii učení (pozitivní nebo negativní posilování dané reakce okolí – zvýšená pozornost nebo vyhnutí se povinností).
 - d) Teorii prostředí (socioekonomické faktory – ekonomická nouze rodiny, chudé sociální kontakty rodiny, jazykové problémy přistěhovalců apod.).
- Organické modely:
 - a) Mutismus v souvislosti s vývojovými poruchami (intelektuální, motorické a řečové deficity).

- b) Mutismus v souvislosti s psychózou (schizofrenie, deprese, onemocnění mozku; častěji u dospělých).
- c) Mutismus v souvislosti s dispozicemi (genetické faktory).

Tichá (2009) uvádí, že v mnoha případech nelze exaktně definovat příčinu mutismu, ale je možné určit tři ovlivňující hodnoty: komunikace komunikačně blokových a sociálně uzavřených osob v rodině, častá kombinace mutismu s jinými formami narušené komunikační schopnosti, učením vyvolané udržování mlčení v podobě subjektivního zisku z choroby.

Čápková (2000) popisuje konkrétní predispoziční faktory: „*Výchova hyperprotektivní matkou, výskyt identické poruchy v anamnéze rodičů, poruchy řeči, mentální retardace, imigrace, psychosociální stres zažité dítětem před třetím rokem života, počátek školní docházky.*“

Spíše pro zajímavost na závěr zmíníme kazuistiku Synka, který v díle Záhady levorukosti (1991) uvádí případ, kdy se u dívky začaly objevovat projevy elektivního mutismu na základě nevhodného přístupu k její vyhraněné sinistralitě ze strany vychovatelů a pedagogů v jeslích a mateřské škole.

1.5 Symptomatologie

Hlavním symptomem elektivního mutismu je situačně vázaná ztráta řečového projevu. V některých situacích dítě mluvit nemůže, ale v jiných je jeho slovní produkce dostačující. Obvykle děti s elektivním mutismem nekomunikují ve škole, mateřské škole nebo v jiném prostředí mimo domov, ale normálně hovoří s rodiči a sourozenci. Znamé jsou však i opačné případy. Typické je, že mlčení je v určitých situacích nebo v určitém prostředí vysoce pravděpodobné a lze ho předpovídat. Neverbální komunikace, tak ta může být u některých dětí zachována. Někdy se mohou vyskytovat jednoslovné odpovědi nebo šepot (Škodová, 2003; Neubauer, 2007).

Kutálková (2002) rozděluje elektivní mutismus podle projevů na lehčí formu a těžší formu. U lehčí formy dítě v určité situaci sice nekomunikuje verbálně, ale neverbální komunikace je zachována. Na slovní pokyn splní žádost nebo úkol (např. podá hračku, nakreslí obrázek, poskládá stavebnici apod.), neuhýbá letnému pohledu, někdy přijme nabízenou ruku, když ho chce dospělý dovést k hračce. Všeobecně lze říct, že dítě se chová normálně, ale nekomunikuje verbálně. Při správném zacházení

porucha obvykle rychle odezní. V případě těžší formy elektivního mutismu je situace mnohem závažnější, protože dítě nekomunikuje ani neverbálně a celkově můžeme zpozorovat značné svalové napětí. Dítě působí křečovitě, nereaguje na žádné slovní podněty, žádost ani úkol. Na letmý dotyk obvykle reaguje s napětím, může se mu i vyhýbat. Někdy tyto děti sedí jen u matky na klíně a skrývají si obličej.

Sovák (1978) řadí mezi symptomy dva hlavní znaky: útlum řeči hlavně vůči nadřazeným osobám a odmítavé chování.

Podle Boučka a kol. (2006) může elektivní mutismus signalizovat výrazné rysy osobnosti (např. sociální úzkost, zvýšená citlivost, vzdorovitost).

Dvořák (2007) uvádí, že u dětí s elektivním mutismem nejsou zjevné projevy úzkosti a strachu, jedinci pouze neprojevují v určitých situacích snahu komunikovat. Dvořák dále uvádí, že nelze zcela určit negativistický postoj a jde o děti spíše pasivní.

Ovšem podle Malé (2008) je elektivní mutismus spojen se separační úzkostí a může představovat krátkodobou reakci na novou situaci. Mezi temperamentové charakteristiky dětí s elektivním mutismem patří plachost, stydlivost, přecitlivělost, uzavřenost, nebo tvrdohlavost a nepřístupnost. Častými projevy jsou emoční poruchy a poruchy chování. Až polovina dětí s elektivním mutismem má v anamnéze řečové či artikulační obtíže nebo opožděný vývoj řeči (Malá, 2008).

DSM-IV uvádí tyto možné přidružené příznaky: „*nadměrný stud, úzkostné poruchy v rodinné anamnéze, sociofobie, strach či sociální rozpačitost, sociální izolaci nebo odtazítost, nutkavé rysy, negativismus, záchvaty vzteku, řídicí nebo odporující chování, přidružená (skrytá) komunikační porucha*“ (Klenková, 2006, s. 94).

Čápová (2000, s. 303) popisuje následující průvodní jevy: „*Nadměrná plachost, sociální izolace a stažení, odpor ke škole, funkční enuréza a enkopréza, kompulzivní projevy, negativismus, afektivní výbuchy, jen v některých případech zpoždění řečového vývoje či abnormality artikulace*“.

Jelenová (1977) ve svém výzkumu uvádí mimo jiné tyto projevy u dětí s elektivním mutismem: enuréza (40,4 %), anxiozita (37,2 %), lehká mozková dysfunkce⁷ (31,4 %), neurotické rysy (23,2 %), reaktivní poruchy chování (22 %), dyslalie (44,2 %), přičemž 55,8 % dětí nemluvilo ve školním prostředí.

⁷ V současnosti je tato porucha v MKN-10 řazena mezi F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti; Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou; F 90.1 Hyperkinetická porucha chování. DSM-IV označuje poruchu jako ADD (resp. ADHD = „Attention Deficity Hyperactivity Disorder“) (Dvořák, 2007).

Mnoho zahraničních výzkumů se zabývá souvislostmi mezi elektivním mutismem a sociálně úzkostnou poruchou⁸ a poukazují na podobné symptomy těchto poruch (Jainer a kol., 2002; Sharkey, McNicholas, 2008; Remschmidt a kol., 2001; Kol. aut., 2009). Dokonce některé studie prezentují názor, že elektivní mutismus představuje spíše symptom sociálně úzkostné poruchy než zřetelný diagnostický syndrom (Jainer a kol., 2002). I Malá (2000, s. 303) uvádí, že „*elektivní mutismus je dnes spíše chápán jako základní symptom sociálně úzkostné poruchy v dětství, který netrvá většinou déle než šest měsíců.*“ Pro doplnění podle Sharkey, McNicholas (2008) až 97 % dětí s elektivním mutismem splňuje diagnostická kritéria pro sociální fobii definovanou dle DSM-IV.

Sharkey, McNicholas (2008) píše, že děti s elektivním mutismem jsou v literatuře popisovány širokou škálou nejrůznějších symptomů (např. stydlivost, úzkostnost, závislost, přilnavost, plachost, strach, citlivost, depresivnost, tvrdohlavost, neposlušnost, náročnost, opozičnost). V klinické praxi se děti projevují jako stydlivé, plaché, během řeči vypadají strnule, červenají, vyhýbají se zrakovému kontaktu a drží se svých rodičů.

Zahraniční literatura dále poukazuje na fakt, že u dětí s elektivním mutismem byl prokázán opožděný vývoj řeči, artikulační obtíže a mimo jiné častější výskyt enurézy, popřípadě enkoprézy (Remschmidt a kol., 2000).

Závěrem této kapitoly je vhodné zmínit názor Tiché (2009), která uvádí, že mlčení dítěte negativně ovlivňuje jeho emocionální a sociální vývoj, čímž dochází k problémům vyplývajícím z nedostatečné interakce dítěte s užším i širším sociálním okolím.

1.6 Diagnostika

Základní diagnostická kritéria elektivního mutismu, jako jediného druhu mutismu, jsou uvedena v klasifikačních systémech MKN-10 a DSM-IV. Oba systémy vznikaly za účelem opuštění principu nozologického třídění s cílem přesné deskripce poruch, jednotnosti diagnostiky i terminologie. Proto je důležité, aby diagnóza elektivního mutismu byla stanovena jen v případech, které splňují diagnostická kritéria těchto klasifikací (Pečeňák, 2003).

⁸ dle DSM-IV

MKN–10 (2006, s. 213) uvádí následující diagnostická vodítka:

- „normální nebo skoro normální chápání jazyka
- schopnost řečového vyjadřování dostačujícího pro sociální komunikaci
- průkaz, že jedinec může mluvit a mluví v některých sociálních situacích normálně nebo skoro normálně.“

Diagnózu je možné stanovit i v případě výskytu běžných problémů v řeči za předpokladu, že jazykové schopnosti jsou dostatečně vyvinuté pro komunikaci a zároveň existuje zásadní rozdíl v užívání jazyka podle sociálního kontextu (např. v některých situacích dítě mluví plynule, v jiných mlčí nebo téměř mlčí). Důležitým kritériem je, aby neschopnost mluvit v určitých situacích byla stálá a bylo by možno předvídat situace, kdy dítě bude mluvit a kdy nikoliv. U velkého množství dětí s elektivním mutismem se projevují nejrůznější formy sociálně emočních problémů⁹, ty však nejsou pro stanovení diagnózy nezbytné (MKN–10, 2006).

DSM–IV uvádí mezi diagnostickými kritérii dobu trvání projevů poruchy alespoň jeden měsíc, přičemž se toto kritérium nevztahuje na první měsíc školní docházky (Hadley, 2003).

Jak jsme již uvedli v kapitole zabývající se etiologií, i když je elektivní mutismus v MKN–10 klasifikačně řazen mezi poruchy s typickým výskytem v dětství a v adolescenci, Pečeňák (2003) upozorňuje na fakt, že není vyloučena možnost jej diagnostikovat u dospělé osoby. V dospělosti se však jedná o symptom jiné komplexnější poruchy (sociální fobie, adaptační poruchy, poruchy osobnosti aj.).

Diagnostika mutismu představuje složitý proces, který by měl být složen z dílčích vyšetření založených na interdisciplinárním týmovém přístupu¹⁰. V rámci včasného rozpoznání projevů mutismu hraje důležitou roli spolupráce rodičů, terapeutů, pedagogů i lékařů. Tichá (2009) zastává názor, že stanovení diagnózy elektivního mutismu by mělo být založeno na interdisciplinárním přístupu v několika rovinách – lékařská (psychiatrie, neurologie, foniatrie, ORL), psychologická a logopedická. Cílem lékařského vyšetření je vyloučit přítomnost sluchového postižení a organického poškození mozku. Psychologická diagnostika se zaměřuje na identifikování struktury osobnosti a rodinných vztahů prostřednictvím projektivních testů a dotazníků. První informace psycholog získává rozhovorem s rodiči, provádí osobní a rodinnou

⁹ Shvartzman a kol. (1990) uvádí větší náchylnost ke škádlení, stydlivost, sociální izolaci, lpění na matce, problémy s odloučením od rodiny při nástupu do školy, uzavírání se do sebe atd. (Harris, 1995)

¹⁰ Viz kapitola Interdisciplinární přístup a elektivní mutismus

anamnézu. Logopedická diagnostika má za úkol identifikovat poruchy řeči a celkovou komunikační a sociální kompetenci dítěte. Otázkou ovšem je, do jaké míry je vhodné, vzhledem k psychogenní povaze problému, dítě zatěžovat nejrůznějšími lékařskými a jinými odbornými vyšetřeními.

Škodová (2003) uvádí, že diagnostika elektivního mutismu současně představuje i počátek terapie. Při nevhodném přístupu vyšetřujícího či rodičů může trauma z vyšetření posílit patologické mechanismy, které by mohly ovlivnit úspěšnost terapie.

První vyšetření je vhodné realizovat jen s rodiči, kdy bychom neměli opomenout zjištění informací ohledně „*výskytu poruch řeči, podobných a příbuzných projevů u rodičů, sourozenců dítěte i širší rodiny, dále postavení dítěte v rodině vůči sourozencům i vůči rodičům, rodinnou atmosféru a výchovné přístupy, skryté konflikty mezi rodinnými příslušníky apod., situaci, ve které rodiče poruchu poprvé zaznamenali*“ (Škodová, 2003, s. 206).

Je důležité, aby byl vyšetřující před prvním vyšetřením velmi dobře připraven. Měl by znát základní charakteristiky a zájmy dítěte, na jejichž základě by dovedl vhodně rozvinout spolupráci a komunikaci. Doporučuje se zjistit si, jakým způsobem doma dítě oslovují, aby se při prvním setkání cítilo příjemně a bezpečně. Všeobecně se začíná činnostmi, které má dítě rádo, ve kterých je úspěšné. Využívá se nejrůznějších mechanických her, které dítě na první pohled zaujmou. Vhodná je i kresba, která může zároveň posloužit jako cenný diagnostický materiál. (Pečeňák, 2003).

Během vlastního klinického vyšetření bychom se měli zaměřit na (Škodová, 2003):

- způsob navazování kontaktu dítětem
- schopnost udržení zrakového kontaktu
- zvědavost nebo lhostejnost v neznámém prostředí
- reakce na úsilí o komunikaci
- projevy verbální a neverbální komunikace

V příloze č. 2 uvádíme ukázkou záznamového archu k vyšetření mutismu podle Pečeňáka (2003, s. 260-261).

1.6.1 Diferenciální diagnostika

Při diagnostice elektivního mutismu hraje velmi důležitou roli diferenciální diagnostika. Konstatovat mutismus je možné až po jednoznačném vyloučení vývojové nemluvnosti, organického poškození mozku, ztráty sluchu, poruch centrální nervové soustavy apod. (Lechta, 1990).

Kulka (2007, s. 169) uvádí, že „*elektivní mutismus vylučuje pervazivní vývojové poruchy, schizofrenii, specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, taktéž přechodný mutismus jako součást separační úzkosti u malých dětí.*“

Podobně jako mutismus se může projevat Landauův-Kleffnerův syndrom¹¹ a pervazivní vývojové poruchy¹². Typické příznaky a narušený vývoj již před 3. rokem života je umožňují jednoznačně odlišit od projevů mutismu (Pečeňák, 2003). Diference mezi projevy mutismu a poruchami autistického spektra jsou patrné ve stálosti chování, emocionalitě a ve vývoji řeči (Hartmann, Lange, 2008).

Tichá (2009, s. 281) uvádí, že „*na rozdíl od mutismu, který vzniká na funkčním podkladě, ztráta řeči v případě afázie vzniká na základě organického (ložiskového) poškození mozku.*“

V některých případech je problematické odlišení mutismu od mentální retardace. Jednak se někdy mutismus vyskytuje současně s mentální retardací, jednak samotné narušení komunikační schopnosti může bránit kvalitnímu vyšetření inteligence (Lechta, 1990).

Škodová (2003) odlišuje elektivní mutismus i od mluvního negativismu, kdy dítě mluvit nechce a má zcela negativistický postoj ke sdělovacímu procesu. Obvykle neužívá ani náhradních sdělovacích prostředků.

Za zmínku jistě stojí komentář Sováka (1984), který uvádí tři příčiny náhlé nemluvnosti: první je narušení sociálních vztahů, které má za následek mluvní negativismus, druhou příčinou je duševní úraz, který způsobí neurotický mutismus, a třetí představuje organické poškození mozku, které vyvolá afázii. Terapie negativismu spadá podle něj do péče pedagoga, ošetření mutismu a afázie je věcí lékařskou.

Je důležité podotknout, že diagnóza elektivního mutismu je mnohdy nejednoznačná v případech, kdy je jedinec všeobecně méně hovorný, nebo nemluví spontánně, ale na otázky odpovídá (Tichá, 2009).

¹¹ Získaná afázie s epilepsií

¹² Porucha autistického spektra, Aspergerův syndrom a příbuzné poruchy

1.7 Prevence

Škodová (2003) uvádí, že prevence by měla být nedílnou součástí osvěty. Důležité je dostatečně informovat rodinu o možných komplikacích. Např. není vhodné nutit dítě proti jeho vůli k řečové produkci za účelem, aby se rodiče (popř. prarodiče) pochlubili, jak již jejich dítě dovede mluvit. S rizikem neurotizace především introvertních dětí, např. při veřejné řečové produkci na besídce, by měly být informovány i učitelky mateřských a základních škol.

I Pavlová–Zahálková (1980) píše o vhodném přístupu učitelek k dětem, u kterých je možné zpozorovat riziko vzniku mluvních neuróz. Podle ní, by elementaristky měly náročnější situace (např. vstup do školy) hodnotit u každého dítěte individuálně a přizpůsobit tomu svůj výchovný přístup. Ostýchavým, bázlivým a přecitlivělým dětem ponechat delší dobu na přizpůsobení. Nejprve zadávat úkoly, které nevyžadují řečovou produkci (např. utřít tabuli, rozdat sešity atd.), dítě nevyvolávat, spíše na něj při opakování látky ukázat, aby mohlo reagovat krátkou odpovědí a v případě, že neodpoví, situaci nekomentovat. Jindy napovědět dítěti začátek odpovědi, aby mělo možnost samostatně pokračovat. Těmito postupy postupně vzrůstá sebedůvěra dítěte a mizí jeho ostych a nejistota.

Podle Sováka (1978) prevence záleží na rodinné výchově. Dítě by se mělo do školy těšit a ne se jí bát. Učitel by měl nové žáky přijímat vlně, s pedagogickým taktem.

Tichá (2009) popisuje preventivní opatření v rámci užšího sociálního prostředí (rodiny) a v rámci širšího sociálního prostředí. V rámci užšího sociálního prostředí uvádí tyto preventivní strategie:

1. Předcházet nevhodným výchovným strategiím rodičů.
2. Seznámit rodiče s nebezpečím neurotizace u dětí.
3. Obeznámit užší, ale i širší sociální prostředí s problémem elektivního mutismu.
4. Vytvořit u rodičů reálnou představu o elektivním mutismu.
5. Akceptovat mlčenlivost dítěte, neupozorňovat na mlčenlivost a nenutit dítě k verbální produkci.
6. Neupozorňovat na případné verbální nebo jiné „očekávané“ projevy dítěte.
7. Zaujmout postoj, že navzdory mlčenlivosti dítěte je vše v pořádku.
8. Akceptovat dobrovolnou volbu dítěte promluvit nebo nepromluvit v rámci širšího sociálního prostředí.

9. Neslibovat odměny za verbální projev.
10. Často dítě chválit a oceňovat.
11. Úzce spolupracovat s předškolním nebo školním zařízením.

V rámci širšího sociálního prostředí Tichá (2009) rozvádí následující body preventivních opatření:

1. Zrealizovat kritickou analýzu situace.
2. Vytvořit společnou komunikační úroveň s dítětem.
3. Vytvořit příznivé školní klima ve třídě.
4. Akceptovat pozvolnou adaptaci dítěte na nové prostředí.
5. Umožnit přítomnost sourozenců v novém prostředí.
6. Dozvědět se co možná nejvíce informací o rodinném prostředí dítěte.
7. Důsledně pozorovat charakter volených aktivit u dětí.
8. Zadávat dítěti úlohy, které nejsou spojené s potřebou hovořit.
9. Upřednostňovat kolektivní formy práce.
10. Nepoužívat přehnanou pochvalu a neprojevovat nadměrný zájem o dítě.
11. V komunikaci s dítětem začít s povzbuzováním jeho neverbálních projevů.
12. Nepřehlédnout snahu o komunikaci.
13. Vhodně formulovat otázky.
14. Vhodné je předstírání hovoření.
15. Povzbuzovat spontánní řečové projevy dítěte.
16. Akceptovat všechny formy projevu dítěte včetně šepotu.
17. Poskytovat pravidelnou konzultační podporu pedagogovi dítěte s elektivním mutismem.
18. Zaměřit pozornost celého personálu mateřské školy na specifika komunikace s dítětem s elektivním mutismem.

Podle Kutálkové (2002) má pro prevenci zásadní význam rodina, především způsob výchovy. Pokud je dítě citlivější, v žádném případě není vhodné násilné psychické „otužování“ ani nepřiměřené tresty. Dítě bychom neměli do řeči nutit a v případě, kdy dítě za určitých okolností verbálně nereaguje, situaci nijak nekomentovat. Důležité je, všimnout si snahy o komunikaci, např. pohledů, gest, mimiky apod. Záleží také na formulaci otázek. Měli bychom pokládat uzavřené otázky, na které má dítě možnost neverbálně vyjádřit ano nebo ne. Vhodné je také dávat na výběr mezi konkrétními dvěma předměty, aby si dítě přímo na místě vybralo. Šepot představuje

určitý mezistupeň mezi mlčením a běžnou komunikací, proto bychom jej neměli ignorovat a v žádném případě dítě nežadat, aby mluvilo nahlas. Samotný přechod od mlčení k šepotu je velkým pokrokem a zásadní změnou, kterou je nutné akceptovat. Důležitou hodnotu má nenápadná pochvala i drobných úspěchů, která posiluje jistotu a sebevědomí dítěte. U závažnějších forem elektivního mutismu se osvědčila přítomnost sourozence nebo jiného dítěte, kdy si děti začnou spontánně hrát a většinou i povídat a pedagog nebo terapeut se postupně snaží zapojit do komunikační situace.

Hartmann, Lange (2008, s. 50-51) uvádějí následující možnosti preventivního přístupu pedagoga k dítěti s elektivním mutismem:

- a) Chvalte dítě, i za maličkosti, hned od začátku (např. Jsem ráda, že jsi mezi námi.)
- b) Nevystavuje dítě tlaku (např. „Když nebudeš hned mluvit, nám to nevádí.“)
- c) Nevyřazujte dítě ze skupinových činností
- d) Nestavte dítě do centra pozornosti
- e) Když dítě promluví, reagujte normálně

Rodičům Hartmann a Lange (2008) doporučují dodávat dítěti odvalu a sebevědomí, přičemž by měl být kladen důraz na pozitivní povzbuzování.

1.8 Prognóza

Stanovení prognózy není vždy jednoznačné a nemalou mírou závisí na individuálních rozdílech mezi jednotlivými klienty s elektivním mutismem. Škodová (2003) uvádí, že ze všech forem mutismu nejčastěji dochází k dosažení terapeutického úspěchu u elektivního mutismu, který může odeznít bez následků. Terapie se stává náročnou a dlouhodobou v případech, kdy není odstraněna příčina, nebo se nevhodným přístupem okolí příznaky fixují.

Podle Sováka (1978) je prognóza dobrá. Především záleží na výchově v rodině a učiteli, jakým způsobem žáka přijímá. Elektivní mutismus¹³ může trvat různě dlouho - několik dnů i řadu let, podle postupu a trpělivosti učitele.

Fischer (1980) zmiňuje, že elektivní mutismus je stavem přechodným, ovšem podle výzkumu Jelenové (1977) ze vzorku 68 dětí s elektivním mutismem u 23,5 % přetrvávaly obtíže s řečí do dospělého věku.

¹³ V Sokákové pojetí mluvní negativismus (Sovák, 1978, s. 313)

Malá (2008) píše o celkově dobré prognóze. Špatná je pouze v případech, kdy mutismus přetrvává po desátém roce a v rodině se vyskytuje psychiatrická hereditární zátěž.

Vyhlídky na vymizení poruchy jsou podle Kutákové (2002) velmi dobré v případě, když si okolí dítěte uvědomí, že jakékoliv nucení do verbální produkce návrat řeči oddaluje.

I když se v české literatuře objevují spíše pozitivní názory na prognózu u osob s elektivním mutismem, v zahraničí můžeme narazit i na opačné názory. Např. výzkum provedený Remschmidt a kol. (2001), v rámci kterého bylo sledováno 45 osob po dvanácti letech od doby, kdy jim byl poprvé diagnostikován elektivní mutismus, jednoznačně dokládá přetrvávající obtíže u většiny klientů. U výzkumného vzorku byla z 39 % zaznamenána kompletní remise příznaků elektivního mutismu, ovšem z 61 % klienti nadále vykazovali určité komunikační obtíže na podkladě ověřených měření. Dříve mutující pacienti sebe popisovali jako méně nezávislé, méně motivované ke studijním úspěchům, méně sebejisté a méně vyspělé ve srovnání se „zdravými“ vrstevníky.

Sharkey, McNicholas (2008) uvádějí, že existuje jen málo dlouhodobých studií zabývajících se klienty s elektivním mutismem, navíc ve většině případů je věk pozorovaných osob nižší než 18 let a velikost vzorku je menší než deset. Tyto výzkumy udávají remisi příznaků v rozmezí mezi 39 % až 100 %. Tato variabilita procentuálních hodnot je dána pravděpodobně rozdílnými pohledy na definici elektivního mutismu a diferencemi v časovém intervalu mezi prvotní studií a následnou po několika letech. Lepších výsledků je dosahováno, pokud je interval mezi jednotlivými studiemi delší než 10 let, což možná odráží skutečnost, že obvykle doba trvání poruchy přesahuje 5 let.

Výsledky dlouhodobých studií údajně potvrzují, že elektivní mutismus je velmi perzistentní poruchou s obecnou tendencí ke špatné prognóze. Mezi predikce negativní prognózy patří problémové rodinné prostředí, nespolupracující rodiče nebo rodiče s psychiatrickou diagnózou, duševní poruchy pacienta, výskyt mutismu v nejbližší rodině a mozkové dysfunkce (Sharkey, McNicholas, 2008).

2 Terapie

Pojem terapie vymezují odborníci na základě svého zaměření různými způsoby. Je logické, že medicína bude pojímat terapii jiným způsobem než např. speciální pedagogika, psychologie aj.

Z medicínského hlediska můžeme terapii vysvětlit jako léčbu nebo léčení a podle způsobu ji můžeme rozdělit na kauzální¹⁴, symptomatickou¹⁵ a celostní¹⁶ (Dvořák, 2007).

Podle Müllera (2005) a Klenkové (2007) termín terapie zahrnuje nejen léčbu a ošetřování, ale také vzdělávání, cvičení, péči a pomoc, což vyplývá i z etymologie slova terapie, jehož řecko-latinský původ odkazuje právě na tyto pojmy.

Valenta a Müller (2007, s. 125) terapeutické přístupy definují *jako „takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu)“*.

Müller (2005) dělí terapie dle vlastních bazálních prostředků na terapii chirurgickou, farmakoterapii, fyzioterapii a psychoterapii. Dále píše, že pro veškeré využívané terapie vždy platí, že:

- Probíhají v určitém prostředí a v určitém čase
- Mají určitou organizační formu
- Odpovídají určité orientaci terapeuta
- Závisí na věku, příčinách potíží a symptomech klienta
- Prvotně mohou být zaměřeny na somatické nebo psychické změny u klienta
- Bývají zacíleny léčivě, ale také preventivně a rehabilitačně

2.1 Terapie ve speciální pedagogice

Speciálněpedagogické terapie můžeme vymezit z pohledu jejich postavení a významu v uceleném systému komplexní rehabilitační péče o osoby, které jsou ze zdravotních důvodů znevýhodněny ve společenském životě. Z tohoto hlediska by se

¹⁴ Přímé ovlivnění příčin onemocnění.

¹⁵ Zaměřená na příznaky onemocnění.

¹⁶ Léčení člověka jako celku, aktivizace jeho vlastních obranných mechanismů.

mělo jednat o „specifickou intervenční složku, která navazuje (doplňuje) na intervence medicínské a je zaměřena na ty důsledky nemoci, jež se projevují ve snížených schopnostech (neschopnosti) normální životní seberealizace (ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách atd.)“ (Müller, 2005, s. 19). Autor však zároveň uvádí, že speciálněpedagogická terapie nemusí zákonitě navazovat na medicínské intervence a nemusí se nutně týkat osob skutečně nemocných.

Základním zdrojem speciálněpedagogických terapií je psychoterapie. Využívá totiž mnohých prostředků, které jsou svým charakterem speciální pedagogice blízké (podrobněji in Müller, 2005). Poznatky pro speciálně pedagogické terapie mohou být mimo jiné čerpány i z teorie a metodologie fyzioterapie, především v závislosti na konkrétním klientovi, např. u osob s těžším kombinovaným postižením, kdy je nutné neustále podporovat vývoj pohybových možností. Dalšími vědními disciplínami, které představují důležitá východiska pro terapie ve speciální pedagogice, jsou: medicína, psychologie, pedagogika, sociologie, kulturní antropologie, právo, filozofie, umění atd. (Müller, 2005).

Terapeutické cíle ve speciální pedagogice lze strukturovat především podle potřeb klientů, podle orientace a schopností terapeuta nebo podle zaměření instituce, v níž terapie probíhá (Müller, 2005).

Speciálněpedagogické terapie můžeme dle svého zaměření rozdělit do následujících skupin: terapie hrou, činnostní a pracovní terapie, psychomotorické terapie, expresivní terapie, terapie s účastí zvířete. Na hranici těchto základních terapií ve speciální pedagogice se nachází rodinná terapie, terapeutická komunita, skupinová rozhovorová sezení, skupiny setkání aj. (Müller, 2005).

2.2 Terapie v logopedii

V logopedii je termín terapie užíván v širším pojetí ve smyslu zaměření se na odstranění poruchy či odchylky a zmírnění následků postižení pomocí intervence, reedukace, rehabilitace, kompenzace, korekce, speciální péče aj. (Dvořák, 2007).

Lechta (2002) uvádí, že logopedickou terapii lze charakterizovat jako „specifickou aktivitu, která se realizuje specifickými metodami ve specifické situaci

*záměrného učení*¹⁷“. Cílem logopedické terapie je podle něj v nejširším smyslu slova eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat narušení komunikační schopnosti.

Mezi hlavní metody logopedie můžeme dle Lechty (2007) zařadit metodu stimulující (v případě nerozvinutých a opožděných funkcí), metodu korigující (v případě vadných řečových funkcí) a metodu reedukující (v případě ztracených nebo zdánlivě ztracených řečových funkcí). Kromě vlastních logopedických metod využívá logopedická terapie mnoho dalších, např. psychoterapeutické působení, fyzioterapii, myofunkční terapii atd.

Úspěšnost logopedické terapie je mimo jiné podmíněna určitými principy, které by logoped měl respektovat (Lechta, 2007):

- všeobecné principy řízeného učení: princip motivace, zpětné informace, opakování, transferu
- pedagogické principy: princip uvědomělosti, aktivity, názornosti, soustavnosti, trvalosti, individuálního přístupu apod.
- speciálněpedagogické principy: princip komplexnosti, dispenzarizace, socializace, resocializace aj.
- specificky logopedické principy: princip minimální akce, relaxace komplexnosti, symetričnosti terapeutického vztahu, podle potřeby multisenzoriálního nebo monosenzoriálního přístupu, krátkodobého, ale častého procvičování, funkčního používání řeči, celostního přístupu, včasné stimulace, imitace přirozeného, normálního vývoje řeči, princip překonávání komunikační bariéry.

2.3 Terapie elektivního mutismu

V literatuře je popsána velká škála nejrůznějších terapeutických přístupů ke klientům s elektivním mutismem. V zásadě záleží na tom, z jakého úhlu pohledu se na tuto problematiku díváme. Je zcela logické, že vzhledem k povaze daných oborů, bude logopedie, psychologie i psychiatrie využívat odlišných terapeutických metod. Úspěšnost té které terapie je ovlivněna mnohými faktory, v zásadě záleží na individualitě a specifitě každého případu. Terapie, která je úspěšná u jednoho

¹⁷ „Jde o tzv. řízené učení probíhající pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda v organizovaných podmínkách logopedického zařízení, popřípadě i mimo ně; může je realizovat i sama osoba s NKS (resp. S rodiči, příbuznými) pod supervizí logopeda“ (Lechta, 2007, s. 39).

klienta, nemusí mít pozitivní výsledky u druhého. Proto by odborníci ke každému jedinci s elektivním mutismem měli přistupovat zcela individuálně a snažit se najít terapeutický postup, který by danému klientovi nejvíce vyhovoval, což si nepochybně žádá právě interdisciplinární týmový přístup.

Hartman a Lange (2008) uvádějí, že terapie elektivního mutismu by měla být založena na spolupráci logopedie, psychologie a psychiatrie, přičemž při sestavování každé terapeutické koncepce je nutné řídit se zjištěnými řečovými, psychologickými a organickými nálezy a doposud absolvovanými formami léčení.

2.3.1 Terapie elektivního mutismu v logopedii

Od počátku 90. let 20. století si terapie elektivního mutismu stále více získává pozornost logopedie. Mimo to, že elektivní mutismus představuje poruchu komunikace, mnohé výzkumy poukázaly na fakt, že se tento fenomén často vyskytuje v kombinaci s nejrůznějšími řečovými problémy. Upozornění na tyto spojitosti můžeme nalézt i v klasifikačních systémech MKN-10 a DSM-IV (Hartmann, Lange, 2008).

Škodová (2003) uvádí, že kromě klasického terapeutického přístupu k mutismu vycházejícího z individuální psychoterapie, foniatrie a logopedie, je třeba upravit rodinné prostředí a snažit se zlepšit adaptační problémy klienta. Dítě do verbálního projevu nenutíme a zpočátku mu nabízíme činnosti, u kterých nemusí mluvit. Větší a rychlejší terapeutický úspěch údajně nastává v případě skupinové terapie, protože se dítě mnohem častěji spontánně projeví v malé skupince dětí než při individuální logopedické terapii. Hospitalizace se doporučuje pouze v případech, kde je příčinou elektivního mutismu neuspokojivé rodinné prostředí.

Podle Hartmanna a Langeho (2008; srovnej Tichá, 2009) se logopedická terapie zaměřuje na vypracování komunikační kompetence, která je nutná pro znovunabytí sociální kompetence. Terapii lze provádět individuálně nebo skupinově. Na počátku individuální terapie je vhodné dítěti vymezit význam komunikace a důvody jejího používání. Nejprve provádíme cvičení zaměřené na hru s ústy a zvuky, přičemž je důležité dítěti zprostředkovat radost z „otevřených úst“. Z nejrůznějších cvičení můžeme jmenovat „mluvení do krabice“, které umožňuje zesílení tichých fonetických vyjádření a zvýšení odstupů mezi ústy dítěte a uchem poslouchajícího, což představuje přechod k verbální fázi. Velmi přínosné mohou být cviky z oblasti myofunkční terapie, pro děti jsou velmi lákavé hry s bublifukem, s míčkem, flétnou či trubkou, kdy

využíváme práci s dechem. Cílem je vytvořit bezpečný vztah mezi logopedem a klientem, který umožňuje dítěti spontánně reagovat, svobodně manipulovat s herním materiálem a zapojit logopeda do vlastní aktivity.

Tichá (2009) uvádí několik strategií, které je možno během terapie aplikovat:

1. V předškolním věku je vhodné terapii realizovat prostřednictvím hry, symbolického herního materiálu (telefon, domeček, zvíátka) a nestrukturovaného materiálu (písek).
2. Je vhodné, aby se logoped zapojil do hry jen na verbální nebo neverbální výzvu dítěte s elektivním mutismem.
3. Je nutné, aby byl herní partner v průběhu hry s dítětem verbálně aktivní a slovně reflektoval konání a emocionální prožívání dítěte.
4. Během hry je třeba akceptovat mlčenlivost dítěte bez snahy násilně se dožadovat verbální produkce.
5. Aplikováním relaxačních her můžeme dosáhnout uvolnění vnitřního prožívání i zvýšeného napětí svalstva celého těla.
6. Je vhodné aplikovat herní materiál k bezpečnému ventilování nepříjemných emocí, hněvu a napětí (boxovací pytel, polštář, písek apod.).
7. Při skupinové terapii je vhodné začít neverbálními, krátce trvajícími aktivitami s jasnou instrukcí k překonání prvotní úzkosti z neznámého. Vhodné jsou jednoduché neverbální hry, hry na odstraňování dotekových zábran, kontaktní hry apod.
8. Při skupinové terapii jsou vhodné intervenční strategie např. akceptační, iniciační, pátrací, kontaktní, vyzývací, stimulační, reflektující, povzbuzující aj. Je však také žádoucí i neintervenování se snahou vytvořit prostor pro působení skupinové dynamiky.

Součástí logopedické terapie jsou také poradenské konzultace s rodiči dítěte zaměřené na posilování rodičovské kompetence.

Nejen logopedická, ale jakákoliv intervence by měla začít co nejdřív, protože jen včasná intervence může zabránit vzniku sociálních a edukačních problémů, které vznikají v důsledku nedostatečné interakce dítěte s elektivním mutismem s okolím (Tichá, 2009).

2.3.2 Terapie elektivního mutismu v psychologii

Hartmann a Lange (2008, s. 63) uvádějí, že psychologická terapie se využívá u osob s elektivním mutismem v těch případech, kdy se „*skutečně objevují neurotické charakterové nebo rodinné struktury, traumatizující šoky, aktuální depresivní stav nebo stres vyvolávající vzory vnímání podnětů, které jsou pociťovány jako ohrožení ega.*“

Psychologická potažmo psychoterapeutická léčba je zaměřena na příčiny mutismu, popřípadě momenty vyvolávající mutismus, protože mlčení je chápáno jako jednoznačně psychogenně podmíněná záležitost (Hartmann, Lange, 2008).

V rámci terapie z pohledu psychologie a psychoterapie můžeme v literatuře nalézt mnoho druhů terapií, které se pro léčbu elektivního mutismu v praxi využívají. Mezi nejčastější můžeme zařadit individuální psychoterapii, skupinovou psychoterapii, behaviorální a kognitivně-behaviorální terapii, rodinnou terapii aj.

Individuální psychoterapie

Mezi nejčastější psychoterapeutické metody využívané v rámci individuální psychoterapie u klientů s elektivním mutismem patří behaviorální terapie, kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalýza, přičemž v současné době se v souvislosti s terapií elektivního mutismu dostává do popředí kognitivně-behaviorální terapie (Sharkey, McNicholas, 2008). Dále se také využívá např. arteterapie, ergoterapie, terapie hrou. Hanser (1987; in Kantor a kol., 2009) poukazuje u klientů s elektivním mutismem na úspěšnost behaviorální muzikoterapie, Kulka (2007) uvádí kazuistiku dítěte s elektivním mutismem, u kterého byla úspěšně využita canisterapie.

Skupinová terapie

Sharkey a McNicholas (2008) uvádějí, že skupinová terapie u dětí s elektivním mutismem je poměrně vzácná z důvodu omezeného počtu klientů s elektivním mutismem léčených ve stejnou dobu. Bozigar a Hansen (1984; in Sharkey a McNicholas, 2008) popsali využití skupinové terapie u čtyř dětí s elektivním mutismem. Skupina se scházela na jednu hodinu týdně po dobu dvou měsíců až jednoho roku, dokud děti nemluvily plynule ve všech prostředích. Terapeutický program zahrnoval úzkou spolupráci s rodinou i školou. Na konci léčby byly všechny děti přemístěny do nové školy, načež byly zbaveny veškerých příznaků. Děti byly sledovány po jednom roce a zbývající příznaky vymizely ve všech sociálních prostředích. Autoři tohoto

výzkumu zdůrazňují, že pro úspěšnost této terapie byla velmi důležitá spolupráce se školami.

Behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie

V rámci tohoto přístupu je elektivní mutismus popsán jako naučená odpověď, kdy se u dítěte vyvíjí řízená úzkost. V historii bylo provedeno mnoho výzkumů, které popisují způsob využívání této terapie. Např. Nolan a Peace (1970; in Sharkey a McNicholas, 2008) popisují behaviorální program, který použili k léčbě devítileté dívky s elektivním mutismem. Využívali operativního podmiňování, přičemž mlčení bylo ignorováno a komunikace byla posilována formou odměn. Dva roky po ukončení terapie dítě plynule mluvilo ve všech situacích. Pozitivní výsledky byly zaznamenány také u léčby pomocí sebemodelování. Tato forma terapie zahrnuje využívání videí a autonahrávek, které dítěti ukazují jeho řeč v situacích, ve kterých původně nemluvilo. Nahrávky jsou dítěti opakovaně pouštěny za účelem, aby si na svou řeč v daných situacích zvyklo a postupně začalo samo mluvit. Pozitivní výsledky byly zaznamenány po šesti až devíti měsících takto prováděné terapie. Kee a kol. (2001; in Sharkey a McNicholas, 2008) popisují použití elektronických zařízení k podpoře hlasové produkce v rámci multimodálního léčebného programu u šestiletého chlapce s elektivním mutismem. Porjes (1992; in Sharkey a McNicholas, 2008) shrnul několik studií využívajících kognitivně-behaviorální terapii během léčby elektivního mutismu. Poukázal na to, že je důležité terapii přenést i do školy, zajistit spolupráci pedagogů a psychologů. Dále zaznamenal, že terapie byla úspěšnější u mladších dětí, kdy ještě nejsou v takové míře ohroženy studijní úspěchy a vznikající sociální vztahy. Nedávno Fung (2002; Sharkey a McNicholas, 2008) popsal kognitivně-behaviorální program pro léčbu elektivního mutismu využívající internet. Program zahrnuje on-line dětskou práci na knize a zápisníku, a stahovatelný rodičovsko-učitelství manuál zaměřený na psychologické vzdělávání. Léčba se skládá ze čtrnácti individuálních týdenních sezení, kdy se dítě učí rozpoznat známky úzkostného vzrušení spojeného s řečovou produkcí a následně používat specificky doporučené strategie k řízení úzkosti.

Rodinná terapie

Využívá se za účelem analyzování psychodynamiky rodiny. Mezi nejčastější negativní rodinné faktory fixující elektivní mutismus patří: dítětem s elektivním mutismem pozitivně pocíťované výlučné místo v rodině, výrazně asymetrický vztah mezi matkou a otcem, nejednotná výchova rodičů, přehnaně ochranný postoj

k dítěti s elektivním mutismem ze strany jednoho z rodičů (obvykle matky), struktury dominance uvnitř rodiny, vytvoření subjektivního pocitu zisku z nemoci u dítěte s elektivním mutismem (Hartmann, Lange, 2008).

2.3.3 Terapie elektivního mutismu v psychiatrii

Psychiatrická léčba je nevyhnutelná v případech, kdy se elektivní mutismus objeví v rámci základního psychiatrického onemocnění (porucha osobnosti, schizofrenie, schizoaktivní porucha, endogenní nebo exogenní deprese, organické onemocnění mozku apod.). Projevy mutismu se mohou objevit také u psychosomatických poruch (anorexie a bulimie), což si žádá psychiatrickou intervenci těchto poruch, ale ne nezbytně nutnou terapii poruchy komunikace (Hartmann, Lange, 2008).

V oblasti psychiatrie se obvykle využívá léčebných účinků farmak v kombinaci s různými formami psychoterapie – terapie hrou, individuální, skupinová, rodinná terapie, behaviorální terapie, arteterapie, ergoterapie aj.

Vzhledem k nejnovějším odborným názorům týkajících se spojitosti mutismu s fobií, popř. sociální fobií a depresemi, se při medikamentózní léčbě využívá léčebných účinků antidepresiv. Malá (2008) prezentuje jako z velké části úspěšná tato farmaka: SSRI¹⁸ antidepresiva – tetralin (Zoloft), fluvoxamin (Fevarin) v dávce 50-100 mg ráno. U případů s déle trvajícím mutismem je možné vyzkoušet inhibitory MAO (moclobemid Aurorix, 37,5 až 75 mg ráno), ovšem jen na osobní zodpovědnost ošetřujícího lékaře.

Co se týče léčby pomocí SSRI antidepresiv, v tomto případě je na mutismus nahlíženo jako na poruchu látkové výměny serotoninu, kdy je zdůrazňován biologický aspekt mlčení. Indikuje se symptomatická, ale efektivní medikamentózní léčba, která však nebrání psychoterapeutickému nebo logopedickému přístupu. Ba naopak, jak logopedie, tak psychoterapie získávají v mnoha případech díky podpůrné farmakologické léčbě výhodnější prognózu, protože terapie působící exogenně má lepší účinky, jsou-li endogenně (medikamentózně) odstraněny endogenní příčiny (Hartmann, Lange, 2008). V literatuře však můžeme najít i názory, že úspěšnost léčby pomocí výše zmíněných medikamentů není zcela prokázána (Čápová, 2000).

¹⁸ Selektivní blokátory zpětného příjmu serotoninu.

3 Interdisciplinární přístup

V literatuře se v rámci vědních disciplín můžeme obvykle setkat se třemi kategoriemi týmového přístupu. Multidisciplinárním, interdisciplinárním a transdisciplinárním. Pro správné pochopení interdisciplinárního přístupu, kterým se v práci zabýváme, je důležité tyto pojmy vysvětlit. Krauhlová (2004) jednotlivé přístupy rozebírá v souvislosti s intervenčním postupem u osob se sluchovým postižením. Vzhledem k velmi výstižnému vysvětlení jednotlivých termínů si dovoluujeme prezentovat dané pojetí všeobecně.

Multidisciplinární týmový přístup představuje takový týmový přístup, kdy každý odborník pracuje zcela samostatně na svém pracovišti, nezávisle na jiných odbornících a komunikace mezi nimi je omezená. I přesto, že má každý odborník tohoto týmu během intervence přesně vymezené kompetence, skutečná vzájemná interakce a komunikace je minimální. Tento přístup je chápán jako tradiční model týmové péče a má své výrazné zápory. Klient (pacient) sice dostává velké množství informací a doporučení od jednotlivých odborníků, ale můžeme zde pozorovat výraznou absenci jejich vzájemné kooperace při konečném rozhodnutí (Krauhlová, 2004).

Interdisciplinární přístup je v současné době považován za moderní týmový přístup. Multidisciplinárnímu přístupu se podobá v tom, že jednotliví odborníci diagnostikují a hodnotí klienty na vlastním pracovišti, ale vzájemně se informují o výsledcích a doporučeních. Společně připravují zprávy a plánují intervenční postup. Tím je zajištěna spolupráce, komunikace, interakce a kooperace jednotlivých odborníků, kteří se podílejí na komplexní péči (Krauhlová, 2004).

Transdisciplinární přístup je pokládán za optimální, nejmodernější a nejprogresivnější týmový přístup. Může vzniknout z interdisciplinárního přístupu za podmínky, že členové týmu dlouhodobě spolupracují (obvykle v rámci jednoho pracoviště) a velmi dobře ovládají problematiku participujících oborů, jejichž odborné postupy spolu navzájem souvisejí a mohou se doplňovat. I když jsou v rámci tohoto přístupu také určeny kompetence jednotlivých odborníků, diverzita různých úhlů pohledu umožňuje komplexní pojetí problému a z něj vyplývajících úkolů (Krauhlová, 2004).

3.1 Interdisciplinární přístup v logopedii

Prakticky v každé definici logopedie se můžeme setkat s názorem, že v současné době logopedie představuje interdisciplinární vědní disciplínu (Lechta (2002); srovnej Peutelschmiedová (2005); Klenková (2007), Škodová a kol. (2007).

Lechta (2002, s. 11) definuje logopedii jako „*vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti.*“

Pokud bychom se řídili tříděním věd Nakonečného (1998), mohli bychom podle Lechty (2009) logopedii charakterizovat jako interdisciplinární obor, který je situován mezi přírodně-společenské a empiricko-normativní vědy, přičemž tento trend třídění není charakteristicky jen pro logopedii v našich zeměpisných šířkách, ale i v jiných zemích.

Günter (1996; in Lechta 2009) uvádí, že logopedie jako samostatná vědní disciplína musí zůstat interdisciplinární, multidisciplinární, kooperativní a integračně orientovanou vědou. Je však velmi důležité udržovat rovnováhu mezi jednotlivými spolupracujícími obory, aby žádný z nich v rámci interdisciplinárního přístupu nepřevažoval nad ostatními (Lechta, 2009).

Peutelschmiedová (2005) píše, že vzhledem k návaznosti logopedie na mnoho jiných vědeckých disciplín, je třeba, aby se v nich logoped orientoval na vysoké úrovni.

V rámci interdisciplinárního přístupu vychází Lechta (2002) ze spolupráce těchto odborníků: logopedů, foniatrů, otorinolaryngologů, psychologů, psychiatrů, fonetiků, jiných speciálních pedagogů atd.

Podle Škodové je úspěšná rehabilitace narušené komunikační schopnosti vždy podmíněna týmovou spoluprací, a to především s lékařem (foniatr, pediatr, neurolog, psychiatr, stomatolog, rehabilitační lékař, otorinolaryngolog), s psychologem a pedagogy všech typů školských zařízení, popřípadě s fyzioterapeutem, zdravotními sestrami či sociálními pracovníky.

Klenková (2007) míní, že čím je narušení komunikační schopnosti těžší a složitější, tím zpravidla vyžaduje více interdisciplinární přístup.

3.2 Interdisciplinární přístup a elektivní mutismus

Elektivní mutismus patří v logopedii mezi ta narušení komunikační schopnosti, která si během odborné intervence nutně vyžadují interdisciplinární týmový přístup. Mnoho odborníků poukazuje na důležitost interdisciplinárního přístupu jak v souvislosti s diagnostikou, tak s terapií elektivního mutismu. Můžeme však nalézt určité diskrepance mezi jednotlivými pojetími (srovnej Lechta, 1990; Škodová, 2003; Tichá, 2009, Klenková, 2006).

Lechta (1990) uvádí, že mutismus představuje hraniční problematiku mezi logopedií, klinickou psychiatrií a foniatrií, přičemž v současné době převažuje přístup psychiatrický. Tichá (2009) ovšem zastává názor, že problematika elektivního mutismu spadá do třech hlavních rovin – lékařské (psychiatrie, neurologie, foniatrie, ORL atd.), psychologické a logopedické, přičemž závisí na charakteru daného případu, který přístup bude převažovat.

Škodová (2003, s. 13) píše, že „*klasický terapeutický přístup mutismu vychází z individuální psychoterapie spojené s foniatrickou a logopedickou péčí*“.

Podle Klenkové (2006) dítě s elektivním mutismem vyžaduje týmový přístup, avšak prvotní by vždy mělo být lékařské ošetření (psychiatrické, foniatrické, neurologické), které vyloučí organické postižení. Následně by se na terapii měl podílet logoped, psycholog, rodiče dítěte, pedagogové MŠ nebo ZŠ.

Hartmann a Lange (2008) hovoří o třech odborných disciplínách, které by se měly podílet na terapii elektivního mutismu - psychiatrii, psychologii a logopedii. Každá terapeutická koncepce by se měla odvíjet podle organických, psychologických a řečových nálezů a dosud absolvovaných forem terapií.

Pro zajímavost uvádíme názor Peutelschmiedové (2005, 2008), která zmiňuje, že v zemích Evropské unie elektivní mutismus vzhledem ke své psychotické povaze nespadá do kompetence logopeda, avšak v České republice k této změně zatím nedošlo. Tuto poznámku ovšem nelze brát jako skutečnost, protože nebyla podložena žádným výzkumem. Navíc Hartmann a Lange (2008, s. 64) uvádějí, že „*od počátku devadesátých let 20. století si léčba totálního, potažmo parciálního mutismu stále více získává pozornost logopedie.*“ Příčinou je především fakt, že mnohé zahraniční studie poukázaly na poměrně častý výskyt narušené komunikační schopnosti u klientů s elektivním mutismem. Např. Remschmidt a kol. (2001) ve svém výzkumu uvádí, že u 15 klientů ze 45 (33%) byl diagnostikován určitý druh narušené komunikační schopnosti. Nečastěji se vyskytují poruchy artikulace, redukce chápání jazyka,

balbuties, tumultus sermonis a hlasové poruchy (Hartmann, Lange, 2008). Také MKN-10 uvádí, že *„nezanedbatelná menšina dětí s elektivním mutismem má v anamnéze buď určité opoždění ve vývoji řeči, nebo má problémy s artikulací“* (MKN-10, 2006, s. 213). V těchto případech je tedy odborná intervence logopeda nepochybně žádoucí.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření

V praktické části bakalářské práce zjišťujeme pomocí dotazníkového šetření názory odborníků z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie na problematiku interdisciplinárního přístupu všeobecně a v souvislosti s terapií elektivního mutismu. Dále zjišťujeme informace týkající se klientů s diagnózou elektivního mutismu, abychom mohli porovnat zkušenosti a názory odborníků z praxe s informacemi uváděnými v odborné literatuře.

4.1 Cíle výzkumného šetření

Oblastí výzkumu této bakalářské práce je role interdisciplinárního přístupu v terapii poskytované klientům s elektivním mutismem. Tématem výzkumu je využívání interdisciplinárního přístupu odborníky z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie v souvislosti s terapií elektivního mutismu.

Hlavní cílem praktické části bylo pomocí dotazníkového šetření¹⁹ zjistit, jaký mají odborníci z oblasti psychologie, psychiatrie a logopedie názor na interdisciplinární přístup a do jaké míry jej využívají v souvislosti s terapií elektivního mutismu.

Výzkumné otázky byly stanoveny následující:

- Je podle odborníků z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie všeobecně důležitá mezioborová spolupráce?
- Je podle odborníků z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie důležitá mezioborová spolupráce v souvislosti s terapií elektivního mutismu?
- Kterou odbornou intervencí považují odborníci z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem za stěžejní?
- Spolupracují odborníci z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie v rámci terapie poskytované klientům s elektivním mutismem s odborníky z jiného oboru?

¹⁹ Ukázka dotazníku viz příloha č. 3.

- Se kterými odborníky spolupracují psychologové během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem psychologové?
- Se kterými odborníky spolupracují psychologové během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem logopedové?
- Se kterými odborníky spolupracují psychologové během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem psychiatři?

Dílčím cílem dotazníkového šetření bylo získat informace týkající se přímo klientů s elektivním mutismem za účelem komparace názorů prezentovaných v odborné literatuře s názory odborníků z praxe.

V souvislosti s tímto dílčím cílem byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Do jaké míry se odborníci z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie v praxi setkávají s klienty s diagnózou elektivního mutismu?
- Jaký je výskyt elektivního mutismu v závislosti na pohlaví?
- Jaký je výskyt elektivního mutismu v závislosti na věku?
- Jaké terapeutické metody využívají odborníci z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie při terapii poskytované klientovi s elektivním mutismem?

4. 2 Metodologie šetření

Za účelem získání dat a zjištění stanovených cílů byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Gavora (1996, s. 53) charakterizuje dotazník jako „*způsob kladení otázek a získávání písemných otázek.*“ Podle Chráska (2007, s. 163) je dotazník „*soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“ Nevýhoda metody dotazníkového šetření spočívá v tom, že zjišťuje, jak respondenti sami sebe vidí nebo jak by chtěli být viděni, ale nezjišťuje, jací skutečně respondenti jsou (Chráska, 2007).

Dotazník by měl mít promyšlenou strukturu a může sestávat z různých druhů otázek podle stupně otevřenosti. Uzavřené otázky jsou takové, ve kterých respondent vybírá již z hotových alternativních odpovědí. Jejich výhodou je poměrně lehké zpracování. Otevřené otázky dávají respondentovi pro jeho odpověď neomezené

možnosti. Na otevřené otázky se však odpovídá obtížněji a také vyhodnocování je náročnější. Polouzavřené otázky nabízejí respondentovi alternativní odpověď a následně vyžadují doplnění nebo vysvětlení v podobě otevřené otázky (Gavora, 1996).

Dotazník určený pro potřeby této bakalářské práce obsahuje celkem 12 položek, přičemž dle otevřenosti využíváme všechny typy otázek. Uzavřené otázky v případě položek 1, 3, 7, 10, 12; otevřené v případě položek 2, 4, 5, 8; polouzavřené v případě položek 6, 9, 11.

Při koncipování dotazníku jsme počítali s možností, že se někteří odborníci s diagnózou elektivního mutismu během své praxe neseťkali, proto po zodpovězení třetí otázky mají možnost přejít k položkám 10, 11, 12. Respondenti, kteří se s danou diagnózou během své praxe setkali, odpovídají na všech 12 otázkách.

Otázka číslo 1 se týká zařazení daného respondenta do konkrétního vědního oboru – logopedie, psychologie nebo psychiatrie.

V otázce číslo 2 se ptáme na délku působení odborníka ve své praxi z důvodu statistického porovnání souvislostí mezi délkou praxe a počtem případů klientů s elektivním mutismem, se kterým se odborník setkal.

Otázky číslo 3 – 8 jsou zaměřeny na diagnózu elektivního mutismu. Zjišťují, do jaké míry se jednotliví odborníci s klienty s elektivním mutismem setkávají, jaké je pohlaví a věk těchto klientů, zda aktuálně poskytují terapii klientovi/klientům s elektivním mutismem a jaké využívají terapeutické techniky během terapie poskytované těmto klientům.

Otázky číslo 9 – 11 se zabývají problematikou interdisciplinárního přístupu v souvislosti s terapií elektivního mutismu.

Otázka číslo 12 zkoumá názory odborníka na důležitost interdisciplinárního přístupu ve všeobecných souvislostech.

4.3 Charakteristika respondentů

Jednotlivé dotazníky byly zaslány odborníkům z oblasti logopedie, psychologie a psychiatrie v rámci celé České republiky. Vzhledem k velkoplošnému distribuování a velkému počtu respondentů jsme zvolili elektronickou formu rozesílání dotazníků. Rozesláno bylo celkem 150 dotazníků, do každé oblasti 50.

Vzhledem k faktu, že diagnóza elektivního mutismu se převážně vyskytuje v dětském věku, byli vybráni odborníci z oblasti psychologie a psychiatrie, kteří své

služby, ať už primárně nebo sekundárně poskytují dětem. V případě logopedie byla vzhledem k charakteru oboru dětská klientela předpokládána.

Návratnost dotazníků byla velmi nízká. Následující tabulky přehledně zobrazují míru návratnosti jak v rámci jednotlivých oborů, tak v rámci celého výzkumného vzorku.

Tab. č. 1: Návratnost dotazníků v rámci jednotlivých oborů

	Odesláno	Vráceno	Návratnost
Psychologie	50	28	56 %
Logopedie	50	14	28 %
Psychiatrie	50	6	12 %

Tab. č. 2: Celková návratnost dotazníků

	Odesláno	Vráceno	Návratnost
Celkem	150	48	32 %

Dle našich domněnek mohly být příčinou velmi nízké návratnosti dotazníků tyto důvody:

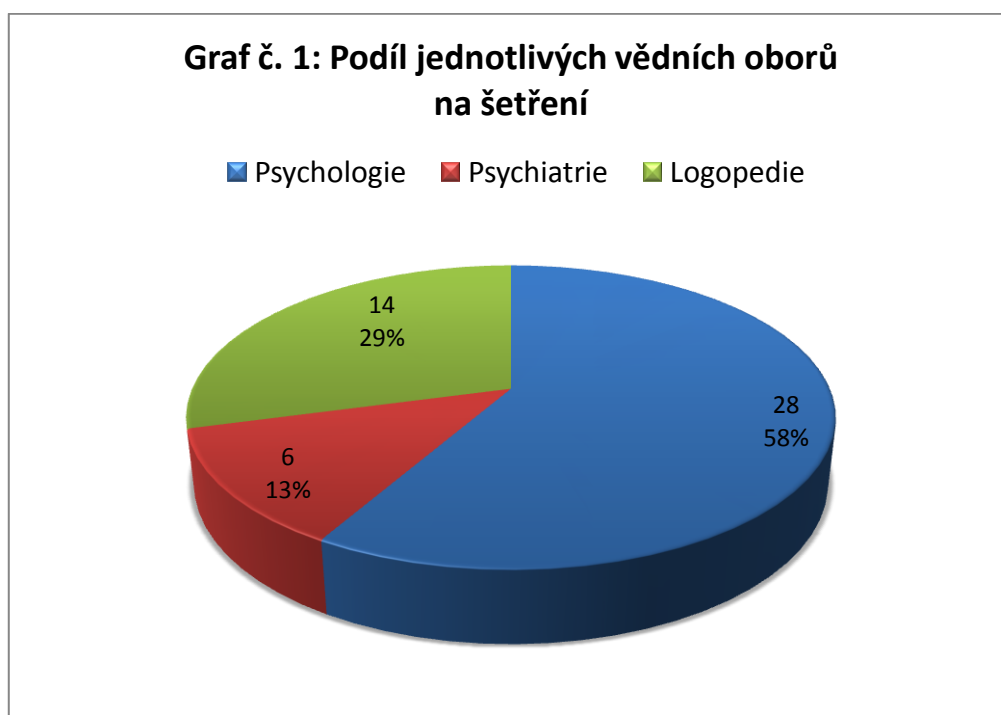
- Nezájem respondentů o problematiku, kterou se dotazník zabývá.
- Velká zaneprázdněnost respondentů.
- Neochota respondentů poskytovat informace.
- Neaktualizované emailové adresy respondentů uveřejněné na internetu.
- Respondentům nevyhovující elektronická forma vyplňování dotazníku.

4. 4 Výsledky výzkumného šetření

V rámci interpretace výsledků šetření byla každá otázka samostatně vyhodnocena jednak z pohledu každého oboru (psychologie, logopedie a psychiatrie) a jednak celkově v rámci všech vědních disciplín. Některé otázky, které si to svou povahou vyžadovaly, byly dány do souvislostí s jinými otázkami. Většina otázek je doplněna o grafické znázornění pomocí grafů.

1. Ve kterém vědním oboru pracujete?

Ze 150 kontaktovaných odborníků na dotazník odpovědělo celkem 48 respondentů - 28 odborníků z oblasti psychologie, 14 odborníků z logopedie a 6 odborníků z psychiatrie. Největší návratnost (celkem 58 %) byla tedy ze strany psychologů, nejmenší (celkem 13 %) ze strany psychiatrů (viz graf č. 1). Je otázkou spekulací, zda dané hodnoty mohou vypovídat o míře zainteresovanosti odborníků z jednotlivých vědních disciplín do problematiky elektivního mutismus.



2. Kolik let působíte ve svém oboru?

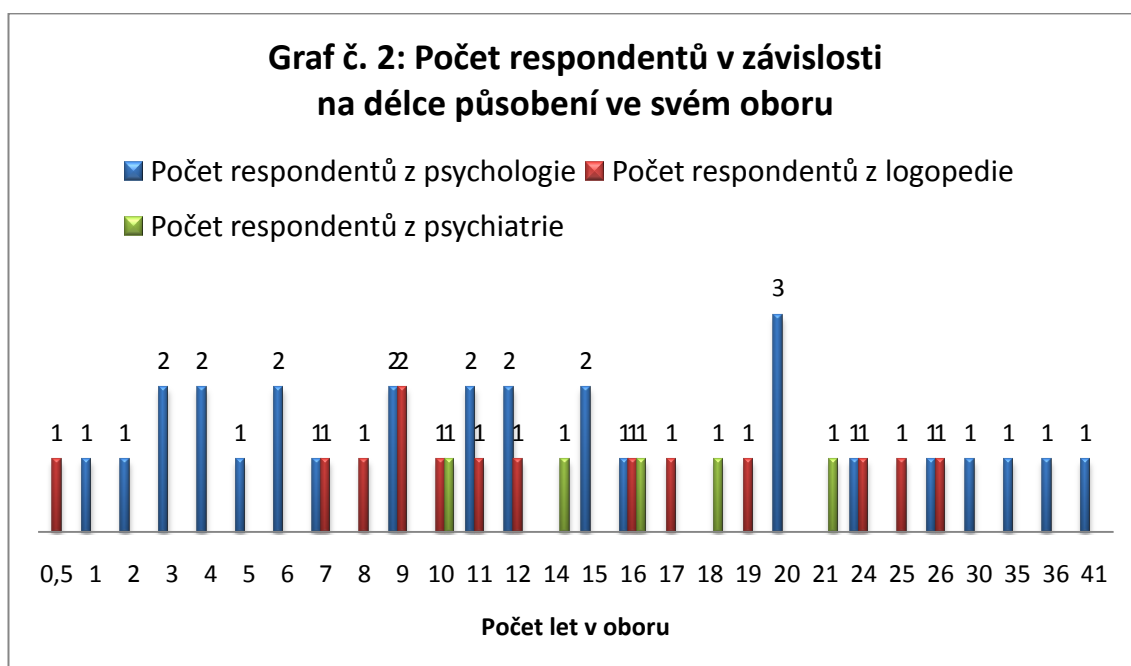
Respondenti do dotazníku doplňovali konkrétní číselnou hodnotu, přičemž v každém oboru bylo získáno poměrně odlišné zastoupení respondentů dle jejich délky praxe (viz graf č. 2). Jeden respondent na tuto otázku odpověď nevedl.

V psychologii odpovídali na dotazník odborníci s délkou působení ve svém oboru v rozmezí od jednoho roku do 41 let. V daném rozmezí je patrné poměrně rovnoměrné rozložení. Nejvíce respondentů z oblasti psychologie (celkem 12) mělo délku praxe v rozmezí od 1 roku do 10 let.

V oblasti logopedie se délka praxe odborníků pohybovala v rozpětí od 0,5 roku do 26 let. Nejvíce respondentů z oblasti logopedie (celkem 6) mělo délku praxe v rozmezí od 0,5 do 10 let.

V psychiatrii se délka praxe respondentů pohybovala od 10 do 30 let a nejvíce respondentů uvedlo délku působení v oboru v rozmezí od 11 do 20 let.

Největší rozptýl dle délky působení v oboru se nachází v oblasti psychologie a nejmenší v psychiatrii, což pravděpodobně může ovlivňovat odlišný počet respondentů (podle pořadí 28 a 6). Z celkového počtu respondentů ze všech oborů má nejvíce (celkem 19) délku praxe v rozmezí od 0,5 do 10 let. V rozmezí od 11 do 20 let bylo celkem 18 odborníků, od 21 do 30 let celkem 7 respondentů a v rozmezí mezi 35 a 41 lety celkem 3 respondenti. Je tedy patrné, že se vzrůstající délkou působení v oboru klesá počet respondentů.

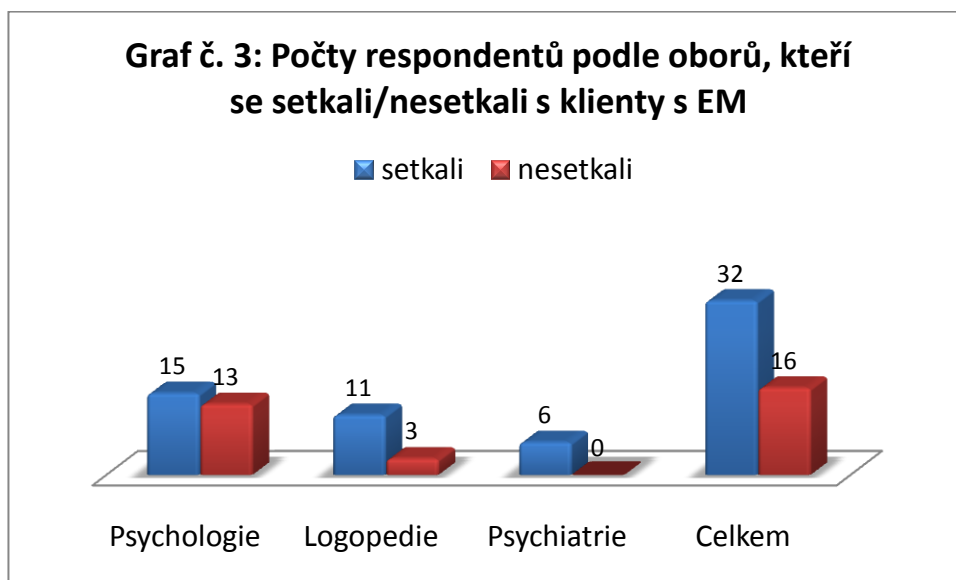


3. Setkali jste se během vaší praxe s klientem/klienty s přidělenou diagnózou elektivní mutismus (také jako selektivní mutismus)?

Celkem 32 respondentů z celkového počtu 48 (v procentuálním vyjádření 66,7 %) se během své praxe setkalo s klientem s přidělenou diagnózou elektivní mutismus. V oboru psychologie z 28 respondentů odpovědělo na tuto otázku 15 kladně, tudíž 53,6 % psychologů se setkalo v rámci své praxe s klientem s elektivním mutismem. V oboru logopedie ze 14 respondentů odpovědělo kladně 11, tedy 78,6 % logopedů se během své praxe dostalo do kontaktu s klientem s elektivním mutismem. V oblasti psychiatrie odpovědělo všech šest respondentů kladně, tudíž 100 % psychiatrů v rámci

našeho šetření se během své praxe setkala s klientem s elektivním mutismem (viz graf č. 3).

S elektivním mutismem se tedy nejčastěji setkali psychiatři, méně často logopedi a nejméně psychologové. V každém oboru máme však jiný počet respondentů, tudíž nelze toto zjištění považovat za objektivní.



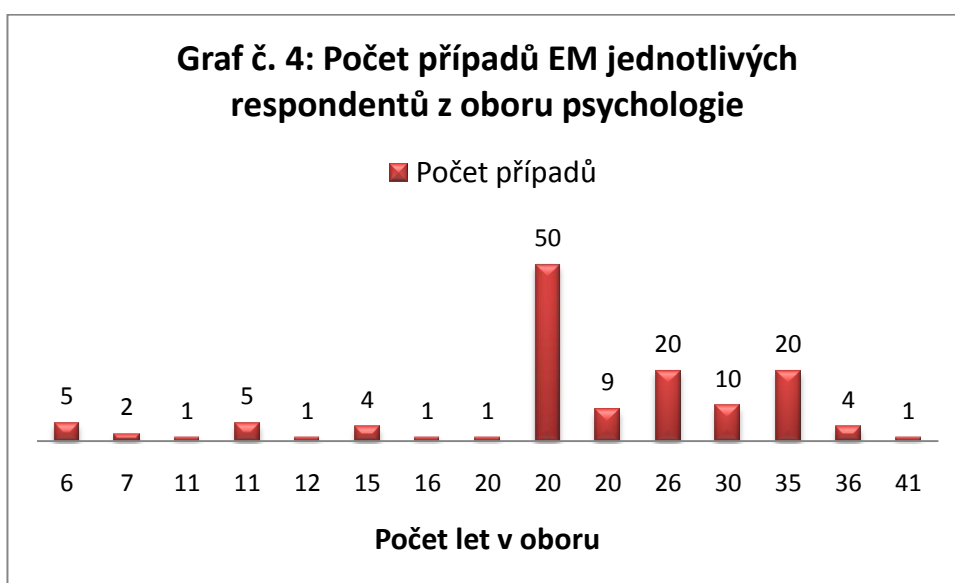
Pokud bychom se zaměřili na odborníky, kteří se během své praxe s klientem s elektivním mutismem neseťkali a porovnali bychom délku jejich působení v oboru, mohli bychom upozorovat, že v případě logopedie se s touto diagnózou neseťkali odborníci s délkou praxe 0,5, 11 a 26 let. V případě psychologie se ovšem jedná o všechny odborníky s délkou praxe v rozmezí od jednoho do pěti let, jednoho s šestiletou praxí, dva s devítiletou a nakonec s délkou svého působení 12; 15 a 24 let. Z daného zjištění tedy vyplývá, že v oboru psychologie se většina respondentů s délkou praxe nižší než deset let s diagnózou elektivního mutismu během své praxe neseťkala (celkem 83,3 %).

4. S kolika případy klientů s elektivním mutismem jste se osobně setkali?

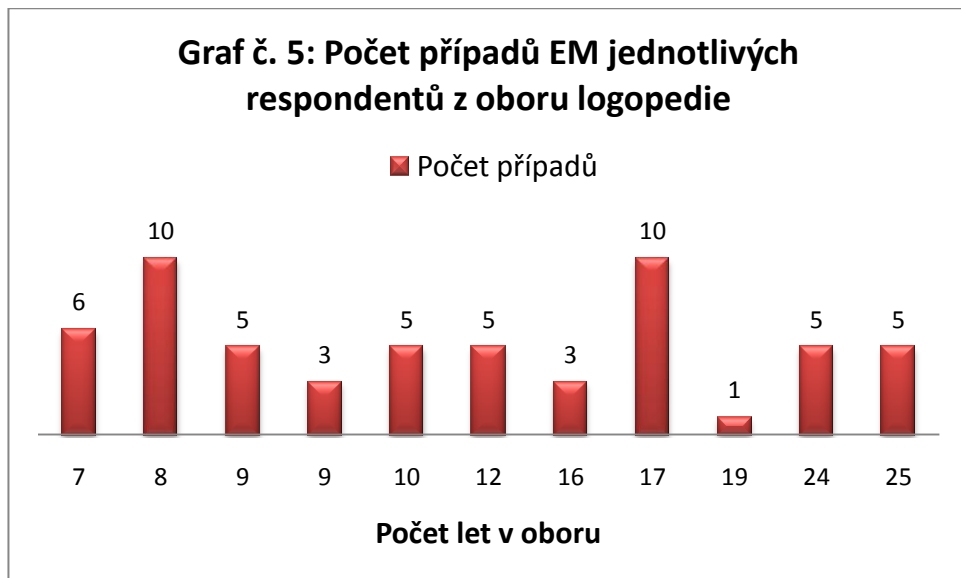
V odpovědích na tuto otázku se objevovaly diametrálně odlišné hodnoty v rozmezí od 1 do 100. Nejvíce případů uváděli psychiatři, nejméně logopedové. Celkové počty případů v rámci jednotlivých oborů byly následující: psychologie 134, logopedie 58 a psychiatrie 155. Zajímavé je, že i když se šetření zúčastnilo psychiatrů nejméně (celkem 6), celkový počet případů elektivního mutismu, se kterými se setkali,

je nevyšší. Tato situace ovšem nastala v závislosti na odpovědi jednoho respondenta, který uvedl, že se setkal se 100 případy elektivního mutismu. Do jaké míry můžeme tuto odpověď považovat za objektivní je diskutabilní.

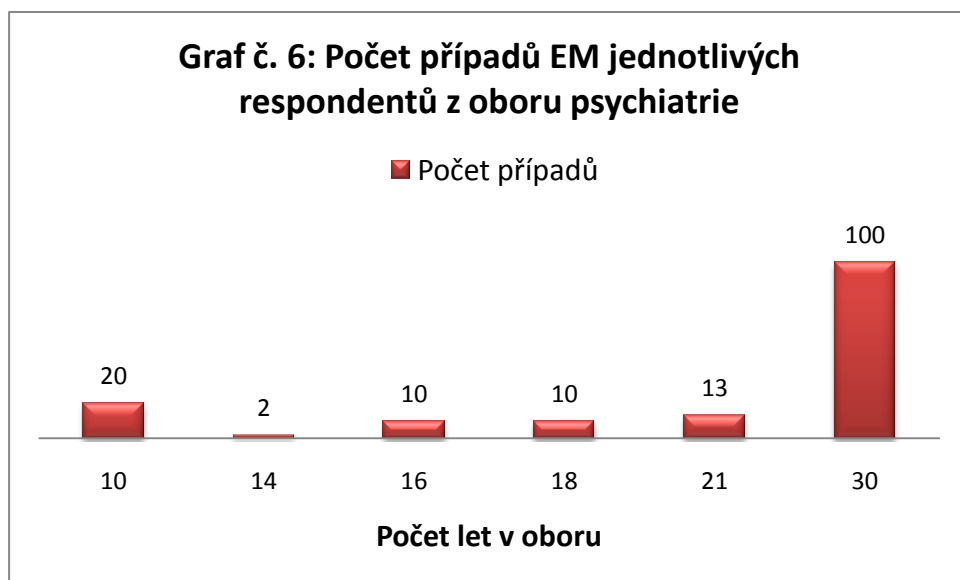
Tato otázka byla také vyhodnocena v souvislosti s délkou praxe jednotlivých respondentů. Co se týče psychologie, tak z grafu č. 4 můžeme vyvodit, že neexistuje přímá úměra mezi délkou praxe a počtem klientů s elektivním mutismem, se kterým se psychologové setkali. S jedním případem elektivního mutismu se např. setkal psycholog s délkou praxe 11 let a stejně tak s jedním klientem se setkal psycholog, který v oboru působí již 41 let. Nejvyšší počet případů uváděli psychologové s délkou praxe v rozmezí od 20 do 35 let.



V oboru logopedie se nejvíce odborníků setkalo s pěti případy elektivního mutismu, z toho dva působili v oboru nad 20 let, jeden 9 let, jeden 10 let a jeden 12 let. Naopak např. logoped s délkou praxe 26 let se setkal s případem elektivního mutismu pouze jednou. Opět nemůžeme říci, že počet případů je závislý na délce praxe. Nejvyšší počet případů, který logopedi uvedli, byl 10 a to ve dvou případech (viz graf č. 5).



V oblasti psychiatrie uvedl jeden respondent 2 případy, dva respondenti 10 případů, jeden 13 a jeden 10 případů. Poněkud překvapující však může být hodnota 100 případů, kterou uvedl psychiatr se třicetiletou praxí (viz graf č. 6).

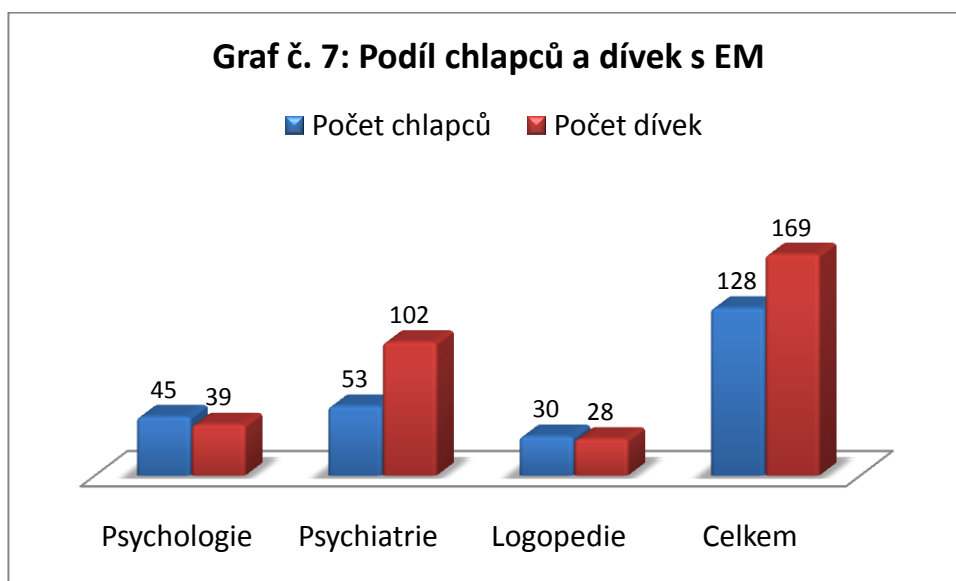


5. Jaké bylo pohlaví těchto klientů?

V grafu č. 7 můžeme vidět podíl klientů ženského a mužského pohlaví na počtu případů elektivního mutismus, který uvedli respondenti z jednotlivých oborů. Do výsledků nebyl započítán respondent z oblasti psychologie, který uvedl počet případů 50, protože do poznámky napsal, že nedokáže odhadnout, kolik bylo z daného počtu dívek a kolik chlapců.

V psychologii a logopedii mírně převažuje počet chlapců s elektivním mutismem (53,6 % a 51,7 %), v psychiatrii ovšem převažuje počet dívek (65,8 %). Zde je ale výsledek výrazně ovlivněn hodnotou respondenta, který z celkového počtu 100 případů uvedl 70 dívek.

V rámci všech oborů bylo z celkového počtu 297 případů 169 klientů ženského pohlaví (56,9 %) a 128 mužského pohlaví (43,1 %). Mezi klienty s elektivním mutismem respondentů ze všech tří oborů tedy mírně převažují dívky.

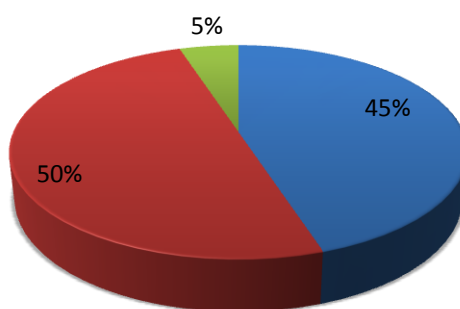


6. Určete věkovou kategorii klientů s elektivním mutismem, se kterou jste se setkali (můžete označit i více možností).

Tato otázka byla nejprve hodnocena samostatně v rámci každého oboru. V psychologii nejvíce převažoval mladší školní věk (50 %), na druhém místě byl předškolní věk (45 %) a v 5 % se objevil středoškolní věk (viz graf č. 8). Podrobnější rozbor ukázal, že 5 respondentů označilo přeškolní i mladší školní věk, 5 respondentů označilo jen mladší školní věk, 4 respondenti předškolní věk a jeden respondent předškolní a doplnil středoškolní.

Graf č. 8: Věkové kategorie klientů s EM označené respondenty z psychologie

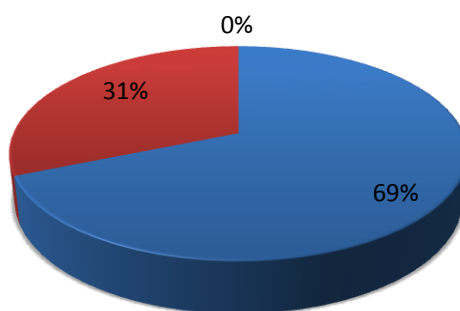
■ Předškolní věk ■ Mladší školní věk ■ Středoškolní věk



V logopedii převažoval předškolní věk (celkem 69 %). Mladší školní věk se vyskytoval v 31 %. Středoškolní ani jiný věk nebyl uveden. Pět respondentů označilo předškolní i mladší školní věk, šest respondentů uvedlo jen předškolní věk (viz graf č. 9).

Graf č. 9: Věkové kategorie klientů s EM označené respondenty z logopedie

■ Předškolní věk ■ Mladší školní věk ■ Středoškolní věk



V rámci psychiatrie označili všichni respondenti předškolní věk i mladší školní věk, čili výsledný poměr je 50 % předškolní věk a 50 % mladší školní věk (viz graf č. 10).

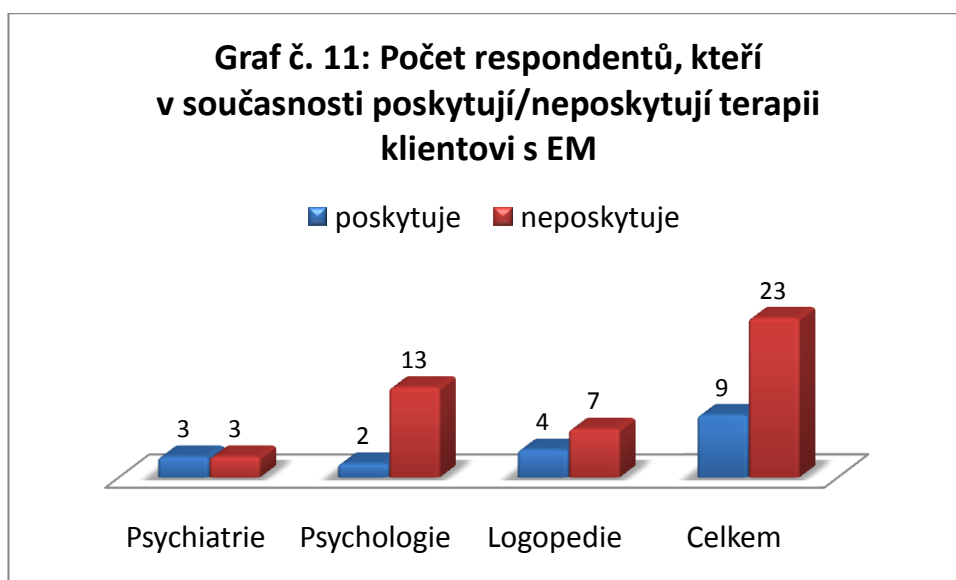


Pokud bychom porovnali všechny oblasti, došli bychom k závěru, že 54,2 % klientů s elektivním mutismem je v předškolním věku a 43,7 % v mladším školním věku. Klient ve středoškolním věku, kterého uvedl jeden respondent z oblasti psychologie představuje 2,1 %. Nejčastější je tedy předškolní a mladší školní věk, přičemž předškolní věk mírně převažuje.

7. Poskytujete v současné době terapii nějakému klientovi s elektivním mutismem?

V současné době celkem 9 respondentů (28,1 %) v rámci všech oborů poskytuje terapii klientovi s elektivním mutismem a 23 respondentů (71,9 %) neposkytuje. V oblasti psychiatrie v současné době 3 respondenti poskytují terapii a 3 nikoliv (50 %). V psychologii 13 respondentů neposkytuje (86,7 %) a 2 respondenti poskytují terapii klientovi s elektivním mutismem. V logopedii 7 odborníků (63,6 %) neposkytuje a 4 poskytují v současné době terapii klientovi s elektivním mutismem.

V současné době tedy terapii klientovi s elektivním mutismem poskytuje nejvíce respondentů z oblasti logopedie (viz graf č. 11).



8. Jaké terapeutické techniky jste při terapii poskytované klientovi s elektivním mutismem využívali? Napište svými slovy.

V psychologii odpověděli tři respondenti, že prováděli pouze diagnostiku a jeden respondent napsal, že se jednalo pouze o ošetření ve školním zařízení a poradenství ohledně přístupu k dítěti s elektivním mutismem pro školu a pro rodiče. Nejčastěji se objevovala rodinná terapie a práce s rodinou (celkem čtyřikrát). Dva respondenti uvedli individuální terapii. Dva respondenti využívali kognitivně behaviorální terapii, přičemž jeden respondent v rámci této odpovědi uvedl nácvik sociálního chování, pozitivní podmiňování a nápodobu vzoru. Ve dvou případech byly dále zmíněny arteterapie, hypnoterapie a relaxační techniky. Mezi odpověďmi se také objevovaly následující terapeutické metody a techniky: kresebné techniky, neverbální testy (Raven), scénotest, terapie hrou, řízený rozhovor, metoda Portage, pozitivní systémová psychoterapie, bioenergetická práce s tělem. Jeden psycholog uvedl následující odpověď: „Techniky používané při terapii neurotických poruch řeči, všeobecně se na neurózy vztahující“. V jednom případě byla také zmíněna důležitost motivace a návštěvy ve škole. Nejčastěji se tedy mezi psychology vyskytovaly odpovědi obsahující rodinnou terapii, individuální terapii, kognitivně behaviorální terapii, arteterapii, hypnoterapii a relaxační techniky.

Všichni respondenti z oblasti psychiatrie ve své odpovědi uvedli mimo jiné farmakoterapii, přičemž jeden respondent uvedl v odpovědi jen ji a konkretizovali ji na tyto medikamenty: antidepresiva-anxiolitiky, nízké dávky neuroleptik, nootropika. Dále se ve třech případech objevila odpověď týkající se využívání kognitivně

behaviorální terapie, arteterapie a muzikoterapie, ve dvou případech byla uvedena individuální terapie, skupinová terapie a ergoterapie, a v jednom případě rodinná terapie. Je tedy patrné, že všichni respondenti z oblasti terapie využívají medikamentózní léčbu ve většině případů ve spojení s dalšími druhy terapie (nejčastěji kognitivně behaviorální terapie, arteterapie, muzikoterapie). Zajímavé je, že zatímco u psychologů se objevovala nejčastěji rodinná terapie, u respondentů z psychiatrie se vyskytla jen jednou.

Odpovědi respondentů z oblasti logopedie byly poměrně obsáhlejší, proto uvádíme kompletní odpověď každého logopeda.

Respondent č. 1: „Běžná logopedická praxe, rozvoj slovní zásoby, práce s rodinou, relaxační a stimulační cvičení, cvičení motoriky, výslovnosti, koordinace pohybu, sociální využití řeči, zpětná vazba, pozitivní motivace, strukturované učení, smyslové vnímání.“

Respondent č. 2: „Především ve spolupráci s psychologem. Hlavní je navázání kontaktu. K tomu používáme maňásky, loutky, počítačové programy, malování a neverbální techniky. Dítě do řeči nikdy nenutíme, takže rozvoj narušené komunikační schopnosti redukuje po navázání kontaktu. Každé dítě je individuum. Ze všech mutistických dětí se rozmluvilo každé díky jiným technikám. Ve většině případů pomohlo užití PC programů - například chytré dítě a podobně. Někdy pomohlo promísit prostředí, kde dítě mluví s prostředím, kde nemluví. Například být částečně přítomen při situaci, kdy dítě komunikuje. U jedné klientky pomohlo, když logopedka byla poblíž, když dívka komunikovala s matkou. Matka udávala, že stejně pomohlo, když byla matka přítomna v MŠ, kde do té doby nekomunikovala.“

Respondent č. 3: „Spolumluvení, spoluzpívání, doplňování slov k obrázkům v textu, aktivní a pasivní rytmizace, výměna komunikačních rolí (př. mluví za hračku) aj., využití zvědavosti při činnostech.“

Respondent č. 4: „Běžné standardní postupy pro tuto diagnostiku a využití prvků strukturálního učení.“

Respondent č. 5: „Motivace, prvky herní terapie, muzikoterapie, relaxační techniky, dechová a fonační cvičení apod.“

Respondent č. 6: „Jako komunikačního partnera využívám sourozence, hračky atd., dále komunikace šepem, metoda nenápadné pochvaly, vysvětlení rodičům, jak pracovat s dítětem atd. Je velmi důležitý individuální přístup a to i ve volbě terapie.“

Respondent č. 7: Dodržování speciálněpedagogických a pedagogických zásad obecně, dále k elektivnímu mutismu: nezaměřovat pozornost na řeč, skupinová terapie

s blízkými, kamarády, clona mezi klientem a terapeutem, zástupní maňasci, panenky, ke kterým hovoříme, šeptaná řeč atd.“

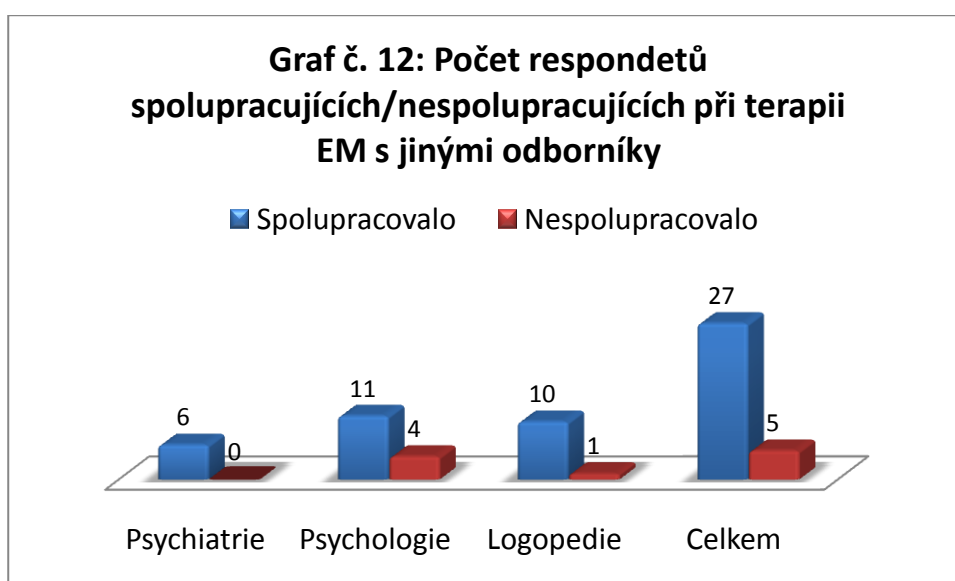
Respondent č. 8: „Nonverbální techniky – manipulace s předměty, šeptaná řeč, situační hry pomocí loutek.“

Respondent č. 9: „Terapie hrou, nonverbální komunikace, relaxační techniky, šeptaná řeč.“

Odborníci z logopedie tedy uvedli velké množství nejrůznějších terapeutických technik, které je třeba volit přímo na míru danému klientovi s elektivním mutismem. Z výše zmíněných odpovědí můžeme všeobecně vyzdvihnout využívání neverbálních technik během terapie, individuální a citlivý přístup, využívání komunikačních partnerů (sourozenci, maňasci, hračky), prvky herní terapie apod.

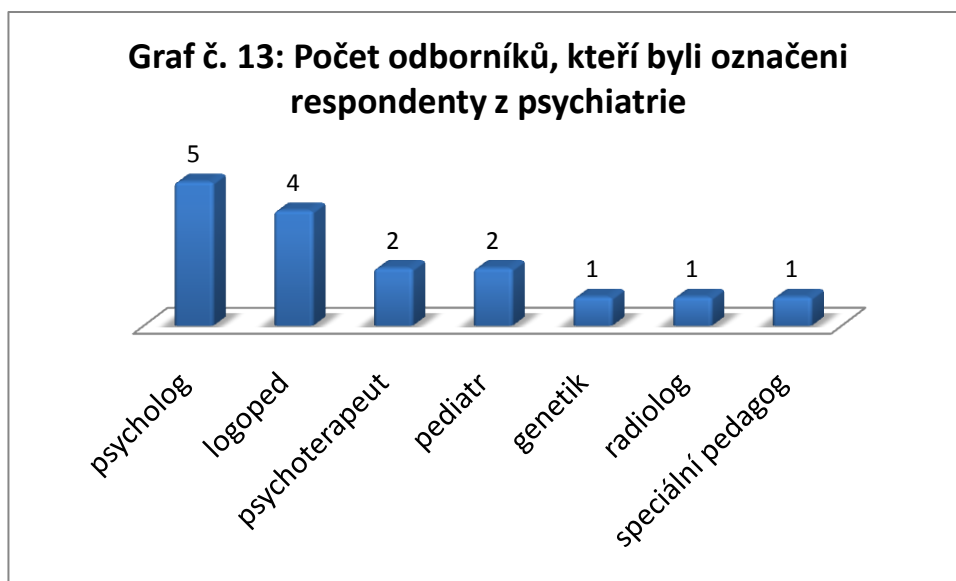
9. Spolupracovali jste při terapii poskytované klientovi s elektivním mutismem s odborníky z jiného oboru?

Z celkového počtu 32 respondentů 27 odpovědělo, že během terapie poskytované klientovi s elektivním mutismem spolupracovalo s odborníky z jiného oboru. V procentuálním vyjádření se jedná o 84,4 % respondentů. V rámci psychiatrie kladně na otázku odpovědělo 100 % respondentů, v logopedii 90,9 %, v psychologii 73,3 % respondentů (viz graf č. 12).

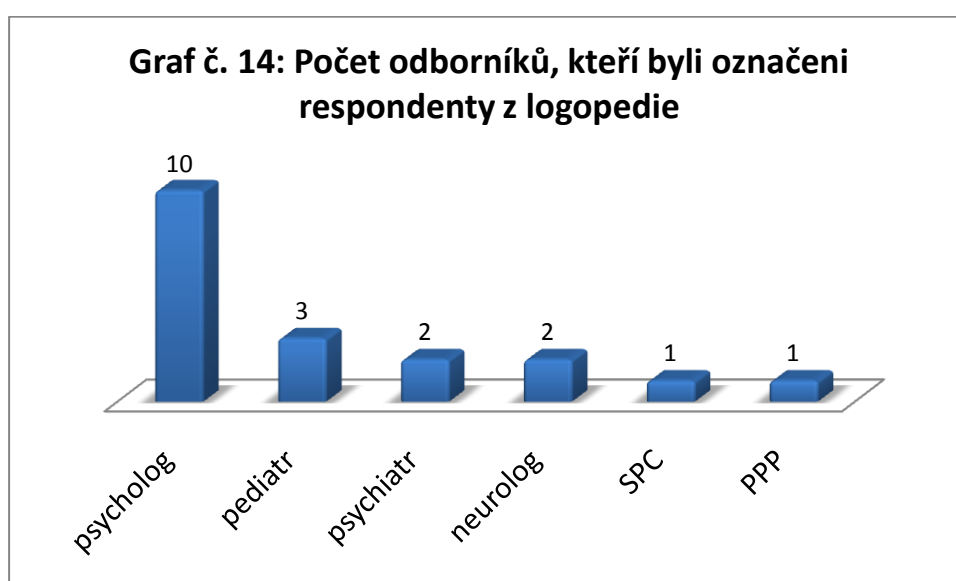


Respondenti, kteří odpověděli na otázku kladně, měli do poznámky dopsat, se kterými odborníky spolupracovali. Někteří respondenti uvedli jednoho spolupracujícího odborníka, někteří např. i tři. Následující grafy tedy znázorňují počet, kolikrát byla daná profese respondenty zmíněna.

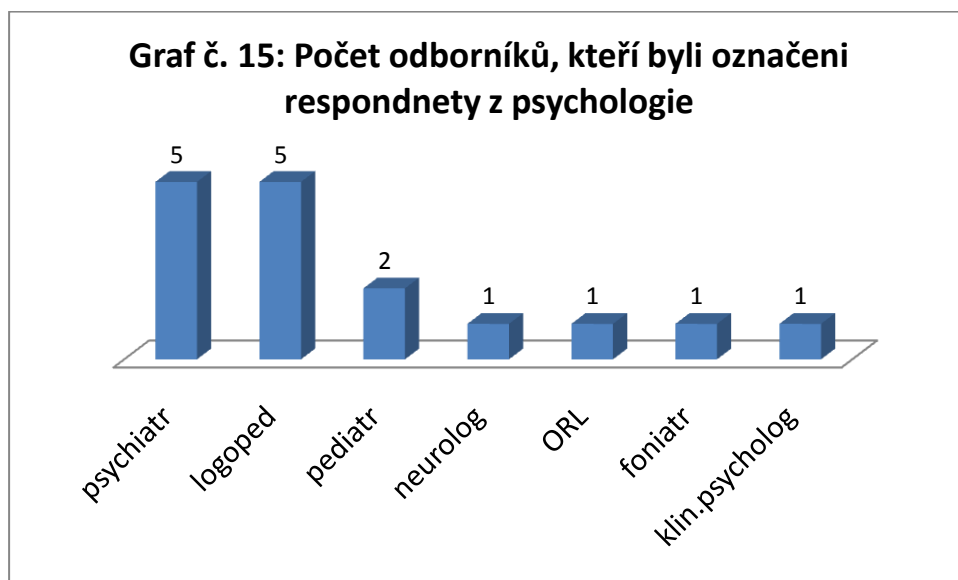
Respondenti z psychiatrie uvedli v 5 případech psychologa, ve 4 logopeda, ve 2 psychoterapeuta, ve 2 pediatra, v 1 genetika, v 1 radiologa a v 1 speciálního pedagoga. Nejčastěji tedy uváděli jako spolupracujícího odborníka psychologa (viz graf č. 13).



Respondenti z logopedie uvedli v 10 případech psychologa, ve 3 pediatra, ve 2 psychiatra, ve 2 neurologa, v 1 SPC a v 1 PPP. Jednoznačně nejčastěji tedy logopedové využívají spolupráci psychologa (viz graf č. 14).



V rámci psychologie se objevila 5krát spolupráce s logopedem, 5krát s psychiatrem, 2krát s pediatrem, 1krát s neurologem, 1krát s otorinolaryngologem, 1krát s foniatrem a 1krát s klinickým psychologem. Respondenti z psychologie tedy nejčastěji spolupracují s psychology a psychiatry, a to ve stejném počtu případů (viz graf č. 15).



Psychiatři a logopedové tedy nejčastěji spolupracovali s psychologem a odborníci z oblasti psychologie spolupracovali ve stejném počtu případů jak s psychiatrem, tak s logopedem. Kromě spolupráce v rámci těchto oborů se nejčastěji vyskytovala spolupráce s pediatrem.

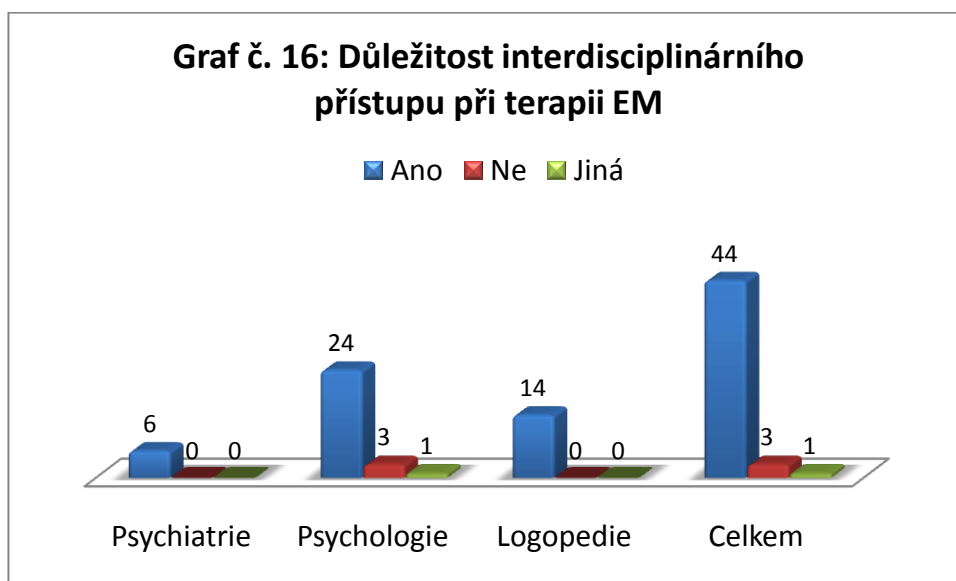
10. Je podle Vašeho názoru v případě terapie poskytované klientům s elektivním mutismem důležitá mezioborová spolupráce?

Na tuto otázku odpovídali všichni respondenti nehledě na to, jestli se s diagnózou EM někdy osobně setkali.

Z grafu č. 16 vyplývá, že všichni respondenti (celkem 100 %) z oblasti psychiatrie i logopedie odpověděli na tuto otázku kladně. V psychologii jednoznačně kladně odpovědělo 85,7 % respondentů. Tři respondenti odpověděli záporně, z toho 2 bez udání důvodů a 1 s vysvětlením. V případě záporných odpovědí bez udání důvodů šlo o respondenta, který nikdy klientovi s elektivním mutismem terapii neposkytoval a v praxi působí 12 let. Druhý respondent poskytoval terapii klientovi s elektivním

mutismem celkem čtyřikrát a v oboru působí 36 let. Respondent, který ke své záporné odpovědi podal vysvětlení, napsal ne v případě, že byla již provedená diagnostika a vyloučeno organické poškození mozku (působí 2 roky v oboru a nesešel se s elektivním mutismem). Jeden respondent na otázku neodpověděl a napsal, že záleží na původu mutismu (terapii poskytoval jednou a má 11 let praxe).

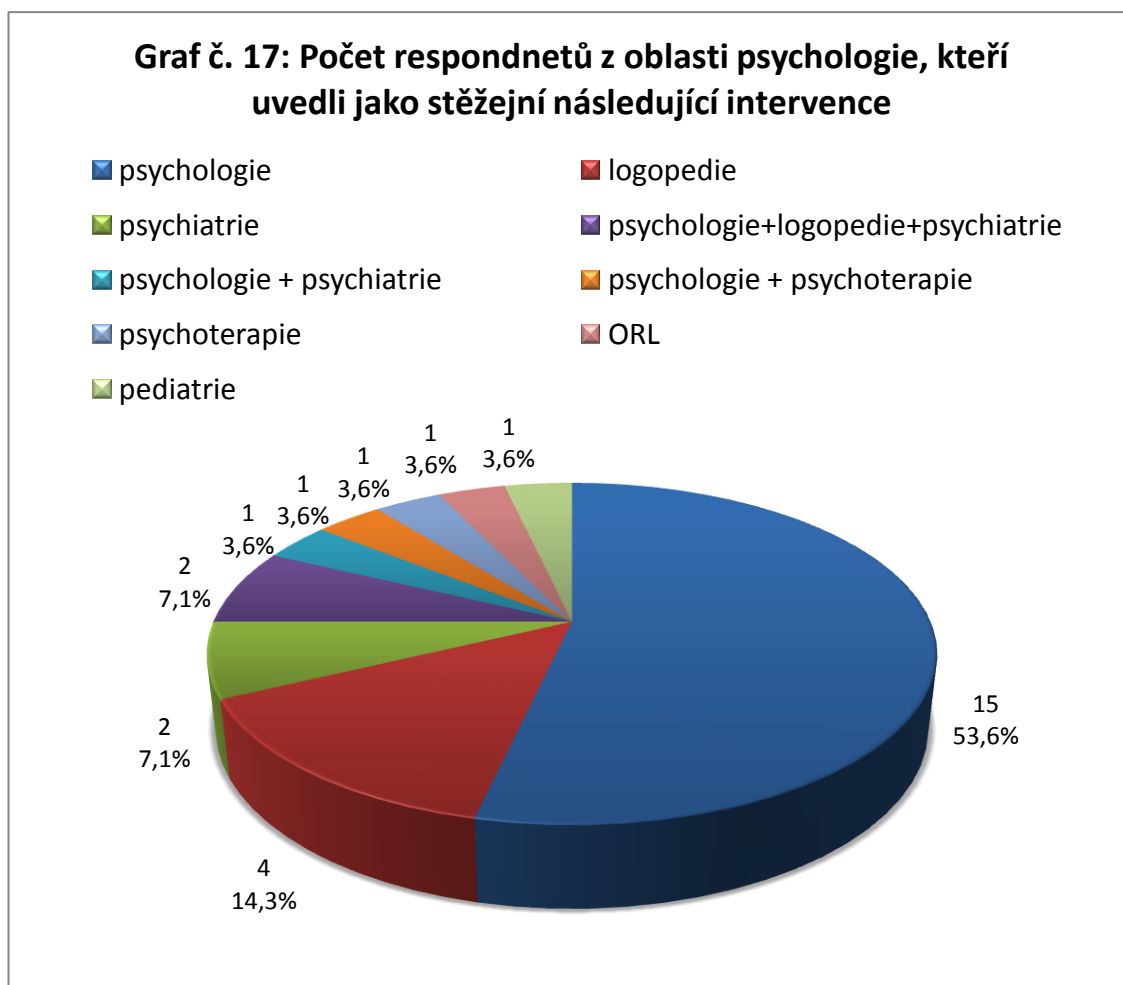
V rámci všech oborů tedy jednoznačně ano odpovědělo celkem 91,7 % respondentů.



11. Kterou odbornou intervencí považujete během terapie poskytované klientovi s elektivním mutismem za stěžejní? Očíslujte podle důležitosti.

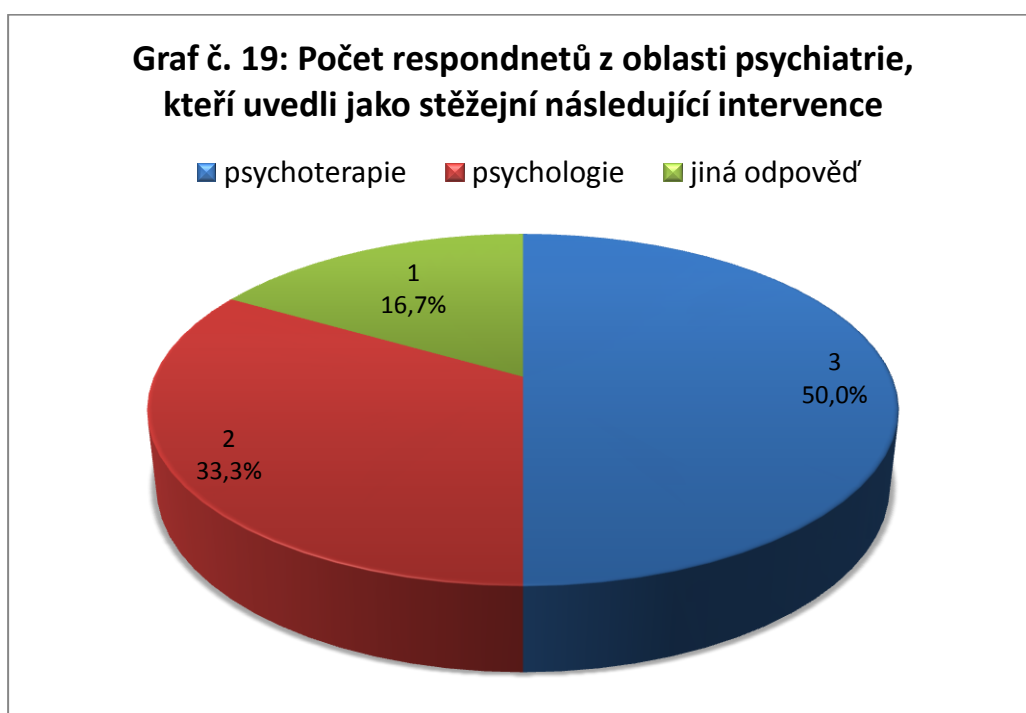
V oblasti psychologie označilo nejvíce respondentů jako stěžejní psychologickou intervenci (celkem 15; 53,6 %), přičemž další 2 respondenti (7,1 %) ji dali na první místo společně s jinými intervencemi (jednou s psychiatrickou a jednou s psychoterapeutickou). Celkem 4 respondenti (14,3 %) označili jako stěžejní intervenci logopedii a 2 (7,1 %) psychiatrii. Jeden respondent doplnil jako stěžejní psychoterapii, jeden otorhinolaryngologii a jeden pediatrii. Celkem 2 respondenti považovali psychologickou, psychiatrickou a logopedickou intervenci za stejně důležitou (viz graf č. 17) a své odpovědi doplnili o tyto komentáře: „těžko stanovit, která intervence je nejdůležitější, považuji jejich význam za rovnocenný, a dle mého je vhodné přístupy propojit.“ Druhý respondent poznamenal: „všechny považuji za stejně důležité, prioritní asi logopedii spojenou s psychoterapií a rodinným poradenstvím“.

Zajímavé je, že dva respondenti napsali jako druhou nejdůležitější intervenci foniatrii. Celkově se na prvním místě nejčastěji objevovala psychologie, na druhém logopedie a na posledním psychiatrie (viz příloha č. 4).



V logopedii 8 ze 14 respondentů (57,1 %) označilo jako stěžejní psychologickou intervenci. Další 3 respondenti ji označili jako primární společně s logopedií a jeden respondent označil všechny druhy intervencí jako stejně důležité. Jeden respondent označil jako stěžejní intervenci logopedickou, přičemž jak již bylo zmíněno, další čtyři respondenti ji dali na první místo společně s psychologií. Jeden respondent označil jako stěžejní psychiatrii (viz graf č. 18). Zajímavostí je, že jeden respondent uvedl na druhé místo pedagogiku a rodinu, a jeden respondent dopsal na čtvrté místo neurologii. Celkově se stejně jako u respondentů z oblasti psychologie na prvním místě nejčastěji objevovala psychologie, na druhém logopedie a na posledním psychiatrie (viz příloha č. 5).

V oblasti psychiatrie ani jeden respondent neoznačil jako stěžejní intervenci psychiatrii a logopedii. Tři z šesti doplnili jako primární psychoterapii, dva označili jako stěžejní psychologii (viz graf č. 19). Na předposledním místě byla logopedie (třikrát byla označena na druhém místě a dvakrát na třetím) a jako poslední psychiatrie (čtyřikrát označena na posledním místě a jednou na druhém). Jeden respondent dal psychiatrii a logopedii na stejnou úroveň po psychologii. Jeden respondent na tuto otázku odpověděl, že nemá smysl, protože se stěžejnost terapie mění případ od případu. Celkově tedy byla v oblasti psychiatrie nejčastěji na prvním místě psychoterapie, na druhém psychologie, na třetím logopedie a na čtvrtém psychiatrie (viz příloha č. 6).



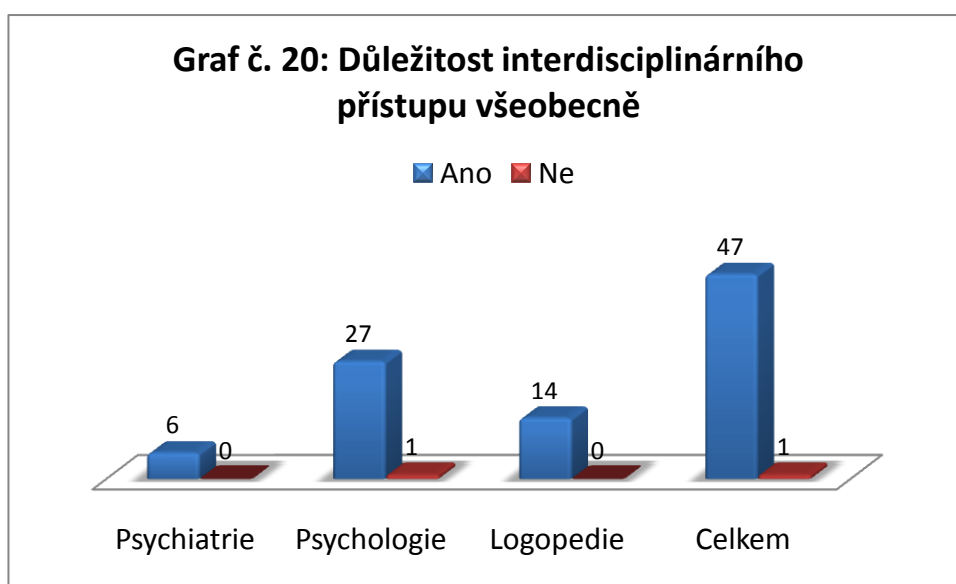
Závěrem tedy můžeme říci, že odborníci z oboru logopedie a psychologie nejčastěji uváděli jako stěžejní intervenci během terapie poskytované klientovi s elektivním mutismem psychologii. Respondenti z psychiatrie nejčastěji označili jako stěžejní psychoterapii.

Z výsledných tabulek uvedených v příloze č. 4, č. 5 a č. 6 můžeme mimo jiné vyvodit, že respondenti z oboru psychologie a logopedie nejčastěji uváděli důležitost jednotlivých intervencí v pořadí psychologie, logopedie a psychiatrie. V oboru psychiatrie respondenti doplňovali nejčastěji na první místo psychoterapii a dále jednotlivé intervence určovali v tomto pořadí: psychologie, logopedie, psychiatrie – čili stejně jako respondenti z oblasti psychologie a logopedie.

12. Je podle Vašeho názoru všeobecně důležitá mezioborová spolupráce a interdisciplinární přístup?

Celkem 100 % respondentů z oblasti logopedie a psychiatrie odpovědělo na tuto otázku kladně. V psychologii jeden respondent odpověděl záporně bez udání důvodů (v oboru působí 12 let). Ostatní psychologové (celkem 27) odpověděli kladně (viz graf č. 20), z toho jeden do poznámky napsal: „Ano, pokud je v zájmu klienta a nejedná se o bezvýsledné „posílání“ klienta od obvodního lékaře k specialistovi, jinému specialistovi, dalšímu specialistovi, pak k psychiatrovi, následně k psychologovi nebo psychoterapeutovi. Ano ve smyslu opravdové spolupráce a celostního pohledu na klienta/pacienta“.

Z celkového počtu respondentů tedy po zaokrouhlení 98 % odpovědělo, že je podle nich všeobecně důležitá mezioborová spolupráce a interdisciplinární přístup. Můžeme tedy konstatovat, že podle odborníků z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie je všeobecně důležitá mezioborová spolupráce a interdisciplinární přístup.



Poznámky respondentů

Respondenti měli možnost do dotazníku dopsat případné poznámky a komentáře. V oblasti psychologie se objevily následující komentáře:

„K vyloučení příčin organických, psychiatrických komplikací, případně sluchových a řečových je třeba spolupráce s odborníky. V mnohých případech jde o komplikované vztahy v raném vývoji dítěte, kdy častá příčina je i ve vztazích rodinných a výchovných, ale mnohdy je to i v dítěti samém, v jeho individuálních zvláště osobnosti, např. neuroticky disponované.“

„Poznámka k otázce č. 11: čísla, která jsem přiřadila, označují spíše než důležitost pořadí intervencí – psycholog ve spolupráci s psychiatrem se podílí na rozkrytí příčin potíží a spolu s logopedem pak mohou na odstranění potíží spolupracovat. Někdy pomůže i medikace dítěte anxiolytiky. Jde-li o mutismus v souvislosti se zvýšenou úzkostností dítěte, jde obvykle o běh na delší trať. Mutismus v souvislosti s traumatem jsem v pedagogicko-psychologickém poradenství dosud „nepotkala“.

„Jak ukazují anamnézy, mají klienti s elektivním mutismem většinou více potíží psychického rázu, elektivní mutismus není jejich jediný problém. Potřebují především dobrého psychoterapeuta s celostním přístupem. Nelze vydělit a řešit pouze samotný elektivní mutismus a ostatních problémů si nevšímat.“

V oblasti psychiatrie nebyly žádné komentáře, v oblasti logopedie respondenti uvedli dva následující komentáře:

„Děti s mutismem jsou vzácné, ale v případě, že takové dítě dostaneme do péče, je potřeba zvýšit pozornost na správný přístup, protože se může výrazně zkrátit doba terapie. Někdy může dítě mutismus poznamenat na dlouhou dobu a to má výrazný vliv na vývoj dítěte a jeho psychiku.“

„S pacienty, kteří mají alespoň na počátku terapie příznaky mutismu, se ve své praxi setkávám často, většinou však rychle odezní a je možné pracovat na další terapii, například dyslalie...“

Z uvedených komentářů respondentů především vyplývá, že elektivní mutismus představuje velmi problematickou diagnózu, na kterou je třeba pohlížet komplexně, protože problém se obvykle vyskytuje ve více oblastech. Důležitá je spolupráce odborníků a zásadní je výběr správného přístupu ke konkrétnímu klientovi s elektivním mutismem, protože nesprávně zvolená terapie by mohla mít na klienta negativní dopad.

2. 5 Diskuze a závěry

Na základě analýzy výsledků šetření byly výzkumné otázky související s hlavním cílem praktické části vyhodnoceny následujícím způsobem:

- Je podle odborníků z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie všeobecně důležitá mezioborová spolupráce?

Celkem 98 % respondentů odpovědělo, že mezioborová spolupráce je všeobecně důležitá. V oblasti psychiatrie a logopedie odpovědělo 100 % respondentů kladně, v oblasti psychologie odpověděl jeden respondent záporně a to bez udání důvodu. Můžeme tedy říct, že podle všech odborníků z logopedie a psychiatrie a většiny odborníků z psychologie je všeobecně důležitá mezioborová spolupráce

- Je podle odborníků z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie důležitá mezioborová spolupráce v souvislosti s terapií elektivního mutismu?

Podle 91,7 % respondentů ze všech oborů je mezioborová spolupráce v souvislosti s terapií elektivního mutismu důležitá. V oblasti psychiatrie i logopedie považuje mezioborovou spolupráci za důležitou 100 % respondentů, v psychologii 85,7 % respondentů. Všeobecně tedy můžeme říct, že podle všech odborníků z oblasti logopedie a psychiatrie je důležitá mezioborová spolupráce v souvislosti s terapií elektivního mutismu. Někteří odborníci z psychologie měli opačný názor, ale přesto většina psychologů považuje mezioborovou spolupráci v souvislosti s terapií elektivního mutismu za důležitou.

Srovnáme-li názory odborníků na důležitost mezioborové spolupráce všeobecně a v souvislosti s elektivním mutismem, vidíme, že interdisciplinární přístup v souvislosti s elektivním mutismem je pro odborníky (konkrétně psychology) méně důležitý. Rozdíl není ovšem natolik velký, abychom mohli vyvozovat jednoznačné závěry.

- Kterou odbornou intervencí považují odborníci z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem za stěžejní?

Nejvíce respondentů z oblasti psychologie a logopedie považuje za stěžejní psychologickou intervencí (v psychologii 53,6 %, v logopedii 57,1 %). V oblasti psychiatrie doplnilo 50 % respondentů jako stěžejní psychoterapeutickou intervencí. Pro porovnání psychologickou intervencí označilo jako stěžejní 33,3 % respondentů

z oblasti psychiatrie. Všeobecně nejčastěji byla jako stěžejní intervence označována psychologie, jako druhá logopedie a jako třetí psychiatrie.

- Spolupracují odborníci z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie v rámci terapie poskytované klientům s elektivním mutismem s odborníky z jiného oboru?

Výsledky šetření ukázaly, že spolupráce odborníků z těchto oborů je na poměrně dobré úrovni, protože celkem 84,4 % respondentů spolupracovalo během terapie poskytované klientovi s elektivním mutismem s jinými odborníky. V oboru psychiatrie spolupracovalo s jinými odborníky 100 % respondentů, v rámci logopedie 90,9 % a v psychologii 73,3 % respondentů. Musíme ale brát v potaz, že každá oblast obsahovala jiný počet respondentů (psychiatrie 6, psychologie 28, logopedie 14). Také je možné, že důvodem menší spolupráce psychologů s jinými odborníky může být to, že většina psychologů (ale i logopedů a velká část psychiatrů) uvádí jako stěžejní psychologickou intervenci a proto nepovažují za nutné spolupracovat s jinými odborníky.

- Se kterými odborníky nejčastěji spolupracují psychologové během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem?

Respondenti z oblasti psychologie nejčastěji uváděli spolupráci s logopedem a psychiatrem. Spolupráce s odborníky z oblasti logopedie se vyskytovala stejně často jako spolupráce s odborníky z psychiatrie (v obou případech 45,5 %).

- Se kterými odborníky nejčastěji spolupracují logopedové během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem?

Odborníci z logopedie nejčastěji spolupracují s psychology, protože všichni respondenti (100 %), kteří odpověděli kladně na otázku, zda během terapie poskytované klientovi s elektivním mutismem spolupracují s odborníky z jiného oboru, zmínili spolupráci s psychologem.

- Se kterými odborníky nejčastěji spolupracují psychiatři během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem?

Odborníci z psychiatrie nejčastěji spolupracují s psychology. V 83,3 % odpovědí byla uvedena spolupráce s psychologem. Nezanedbatelná je však také spolupráce psychiatrů s logopedy, protože spolupráce s logopedy byla zmiňována v 66,7 %.

Výzkumné otázky související s dílčím cílem praktické části byly na základě analýzy výsledků šetření vyhodnotit tímto způsobem:

- Do jaké míry se odborníci z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie v praxi setkávají s klienty s diagnózou elektivního mutismu?

Celkem 66,7 % respondentů ze všech oblastí se během své praxe setkala s klientem s přidělenou diagnózou elektivního mutismu. V oboru psychologie se v rámci své praxe setkala s klientem s elektivním mutismem 53,6 % respondentů, v oboru logopedie 78,6 % respondentů a v oblasti psychiatrie 100 % respondentů. S elektivním mutismem se tedy nejčastěji setkali psychiatři, méně často logopedi a nejméně psychologové. V každém oboru máme však jiný počet respondentů, tudíž nelze toto zjištění považovat za objektivní. Zajímavé ovšem je, že ačkoliv bylo respondentů v oblasti psychiatrie nejméně, s elektivním mutismem se setkali všichni, a na druhou stranu v oboru psychologie, který zastupovalo nejvíce respondentů, se s klienty s elektivním mutismem setkala jen přibližně polovina respondentů.

- Jaký je výskyt elektivního mutismu v závislosti na pohlaví?

V oblasti psychologie a logopedie uvedli respondenti více klientů s elektivním mutismem mužského pohlaví. Respondenti z psychologie uvedli celkem 53,6 % chlapců s elektivním mutismem, respondenti z logopedie celkem 51,7 %. Hodnoty mírně přesahují polovinu, ale viditelně se blíží spíše k 50 %. V psychiatrii převažuje ženské pohlaví (celkem 65,8 %), ovšem opět jsou hodnoty dosti ovlivněné odpovědí respondenta, který uvedl 100 případů klientů s elektivním mutismem, z toho 70 dívek a 30 chlapců. V rámci všech oborů jsou hodnoty následující: 128 chlapců a 169 dívek, procentuálně 43,1 % a 56,9 %, čili je zde patrná mírná převaha dívek.

Porovnáme-li výsledky s informacemi, které byly uvedeny v teoretické části bakalářské práce, zjistíme, že většina autorů udává mírnou převahu dívek nebo stejný výskyt v rámci pohlaví. V rámci našeho šetření byla zjištěna mírná převaha dívek.

- Jaký je výskyt elektivního mutismu v závislosti na věku?

V rámci všech oborů bylo 54,2 % klientů s elektivním mutismem v předškolním věku a 43,7 % v mladším školním věku. Jeden respondent uvedl klienta v středoškolním věku (2,1 %). Nejčastěji se tedy elektivní mutismus vyskytuje u dětí předškolního a mladšího školního věku, přičemž předškolní věk mírně převažuje.

Pokud bychom opět výsledky komparovali s odbornou literaturou, mohli bychom konstatovat, že výsledky se shodují. MKN-10 kategorizuje elektivní mutismus mezi poruchy v dětství a adolescenci, přičemž většina autorů se shoduje, že nejčastěji se porucha vyskytuje v předškolním a mladším školním věku.

- Jaké terapeutické metody využívají odborníci z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie při terapii poskytované klientovi s elektivním mutismem.

V oblasti psychologie byly nejčastěji zmiňovány tyto formy terapie: rodinná terapie, individuální terapie, kognitivně behaviorální terapie, arteterapie, hypnoterapie, relaxační techniky. V psychiatrii byla nejčastěji udávána farmakoterapie v kombinaci s dalšími druhy terapií (nejčastěji kognitivně behaviorální terapie, arteterapie, muzikoterapie, individuální terapie, skupinová terapie, ergoterapie). V logopedii respondenti uváděli velké množství různorodých odpovědí, z nichž můžeme vyjmenovat relaxační a stimulační cvičení, neverbální techniky, prvky herní terapie, prvky muzikoterapie, práce s alternativním komunikačním partnerem (hračky), technika šeptané řeči, spoluhlvení, spoluzpívání, využití PC programů.

V porovnání s odbornou literaturou oblast psychologie nejčastěji uvádí využití individuální psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie a rodinné terapie. Všechny tyto metody uváděli i respondenti. V oblasti psychiatrie se obvykle využívá farmakoterapie v kombinaci s dalšími formami psychoterapie – terapie hrou, individuální, skupinová, rodinná terapie, behaviorální terapie, arteterapie, ergoterapie aj. Kromě terapie hrou respondenti z psychiatrie všechny tyto formy terapie zmiňovali. V logopedické literatuře je kladen důraz především na využívání hry během terapie, relaxační techniky, využívání neverbální komunikace, což většina respondentů ve svých odpovědích popsala a mnohdy uvedla mnoho další velmi zajímavých metod.

Z výsledků výzkumného šetření nám tedy vyplynuly tyto závěry:

Všichni odborníci z oblasti logopedie a psychiatrie považují interdisciplinární přístup za důležitý jak všeobecně, tak v souvislosti s terapií elektivního mutismu. Podle většiny odborníků oblasti psychologie je důležitá mezioborová spolupráce všeobecně, v menší míře v souvislosti s terapií elektivního mutismu.

Psychiatři a logopedové během terapie poskytované klientovi s elektivním mutismem nejčastěji spolupracují s psychology. Odborníci z oblasti psychologie nejčastěji spolupracují ve stejné míře s psychiatry a logopedy.

Podle odborníků z psychologie a logopedie je během terapie poskytované klientovi s elektivním mutismem stěžejní psychologická intervence. Odborníci z psychiatrie nejčastěji uváděli jako stěžejní psychoterapeutickou intervenci.

Závěrem zde předkládáme několik postřehů, které vznikly na základě podrobnější analýzy výsledků a propojení několika zjištění:

I když většina respondentů označila jako stěžejní psychologickou intervenci a odborníci z logopedie a psychiatrie nejčastěji uváděli v rámci terapie elektivního mutismu spolupráci s psychologem, respondenti z oblasti psychologie, kterých se šetření zúčastnilo nejvíce, se s diagnózou elektivního mutismu setkávali nejméně. Důvodem ovšem může být poměrně velké procento respondentů, kteří se v praxi pohybují poměrně krátce. Celkem 67,9 % respondentů totiž uvedlo délku praxe v rozmezí od jednoho roku do 10 let.

I přes nízký počet respondentů (celkem 6), oblast psychiatrie vykazuje nejvíce klientů s EM (155), ačkoliv je všemi třemi obory nejméně často označována jako stěžejní terapie. Zde je ovšem třeba zmínit odpověď jednoho respondenta, který uvedl, že se v praxi setkal se 100 klienty s elektivním mutismem, což celkový průměr velmi navýšilo.

Domníváme se, že důvodem toho, že interdisciplinární přístup v souvislosti s terapií elektivního mutismu je pro respondenty z psychologie méně důležitý než pro respondenty z logopedie a psychiatrie, může být fakt, že mnozí psychologové uvádějí psychologickou intervenci za stěžejní a tudíž nepovažují za nutné spolupracovat během terapie elektivního mutismu s jinými odborníky.

Závěr

Cílem bakalářské práce s názvem Problematika interdisciplinárního přístupu v souvislosti s terapií elektivního mutismu bylo poukázat na důležitost mezioborové spolupráce během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem a zjistit, do jaké míry odborníci z oboru psychologie, psychiatrie a logopedie v souvislosti s terapií elektivního mutismu vzájemně spolupracují.

V teoretické části se poměrně podrobně zabýváme elektivním mutismem a rozebíráme jej z nejrůznějších úhlů pohledu. Naším cílem bylo sesbírat co největší množství odborné literatury z oblasti logopedie, psychologie a psychiatrie a komparovat názory odborníků z jednotlivých vědních disciplín. Přitom jsme se snažili čerpat i ze zahraničních zdrojů, kde je problematika elektivního mutismu zpracována na velmi dobré úrovni. Získané informace jsme porovnávali s odbornou literaturou dostupnou v České republice. Součástí teoretické části jsou také kapitoly Interdisciplinární přístup a Terapie, ve kterých oba fenomény rozebíráme jak z obecného pohledu, tak v souvislosti s elektivním mutismem.

V praktické části bakalářské práce jsme se snažili pomocí dotazníkového šetření zjistit, jaký mají odborníci z oblasti psychologie, psychiatrie a logopedie názor na interdisciplinární přístup a zda vzájemně spolupracují během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem. Z výsledků výzkumného šetření nám vyplynulo, že na území České republiky funguje poměrně dobrá spolupráce mezi odborníky z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie v souvislosti s terapií elektivního mutismu. Většina odborníků považuje interdisciplinární přístup a mezioborovou spolupráci jak všeobecně, tak v souvislosti s terapií elektivního mutismu za důležitou a během terapie poskytované klientům s elektivním mutismem spolupracují s odborníky z jiných vědních disciplín, což hodnotíme jako pozitivní.

Doufáme, že tato práce přinesla komplexní náhled na diagnózu elektivního mutismu a zdůraznila moderní pojetí této problematiky, k němuž neodmyslitelně patří právě interdisciplinární přístup. Elektivní mutismus představuje velmi složitou poruchu, která zasahuje do několika oblastí, a proto může být terapie mnohem efektivnější, pokud bude vhodně fungovat mezioborová spolupráce.

Seznam použité literatury

- BOUČEK, J. a kol. *Speciální psychiatrie*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1354-X.
- ČÁPOVÁ, E. Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. In HERBERT, H. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2000. s. 303-304. ISBN 80-7184-873-5.
- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-89-247-1620-6.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník : terminologický a výkladový*. 2.vyd. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.
- FISCHER, J. a kol. *Dětská psychiatrie pro pediatry: vybrané kapitoly*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1980.
- GAVORA, P. *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno : Paido, 1996. ISBN 80-85931-15-X.
- HARTMANN, B., LANGE, M. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-021-8.
- HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany : H&H, 1996. ISBN 80-85-78796-2.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANOŠOVÁ, P. *Dívčí a chlapecká identita-vývoj a úskalí*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2284-9.
- JELENOVÁ, I. Mluvní negativismus. In Kol. aut. *K logopedické teorii a praxi*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1977. s. 61-65.
- KANTOR, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J. a kol. *Terapie v logopedii*. Brno : Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.
- KUČERA, O. Elektivní mutismus u dětí. In KOL.AUT. *Československá logopedie*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1956. s. 145-154.

- KULKA, J. Canisterapie u klienta s elektivním mutismem – kazuistika. In KOL.AUT. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007. s. 169-172. ISBN 978-80-7322-109-6.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence : průvodce vývojem dětské řeči*. 3. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-667-5.
- LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin : Osveta, 2002. ISBN 80-8063-100-X.
- LECHTA. *Logopedické repetitorium*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladatelství, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V. Metody logopedické intervence. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Martin : Osveta, 2002. ISBN 80-8063-092-5.
- LECHTA, V. Základné poznatky o logopedii. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2009. s.15-30. ISBN 978-80-223-2574-5.
- MALÁ, E. Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (F94). In KOL.AUT. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2008.s. 323-324. ISBN 978-80-7367-404-5.
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. Praha : Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.
- MKN – 10. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování. 3. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
- MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- NEUBAUER, K. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 2.vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-093-6.
- PEČEŇÁK, J. Diagnostika mutismu. In LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušení komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2003. s. 251-261. ISBN 80-7178-801-5.
- PAVLOVÁ-ZAHÁLKOVÁ, A. a kol. *Prevence poruch řeči*. 2. vyd. Praha : SPN, 1980.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. Dotisk 2.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2008. ISBN 80-244-1233-0.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3.vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha : SPN, 1978.

- SOVÁK, M. a kol. *Logopedie*. 2.vyd. Praha : SPN, 1972.
- SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. 3.vyd. Praha : SPN, 1984.
- SYNEK, F. *Záhady levorukosti : asymetrie u člověka*. Praha : Horizont, 1991. ISBN 80-7012-054-1.
- TICHÁ, E. Mutismus. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopedie*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2009. s. 273-289. ISBN 978-80-223-2574-5.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠKODOVÁ, E. Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus. In ŠKODOVÁ, E. a kol. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2003. s. 203-209. ISBN 80-7178-546-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0841-3.
- VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
- VOKURKA, M. *Velký lékařský slovník*. 5.vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.

Elektronické zdroje

CUNNINGHAM, C. E., MCHOLM, A. E., BOYLE, M. H. 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* [online]. Vol 15(5), Aug, 2006. pp. 245-255 [cit. 2011-03-03]. Dostupný z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=21&sid=1707a1be27a6-4e68-88a7b59e19d9dc2a%40sessionmgr13&vid=2&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=psyh&AN=2006-11199-001>.

HADLEY, N. *Elective Mutism: A Handbook for Educators, Counsellors and Health Care Professionals* [online]. Berlin : Springer, 1993 [cit. 2011-02-09]. Dostupný z WWW: <http://books.google.co.uk/books?id=66k5R0C9gXoC&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>.

HARRIS, H. F. Elective Mutism: A Tutorial. *Language, Speech & Hearing Services in Schools* [online]. Jan 1996, Vol. 27 Issue 1, p10, 6p, 1 Chart [cit. 2011-02-09]. Dostupný z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=966cb8f4-1600-4eae-a5cda0f5fe2a2856%40sessionmgr113&vid=2&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=9602021657>.

JAINER, A.K. a kol. Elective mutism: A case study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* [online]. Mar2002, Vol. 6 Issue 1, p49-51, 3p; DOI: 10.1080/136515002753489425. [cit. 2011-03-03]. Dostupný z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=21&sid=c6cea3fb-3978-44ff-bbdd-ef3e7244fa3a%40sessionmgr14&vid=2&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=6279964>.

KOL.AUT. Language and Academic Abilities in Children with Selective Mutism. *Infant & Child Development* [online]. May/Jun2009, Vol. 18 Issue 3, p271-290, 20p, 3 Charts, 2 Graphs; DOI: 10.1002/icd.624. [cit. 2011-02-14]. Dostupný z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=110&sid=2393d3c7-f46a-49cf-abaa8da5343fe1be%40sessionmgr115&vid=2&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=40631856>.

KRAHULCOVÁ, B. Interdisciplinární přístupy, kooperace a poradenství. *Qualification of educational staff working with hearing-impaired children (QESWHIC)* [online]. 2004. [cit. 2011-03-07]. Dostupný z WWW: www.qeswhic.eu/downloads/letter10cz.pdf.

OMDAL, H., GALLOWAY, D. Could Selective Mutism be Re-conceptualised as a Specific Phobia of Expressive Speech? An Exploratory Post-hoc Study. *Child and Adolescent Mental Health* [online]. Vol 13(2), May, 2008. pp. 74-81 [cit. 2011-03-03]. Dostupný z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=21&sid=1c8ec0f0-678d-40ad-83fb-d9cfb5a8a7e9%40sessionmgr11&vid=2&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=psyh&AN=2008-04511-003>.

REMSCHMIDT, H. et al. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* [online]. 2001, Vol. 251, Issue 6, p284, 13p, 8 Charts. [cit. 2010-11-05]. Dostupný z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=b6f80dd5-9f61-4b15-b497a2039cd2d10c%40sessionmgr112&vid=2&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=psyh&AN=2002-10623-007>.

SHARKEY, L., MCNICHOLAS, F. More than 100 years of silence, elective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. Aug 2008, Vol. 17, Issue 5, p255-263, 9p; DOI: 10.1007/s00787-007-0658-4 [cit. 2010-11-05]. Dostupný z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=61c34048-ee42-4cf5-9493-bb38fea2af1a%40sessionmgr114&vid=2&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=33937028>.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Kazuistika klientky s diagnózou elektivního mutismu

Základní informace

- Pohlaví: žena
- Věk: 6 let a 5 měsíců
- Diagnostika: Elektivní mutismus
- Klientka je od 8. 2. 2010 v péči logopedické kliniky, kam se dostala na základě doporučení pediatra z následujících důvodů:
Potíže v adaptaci na nové prostředí a neznámé osoby, výraznější projevy až po nástupu do MŠ, kam dívka dochází od 4 let. V MŠ verbálně nekomunikuje, ani s dětmi, ani s paní učitelkou.

Rodinná anamnéza

- Matka v dětství introvertní, v dětství podobné potíže jako její dcera, které ustoupily s nástupem do 1. třídy ZŠ. Matka přiznává, že se k verbálnímu projevu musela vždy volně přinutit. Necítila potřebu verbálně komunikovat. Matka nyní pracuje jako tlumočnice, překladatelka.
- Otec je technolog.
- Dívka nemá sourozence, je z neúplné rodiny.
- Před tři čtvrtě rokem se matka rozešla s otcem dcery, který se od rodiny odstěhoval. Partneři se snažili vztah zachránit, docházeli na terapie, ale dle slov matky bez efektu. Dcera žije s matkou, otec se po rozchodu dceři více věnuje, vymýšlí společný program. Od odchodu otce z domu se i snad zlepšily verbální projevy dívenky.
- Ekonomická situace rodiny je dobrá.
- Matka neguje závažnější onemocnění v širší rodině.

Osobní anamnéza

- Dítě z 1. těhotenství, průběh těhotenství bez komplikací, porod spontánní, bez komplikací.
- Psychomotorický vývoj: v normě, chodit začala kolem 1. roku.

- Vývoj řeči: dle slov matky začala dívka mluvit ve stejném věku jako ostatní děti, kdy přesněji si už nevybavuje, ale už tehdy se verbálně projevovala pouze v kontaktu s určitými lidmi. Udržovala si odstup od lidí.
- Identifikovatelná psychotraumatizující okolnost související se vznikem projevů zatím není známa.
- MŠ navštěvuje od 4 let, mezi děti se dívka zapojila, ale nekomunikuje s nimi verbálně. V MŠ hraje divadlo, dívka zná všechny role nazpaměť, ale předřikává je pouze doma matce.
- Nyní se dívka připravuje na vstup do ZŠ do třídy s výukou Montessori, tam už dívka chodí rok na zvykání. Dle slov matky byl navázán vztah mezi její dcerou a novou paní učitelkou.
- Lateralita: levák.
- Artikulace: nevyvozeny vibranty R a Ř.
- Kresba: odpovídá věku, kompozice v normě.
- Dívka je rovněž v psychologické péči.
- DG: elektivní mutismus.
- Přidružené poruchy:
 - Mentální retardace - ne
 - Rizikové faktory povzbuzující podezření na organické poškození CNS – ne
 - Poruchy řeči – dyslalie (nevyvozeny vibranty R a Ř)

Terapie

- Zpočátku snaha o navázání neverbálního kontaktu s dívkou (navázání zrakového kontaktu, dorozumění pomocí gest, mimiky,...).
- Vytvoření přátelské a bezpečné atmosféry během terapie podbarvené hudbou.
- Při terapii výběr činností, které má dívka ráda, a u kterých není potřeba mluvit (např. malování, skládání puzzle a skládanek, hraní pexesa,...).
- Během terapie využívány pohybové hry k uvolnění celého těla.
- Hra s mluvidly (obtisky rtů na papír, oromotorika, foukání do bublifuku, brčkem do vody)
- Využití PC programů: Speech Viwer, Speech Therapy, Chytré dítě
- Hry s maňásky, loutky
- Skupinová terapie (v kolektivu dětí podobného věku)

Prognóza

- Dobrá, dívka dělá stále pokroky.
- Na prvních terapiích, celková strnulost těla, dívka se téměř nedokázala pohnout, vzít tužku do ruky, skládat puzzle apod. Její ruka musela být vedena logopedem. Dívka se vyhýbala zrakovému kontaktu, zcela bez verbálních projevů.
- Postupně strnulost těla ustupovala (pomáhaly pohybové hry), dívka začala komunikovat nonverbálně (kývnutí hlavou při souhlasu, pousmání se), ale zrakový kontakt udržovala velice zřídka (využívána např. hra „Kdo dřív mrkne?“).
- Na dalších terapiích začala dívka komunikovat i verbálně, jakoby mimochodem při činnosti, kterou spontánně komentovala.
- Nyní je ve fázi, kdy dokáže vědomě odpovídat na otázky. Sice jednoslovně či v krátkých větách, ale je to velký pokrok.
- Matka pozoruje zlepšení verbálního projevu i doma, dívka je schopná si po určité době začít hrát i povídat s dětmi kamarádky její matky. Toho dřív schopná nebyla. Nyní poprvé mluvila s babičkou po telefonu. V MŠ při nácviu besídky dokázala říct část textu.
- Snahou je rozšiřovat okruh lidí, kterým dívka důvěřuje a se kterými je dívka schopna verbálně komunikovat.

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. Nevystihuje-li kódování projevy nebo je-li ho třeba doplnit, specifikujte.

Verbální komunikace – kódování:

VK 0 – beze změny předchozí úrovně

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

VK 2 – úplně 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 domácnosti, 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 č. 3: Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku oboru Speciální pedagogika – komunikační techniky na Univerzitě Palackého v Olomouci a v současné době zpracovávám svou bakalářskou práci na téma *Problematika interdisciplinárního přístupu v souvislosti s terapií elektivního mutismu*. Součástí mé bakalářské práce je šetření zaměřené na získání dat týkajících se četnosti výskytu diagnózy elektivního mutismu a mezioborové spolupráce v souvislosti s touto problematikou. Proto bych Vás tímto chtěla požádat o spolupráci a zodpovězení následujících otázek. Výsledky šetření budou použity jen pro potřeby mé bakalářské práce.

Dotazník obsahuje 12 otázek. V případě uzavřených otázek vybranou odpověď označte tučně, v případě otevřených otázek dopište odpověď vlastními slovy.

Děkuji, se srdečným pozdravem Jana Šimková

1. Ve kterém vědním oboru pracujete?

- a) Logopedie
- b) Psychologie
- c) Psychiatrie

2. Kolik let působíte ve svém oboru?

Doplňte číselnou hodnotu:

3. Setkali jste se během vaší praxe s klientem/klienty s přidělenou diagnózou elektivní mutismus (také jako selektivní mutismus)?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste na tuto otázku odpověděl/a ne, přejděte, prosím, k otázce č. 10.

4. S kolika případy klientů s elektivním mutismem jste se osobně setkali?

Doplňte číselnou hodnotu (případně odhadněte):

5. Jaké bylo pohlaví těchto klientů?

Počet klientů ženského pohlaví:

Počet klientů mužského pohlaví:

6. Určete věkovou kategorii klientů s elektivním mutismem, se kterou jste se setkali (můžete označit i více možností):

- a) Předškolní věk
- b) Mladší školní věk
- c) Jiná (doplňte):

7. Poskytujete v současné době terapii nějakému klientovi s elektivním mutismem?
a) Ano
b) Ne

8. Jaké terapeutické techniky jste při terapii poskytované klientovi s elektivním mutismem využívali?
Napište svými slovy:

.....
.....
.....

9. Spolupracovali jste při terapii poskytované klientovi s elektivním mutismem s odborníky z jiného oboru?
a) Ano (Doplňte z kterého:)
b) Ne

10. Je podle Vašeho názoru v případě terapie poskytované klientům s elektivním mutismem důležitá mezioborová spolupráce?
a) Ano
b) Ne
c) Nevím

11. Kterou odbornou intervenci považujete během terapie poskytované klientovi s elektivním mutismem za stěžejní? Očíslujte podle důležitosti (1=nejdůležitější, 2=méně důležitá, atd.)
a) Psychologickou
b) Psychiatrickou
c) Logopedickou
d) Jiná (doplňte):

12. Je podle Vašeho názoru všeobecně důležitá mezioborová spolupráce a interdisciplinární přístup?
a) Ano
b) Ne
c) Nevím

Zde napište Vaše případné poznámky a komentáře:

.....
.....
.....

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas věnovaný vyplňování dotazníku!

Příloha č. 4: Tabulka vyjadřující stěžejnost jednotlivých intervencí během terapie poskytované klientovi s EM podle respondentů z oblasti psychologie.

Psychologie	Psychiatrie	Logopedie	Jiné
1	3	3	
1	3	2	
1	3	3	1 Psychoterapie
1	3	2	
1	2	2	
1	2	3	
3	1	2	
2	3	1	
1	3	2	
1	3	4	2 Foniatrie
1	2	3	
2	4	3	1 ORL
1	3	2	
2	3	1	2 Foniatrie
1	2	3	
1	3	2	
2	1	3	
1	3	2	
1	2	3	
1	3	3	
2	4	3	1 Pediatrie
3	3	3	1 Psychoaterapie
1	1	1	Význam je rovnocenný
1	2	3	
2	3	1	
1	1	3	
2	3	1	
-	-	-	Význam je rovnocenný

Příloha č. 5: Tabulka vyjadřující stěžejnost jednotlivých intervencí během terapie poskytované klientovi s EM podle respondentů z oblasti logopedie.

Psychologie	Psychiatrie	Logopedie	Jiné
1	2	3	
1	3	2	
1	2	2	
1	3	2	
1	3	2	
1	2	3	
1	3	1	2 pedagogika 2 rodina
2	1	3	4 neurologie
1	3	2	
1	3	1	
1	3	1	
1	1	1	
2	3	1	
1	3	2	

Příloha č. 6: Tabulka vyjadřující stěžejnost jednotlivých intervencí během terapie poskytované klientovi s EM podle respondentů z oblasti psychiatrie.

Psychologie	Psychiatrie	Logopedie	Jiné
3	4	2	1 psychoterapeutická
1	2	2	
2	4	3	1 psychoterapeutická
2	4	3	1 psychoaterapeutická
1	3	2	
-	-	-	Tato otázka postrádá smysl

Anotace práce

Jméno: Jana Šimková

Katedra: Ústav speciálněpedagogických studií

Vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph. D.

Rok obhajoby: 2011

Název práce: Problematika interdisciplinárního přístupu v souvislosti s terapií elektivního mutismu

Název v angličtině: Issues of the interdisciplinary approach in connection with the elective mutism therapy

Anotace práce: Bakalářská práce se zabývá problematikou interdisciplinárního přístupu v souvislosti s terapií poskytovanou klientům s elektivním mutismem. V teoretické části se podrobně věnujeme problematice elektivního mutismu a porovnáváme názory odborníků z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie. Dále se zabýváme terapií, kterou pojmáme jak obecně, tak v souvislosti s elektivním mutismem a stejným způsobem rozebíráme i problematiku interdisciplinárního přístupu. V praktické části se zabýváme názory odborníků z oblasti psychologie, logopedie a psychiatrie na důležitost interdisciplinárního přístupu v souvislosti s terapií elektivního mutismu a zjišťujeme, zda funguje mezi jmenovanými odborníky mezioborová spolupráce.

Klíčová slova: elektivní mutismus, klasifikace, prevalence, etiologie, symptomatologie, diagnostika, prevence, prognóza, terapie, interdisciplinární přístup, logopedie, psychologie, psychiatrie

Anotace v angličtině: This Bachelor thesis deals with the interdisciplinary approach in the context of the therapy provided to clients with elective mutism. The theoretical part focuses on the issue of elective mutism and compares the views of experts in the field of psychology, psychiatry and speech and language therapy. It also deals with the therapy, which is interpreted both generally and in relation to selective mutism and in the same way the issues of the interdisciplinary approach is discussed. The practical part concentrates on the views of experts in the field of psychology, psychiatry and speech and language therapy on the importance of the interdisciplinary approach in the context of the elective mutism therapy and finds out whether it works among the experts appointed by the interdisciplinary cooperation.

Přílohy vázané v práci: kazuistika, záznamový arch, dotazník, tabulky

Klíčová slova v angličtině: mutism, classification, prevalence, etiology, symptoms, diagnosis, prevention, prognosis, therapy, interdisciplinary approach, speech and language therapy, psychology, psychiatry

Rozsah práce: 70 stran

Jazyk práce: česky