

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM
2018–2021**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Petra Brychtová

**Selektivní mutismus a syndrom CAN
u dětí předškolního věku v Praze**

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce:
PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

**BACHELOR FULL-TIME STUDIES
2018–2021**

BACHELOR THESIS

Petra Brychtová

**Selective Mutism and CAN Syndrome
in Preschool Children in Prague**

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 19.02.2021

.....
Petra Brychtová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce PaedDr. Jarmile Klugerové, Ph.D. za odborné vedení a pomoc při zpracovávání této práce a PhDr. Vere Nemesh za podporu a cenné rady při psaní této práce.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na současně společensky významné, a ještě stále tabuizované téma jako je syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, zkráceně syndrom CAN. Řada dětí také trpí narušenou komunikační schopností, konkrétně mutismem, která jim brání v běžném životě. V teoretické části představuji základní charakteristiku syndromu CAN, jeho formy, diagnostiku a možnosti následné terapie. V kontextu s tím uvádím obecné informace o problematice selektivního mutismu u dětí, konkrétně v předškolním věku. Ve své práci dávám do souvislosti selektivní mutismus, ke kterému dochází v důsledku určité formy týrání dítěte. V praktické části uvádím dvě případové studie, ve kterých týrané a zanedbávané dítě dospěje do stádia, kdy mu psychická zátěž neumožní verbálně komunikovat. Obě případové studie mapují prožitá traumata a popisují terapeutickou intervenci logopedickou i psychologickou.

Klíčová slova

Děti, diagnostika selektivního mutismu, diagnostika syndromu CAN, selektivní mutismus, logopedická intervence, narušená komunikační schopnost, syndrom CAN, terapeutická intervence.

Annotation

The bachelor's thesis focuses on a present, socially significant, and yet still a tabooed topic of child abuse and neglect syndrome (CAN). Many victims also subsequently suffer from impaired communication skills, mutism specifically, which in turn limit their abilities in daily life. The theoretical part introduces basic characteristics of CAN syndrome, its forms, diagnostics, and options for subsequent therapy. Additionally, I present the general information on the problem of selective mutism in children, specifically of pre-school age. In my thesis, I put in context selective mutism occurring as a result of child abuse. In the practical part, I present two case studies in which abused and neglected children reach a point where the psychological load prohibits verbal communication. Both case studies map the trauma and describe the therapeutic intervention, logopedic and psychological.

Keywords

Children, diagnostics of selective mutism, diagnostics of CAN syndrome, selective mutism, speech therapy intervention, impaired communication ability, CAN syndrome, therapeutic intervention.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VYMEZENÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	10
2 PROBLEMATIKA SELEKTIVNÍHO MUTISMU	12
2.1 Etiologie	14
2.2 Diagnostika.....	15
2.3 Terapie.....	16
3 SYNDROM CAN	20
3.1 Formy syndromu CAN.....	22
3.2 Rodinné prostředí	26
3.2.1 Rodiny tělesně týraných	26
3.2.2 Rodiny sexuálně zneužívaných	27
3.2.3 Rodiny zanedbávaných.....	29
3.3 Diagnostika.....	29
3.4 Intervence	31
PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
5 METODIKA VÝZKUMU	34
5.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	34
5.2 Výzkumné šetření.....	35
5.2.1 Kazuistika č.1	35
5.2.2 Kazuistika č. 2	41
6 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	48
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	54
SEZNAM ZKRATEK	58

ÚVOD

V této práci se věnujeme tématu, které je dosud pro společnost velmi citlivé a v obecném povědomí mu není věnována dostatečná pozornost. Téma zaujme širší veřejnost pouze, pokud dojde k nějakému společensky absolutně nepřijatelnému případu fyzického týrání nebo sexuálního zneužití dítěte, jež bohužel třeba končí smrtí. Teprve tyto extrémní případy otřesou společností, získají větší dočasnou pozornost, ale soustavné zveřejňování i méně extrémních případů se bohužel neděje. Společnost tak mnohdy zůstává poměrně lhostejná. Dosavadní praxe ukazuje, že řada lidí má strach oznámit své podezření z týrání dětí, aby nebyli vnímáni jako „udavači“. Odborná veřejnost, lékaři a sociální pracovníci, zase mnohdy nejednají z obavy, že by mohli být trestně stíháni, pokud by se podezření neprokázalo. A tak převládá lhostejnost, neznalost problematiky a postupů, které jsou nutné k zahájení šetření. Dalším smutným protipólem je občasné zneužívání moci sociálních orgánů a jejich extrémní zásahy tzv. ve prospěch dětí bez spolupráce například s psychologem. Soudy často rozhodují jen na základě spisů, ale málokdy se ptají samotného dítěte. Některé kazuistiky například z Fondu ohrožených dětí dokumentují naprosté selhání zodpovědných orgánů. Dětské krizové centrum ve své zprávě za rok 2019 uvádí, že ročně je v této zemi týráno téměř deset tisíc dětí. Odhadují, že tento počet může být ve skutečnosti až desetkrát větší. Smutnou realitou je, že na následky týrání ročně zemřou desítky dětí.

Také problematika mutismu u dětí je v obecném povědomí téměř neznámým pojmem. Nemluvící dítě bývá často okamžitě zařazeno mezi děti zaostalé, opožděné, leckdy považované za lehce retardované. V naší zemi zatím chybí rozpracovaná metodika, která by psychologem, pedagogy i sociální pracovníky srozumitelně seznámila s diagnostikou a metodikou řešení tohoto problému. S dětmi trpícími mutismem se zatím v lepším případě pracuje po logopedické stránce, ale neřeší se trauma, které tento stav způsobilo. Nejbližší okolí dítěte často rezignuje a přijme stav nemluvnosti jako bezvýchodný, a zaujmou postoj „mluvit ho nedonutíme“, nebo „nemá to cenu“.

V teoretické části této práce popisujeme příčiny vzniku selektivního mutismu, postup při jeho diagnostikování, a možnosti následné terapie, kdy v ideálním případě spolupracují rodiče, pedagogičtí pracovníci, logoped a psychoterapeut. Terapie bývá zdoluhavá, protože je potřeba postupně rozpouštět komunikační zábrany dítěte, získávat

jeho důvěru a umožnit mu, aby si samo vybralo okamžik, kdy začne komunikovat verbálně. Většinou až po více terapeutických sezeních opouští dítě neverbální komunikaci, která dosud probíhala pomocí hry, kresby a dalších technik v rámci arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie atd.

Druhou část práce O problematice syndromu CAN, věnujeme jednotlivým formám tohoto syndromu. Zdůrazňujeme znalost výchozího rodinného prostředí týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Rozlišení jednotlivých původních rodinných systémů těchto dětí ovlivňuje diagnostikování a následnou terapeutickou intervenci.

V praktické části chceme poukázat na souvislost selektivního mutismu s prožitým týráním, zneužíváním, či zanedbáváním dítěte. Mutismus se vyskytuje převážně u dětí, které si prošly různou formou traumatu a k nemluvnosti se uchýlí jako k možnému východisku pro něho neřešitelné situace. Vytvoří si svůj mlčenlivý svět, aby dokázalo přežít některé situace, nebo přítomnost některých osob, většinou se přitom jedná o nejbližší rodinu. Zároveň má vytvořený svůj specifický komunikační kanál, který nepředstavuje řeč, ale jiné neverbální formy komunikace. Do této části práce byly vybrány kazuistiky dvou předškolních dětí, u kterých se projevený selektivní mutismus vztahoval k některé z forem syndromu CAN. Součástí kazuistiky je diagnostika i probíhající terapeutická intervence, v obou případech hraje významnou roli pochopení ze strany rodičů, kteří se terapie aktivně zúčastnili.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Při vymezení pojmu předškolní věk máme na výběr z několika psychologických vývojových teorií, které se liší pohledem na vrozené faktory, nebo vlivem prostředí, nebo vycházejí ze vzájemných interakcí mezi vrozenými dispozicemi dítěte a jeho prožitými zkušenostmi. Z klasické psychoanalýzy vychází Eriksonova vývojová teorie, která je založena na epigenetickém přístupu, podle něhož se vývoj dítěte odehrává v jednotlivých sekvencích, ve kterých musí jedinec splnit určité úkoly, aby dospěl do dalšího vývojového stádia. V Eriksonově teorii je zohledněno i sociální hledisko ovlivňující život jedince. Vývoj je tedy závislý na vzájemné interakci mezi dítětem a sociokulturními vlivy, které mu zprostředkovává nejprve rodina a poté širší společnost.

Cílem jeho prvního stádia je dosažení základní důvěry, především v interakci s matkou a spadá do období prvního roku života. Následuje stádium autonomie, kdy dítě poznává svoje já, učí se ovládat své tělo, a začíná prosazovat vlastní názor. Také vnímá a přijímá omezení od svého okolí a tato etapa trvá přibližně do tří let. Ve třetím až pátém roce nastává období iniciativy zaměřené především na sexuální otázky. Zároveň se zde vyskytují pocity viny, které mu mohou v budoucnosti omezovat jeho podnikavost a mohou srážet jeho sebevědomí. Po šestém roce následuje období pracovitosti, v němž dominuje proces učení, zaměření se na zadané úkoly, dítě se učí spolupráci, a vnímá vlastní sebehodnotu i uplatnění v životě.

Obecně je předškolní období představováno třemi až šesti roky věku dítěte. V tomto období se zdokonaluje motorika, dítě postupně zvládá svou sebeobsluhu a výrazné pokroky jsou patrné v kresbě. Dítě je aktivní v získávání podnětů, neustále se ptá, postupně přestává být silně vázáno pouze na rodinu a rozvíjí se jeho komunikace. Již v tomto věku se pozná, z jakého prostředí pochází, a zda má dostatek stimulů pro svůj rozvoj.

Ve dvou letech již tvoří krátké věty a ve třech letech používá souvětí. Ve vývoji řeči většinou mizí poruchy výslovnosti, dítě si rádo povídá, často i samo se sebou, s panenkami, nebo se zvířátky, a učí se básničky a písničky. Kolem pátého roku už je dítě schopné definovat řadu známých předmětů i popisovat životní situace a příhody. Ke

konci tohoto období už je schopno logického úsudku, stoupá jeho slovní zásoba, zvětšuje se délka vět a je schopno i složitějších větných celků. Průměrný počet slov při nástupu dítěte ke školní docházce je přibližně dvacet tisíc a dítě je schopno souvisle a obsírně komunikovat s druhými.

V tomto období již silně prožívá projevy lásky i odmítání, poznává úzkost i ztrátu, osvojuje si svou sociální roli a rozpoznává co smí a co nesmí. Významnou úlohu v rozvoji dítěte zastává schopnost hry, a ta mu také pomáhá odlišit realitu od vlastní fantazie. V tomto vývojovém období hrají důležitou roli také vztahy s vrstevníky, už není dominantní pouze úloha nejužší rodiny (Hort a kol, 2008, s. 27–37).

2 PROBLEMATIKA SELEKTIVNÍHO MUTISMU

„*Mutismem (lat. mutus = němý) se označuje řečová retardace nebo mlčení po ukončeném řečovém vývoji při existující schopnosti mluvení a řeči.*“ (Hartmann; Lange, 2008, s. 15). Mutismus, jako ztráta schopnosti verbálně komunikovat, propojuje různé vědní obory. Mutismus, oněmění, nemluvnost, představuje nepřítomnost anebo ztrátu řečových projevů, které není podmíněno poškozením centrální nervové soustavy.

Řeč a mluva obecně jsou pro lidskou společnost nejdůležitějšími prostředky komunikace. Od raného dětství se učíme zvládat každodenní život, navazujeme mezilidské vztahy a veškerou sociální interakci realizujeme především pomocí řeči. Najdou se však lidé, kterým tato možnost „chybí“. Nějakým způsobem nejsou schopni použít řeč ke komunikaci. Nemluví, přestože by mluvit mohli. Jejich organismus není omezován fyziologickými překážkami, ale někteří z těchto jedinců trpí narušenou komunikační schopností, kterou označujeme jako mutismus.

Mutismus můžeme rozlišit na selektivní a totální. Selektivní, potažmo elektivní mutismus, se projevuje hlavně tím, že jedinec komunikuje jen ve specifických případech. To znamená, že jedinec využívá verbální komunikaci jen vůči určitému nevědomky vybranému okruhu osob. Vůči ostatním nekomunikuje, přestože jeho schopnost mluvit není fyziologicky postižena. Přičemž to, v jaké situaci bude jedinec rozmlouvat, není závislé na rozhodnutí jedince samotného, nýbrž na specifické situaci, ve které se jedinec ocitne (Hartmann; Lange, 2008, s. 11–15).

Mutismus se projevuje ztrátou schopnosti komunikovat verbálně. Problematika mutismu je na pomezí mezi různými vědními obory: logopedií, psychologií, psychiatrií a foniatrií. Všechny naše dovednosti a funkce jsou ovlivňovány činností nervové soustavy, především mozku. I přesto, že stále existují neprozkoumané oblasti lidského podvědomí, víme, že vědomá mozková činnost je natolik probádaná, abychom určili, které části ovlivňují racionální chování. Lidská řeč, kterou považujeme za nejvyšší schopnost vyšší nervové činnosti, je velmi často vystavována psychogenním faktorům, tj. závislá na psychickém stavu jedince (Klenková, 2006, s. 91–98).

M. Lejska (2003) problematiku vykládá jako nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, a to hlavně v případech, kdy není podmíněna organickým ani funkčním poškozením centrální nervové soustavy. Takový jedinec v reakci na určitý podnět,

přestane mluvit. Skutečnost je taková, že jedinec nemlčí, protože by to bylo jeho svobodné rozhodnutí, nýbrž proto, že to skutečně nedokáže, ačkoliv je zcela zdravý. M. Lejska tvrdí, že se vždy jedná o kombinaci vnitřní vrozené náchylnosti a vnějšího spouštěcího faktoru. Nejčastěji se tato skutečnost vyskytuje v dětství. Rozděluje mutismus na:

- totální mutismus: jedinec postižený tímto typem mlčí v jakémkoliv stavu a ve všech situacích, vyskytuje se zřídka
- selektivní mutismus (elektivní, výběrový): rozlišujeme situační, závislý na situacích například pokud se jedinec dostane do nového prostředí, které mu přináší určité psychické napětí (např. vyšetření i lékaře). Druhým typem může být mutismus reaktivní, ke kterému u jedince dochází v důsledkem psychického traumatu. (Lejska, 2003, s. 113).

Pod pojem mutismus zahrnujeme všechny poruchy používání mluvené řeči, které se objevily nečekaně a na základě různorodé etiologie. V logopedické praxi se nejčastěji vyskytuje jako selektivní mutismus, kdy je ztráta schopnosti verbálně komunikovat úzce spjata s určitou osobou nebo situací. Postižený má osvojenou řeč a umí mluvit, ale není toho schopen. Chce mluvit, ale nemůže.

Selektivní mutismus je možno chápat jako určitý obranný mechanismus. Vysvětluje se jako reakce na současné psychické trauma nebo na chronickou frustraci, pokud nebyly základní, především psychické, potřeby dítěte uspokojovány. Velký vliv na utlumení řeči může mít například nadměrný a náhlý stres, strach a obavy. V některých případech může stát za ztrátou řeči i stud. Mutismus bývá neurotickou reakcí na velmi silný zážitek, nebo může být projevem nějakého akutního psychotického onemocnění. Při psychotickém onemocnění jedinec například nedokáže rozlišit, co realita je a co už skutečné není.

U mutismu, jak totálního, tak i selektivního, je potřeba respektovat vzniklou situaci, kdy jedinec jednoduše není schopen promluvit. Při snaze přimět jedince k verbální komunikaci, se mohou obtíže ještě více prohloubit. V těchto situacích je nejlepší využít jiných prostředků k navození vzájemné komunikace. Při navazování komunikace náhradní formou může být využito psaní, gestikulace, mimika a haptika. V případech, že jedinec psát neumí nebo psaní není schopen, je možné využít kresbu. (Škodová, 2007, s 203–206).

Mutismus jako takový je v psychiatrické praxi chápán jako symptom, který se typický nepřítomností řečového projevu, aniž by byla organicky zasažena centrální nervová soustava. V případě selektivního mutismu je toto oněmění bez patologie podmíněno určitou situací či osobou. Nejčastěji se tento jev vyskytuje u dětí a zároveň není vyloučen výskyt mezi dospělými jedinci. U dospělých je tento symptom obvykle vázán na jiné druhy poruch, např. poruchy osobnosti, adaptační poruchy či sociální fobie. (Pečeňák in: Lechta, 2003, s. 525–526).

Problematika mutismu je v odborné literatuře vysvětlena různými způsoby, které ukazují na určitý nesoulad v terminologii. Pro základní vymezení bychom mohli použít desátou revizi mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů. Ta definuje pouze jednu formu mutismu, a to právě elektivní mutismus (F94.0). Selektivní mutismus je zahrnut v podkapitole *Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání*, které jsou zařazeny v kapitole *Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání* (F90 – F98). Elektivní mutismus je definován jako: „*Stav, který je charakterizován mlčením v určitých situacích. Je výrazně emočně determinován a dítě demonstruje, že za určitých situací je schopno mluvit, ale za jiných definovatelných situací mluvit přestane. Tato porucha je obvykle sdružena s určitými rysy osobnosti, jako je sociální úzkost a odtazitost, citlivost nebo odpor.*“ (MKN-10, 2009, s. 247–248).

2.1 Etiologie

Selektivní mutismus se považuje za poruchu primárně psychogenně podmíněnou. Můžeme si jej vysvětlit jako reakci na akutní traumatizující podnět nebo chronickou frustraci. K chronické frustraci obvykle dochází v návaznosti na neuspokojení základních psychických potřeb, například potřebě bezpečí nebo potřebě dostatku podnětů pro rozvoj kognitivních schopností. Selektivní mutismus se nejčastěji vyskytuje v předškolním a mladším školním věku. Pro předškolní věk je typický progres v samostatnosti, který může v případě neúspěchu vést k pocitu zahanbení. V mladším školním věku si dítě osvojuje nové schopnosti a následně je rozvíjí, pokud v tomto vývoji neuspěje, dostávají se pocity méněcennosti. Tato období jsou detailněji popsána v Ericksonově vývojové periodizaci.

J. Pečeňák (In: Lechta, 2003) přehledně shrnul faktory vzniku selektivního mutismu do tří skupin. V první skupině uvádí faktory, které mutismus bezprostředně vyvolaly. Sem řadí akutní psychickou traumatizaci, která je nejčastěji způsobena začátkem školní docházky. Mezi další faktory patří například změna prostředí, stěhování, nepřiměřený trest nebo nepřiměřené nároky kladené na dítě. (In: Lechta, 2003)

Do druhé skupiny zařadil predispoziční faktory mutismu. Tyto příznaky mají spíše chronický než akutní charakter. Patří sem funkční faktory, které ovlivňují schopnost socializovat se a adaptovat se na změny, což může být například nedostatek inteligence nebo řečová vada. Dále rodinné faktory, které jsou spojeny se strachem z odloučení od matky, nadměrné nároky rodičů a nepřiměřené tresty dětí, konflikty mezi rodiči nebo mezi sourozenci. Další osobnostní predispoziční příznaky mutismu jsou spojeny s pocity viny, neschopnosti, se snahou o manipulaci s okolím, nebo protichůdným chováním. Poslední skupinou chronických stresových faktorů jsou strach a obavy z trestu, ze spolužáků a z rodičů. Často se též vyskytuje strach z agresivního chování okolí.

Třetí skupinou faktorů vedoucích ke vzniku selektivního mutismu je kombinace předchozích faktorů a současně reakce okolí na mutismus jedince. Okolí na dítě tlačí, aby mluvil, vysmívá se projevům mutismu a tyto projevy buď trestá, nebo naopak uplácí dítě, aby mluvil za každou cenu (Pečeňák In: Lechta, 2003, 527–528).

Selektivní mutismus je neurotický útlum řeči, příčinou zábrana používat řeč jako takovou. Může se vyskytovat v souvislosti s úzkostmi nebo s emočním napětím. K mutismu mají tendence děti, které jsou úzkostné, závislé a sociálně nezkušené, nedostatečně socializované. Příčinou může být projev strachu a nejistoty spojený s napětím v konkrétních situacích nebo v souvislosti s určitou osobou. Mutismus se může projevit také následkem velké emoční zátěže či traumatu. Dítě přestane mluvit a buď nereaguje vůbec, nebo reaguje pouze na gesta (Vágnerová, 2014, s. 226–227).

2.2 Diagnostika

Klenková (2006) uvádí, že jedna forma mutismu je zařazena v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) i v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch (DSM-IV). Touto formou je právě selektivní mutismus, přičemž je zmíněn jako porucha užívání řeči, nikoliv jako porucha samotné řeči. Velmi podstatný je fakt, že

MKN-10 rozlišuje sociální úzkostnou poruchu v dětství a sociální fobii vzniklou v pozdějším věku. Klade tedy důraz na věk, kdy ke vzniku poruchy dochází, na rozdíl od DSM-IV, která používá společné označení sociální fobie v dětství i v dospělosti. Pro diagnostiku selektivního mutismu se za základ považují kritéria čerpaná z MKN-10 a DSM-IV. Základem je rozpoznání, zda je jazyk chápán běžným nebo skoro běžným způsobem. Dále se zjišťuje, zda projevy mutismu přetrvávají alespoň čtyři týdny. Je třeba také určit, jestli schopnosti ve verbálním vyjadřování jsou adekvátní pro sociální komunikaci. V neposlední řadě je potřeba rozpoznat patrné odlišnosti atd.

V rámci zjišťování diagnózy je podstatné věnovat se diferenciální diagnostice. Velkou důležitost mají individuální rozdíly postižených jedinců. Abychom se vyhnuli záměně selektivního mutismu s jinými postiženími či onemocněními, je třeba vyloučit opožděný vývoj řeči, vývojovou dysfázii a mentální retardaci. Diagnostika také musí vyloučit syndrom Landau-Kleffnera (dětská epileptická afázie), pervazivní vývojové poruchy (poruchy autistického spektra, dětský autismus, Aspergerův syndrom, ...) (Klenková, 2006, s. 94–97).

Hartmann a Lange (2008) poukazují na komplikovanost diagnostiky mutismu jako takového. Uvádí, že je selektivní mutismus často zaměňován za autismus. Jde o interdisciplinární diagnostiku. Důležitá jsou neurologická a otorinolaryngologická vyšetření, která by odhalila organická poškození mozku i sluchového orgánu. Dále je velmi důležitá rodinná, sociální a osobní anamnéza dítěte a jeho nejbližšího okolí. Psychologická interpretace hodnotí neverbální vyjadřování prostřednictvím testů a dotazníků, díky kterým poznáváme osobnostní rysy a struktury rodinných vazeb. Je třeba také provést diagnostiku řeči, protože některé problémy mohou vznikat v důsledku přemístění rodiny do jiného prostředí s odlišným jazykem, potíže mohou nastat také pokud jedinec vyrůstá v bilingvní rodině (Hartmann; Lange, 2008, s. 15–24).

2.3 Terapie

Při logopedické intervenci je potřeba využít kombinaci terapie individuální a skupinové. Součástí terapie jsou i rodiče, kteří si s logopedem vyměňují potřebné informace. Právě rodiče by měli být seznámeni s diagnózou, s postupem terapie a s případnou spoluprací s odborníky, kteří by s dítětem cíleně pracovali. Pro rodiče,

v důsledku i pro dítě, je velmi podstatné mít všechny dostupné informace, co mutismus způsobilo, jakým způsobem pracovat s dítětem a jaké jsou možnosti terapie. Vhodná intervence zahrnuje psychoterapii, do které patří terapie hrou, skupinová i rodinná terapie. Další možností je farmakoterapie, kdy jsou jedincům trpícím mutismem předepisována převážně antidepresiva (Hort, 2008, s. 223–224).

Selektivní mutismus zasahuje převážně schopnost řečového projevu a verbální komunikace, ale je posuzován spíše jako psychické porucha a od toho se odvíjí i následná terapie. Ve většině případů je třeba provádět dlouhodobou intervenci, která zahrnuje hlavně psychoterapii, ale nevylučuje se ani medikace či jiné formy terapie. Obecně platí, že čím déle je porucha ignorována, tím náročnější a dlouhodobější je terapie. Při stanovení postupu terapie je potřeba, abychom porozuměli důvodům, proč jedinec nemluví. Na začátku je vždy důležité mít veškeré informace od specialistů a zároveň dbát na aktuální stav dítěte. Při určování vhodné terapie je žádoucí brát v potaz i příčinu mutismu, protože pokud by například dítě stresovalo cizí prostředí, je kontraproduktivní posílat je neustále a opakovaně na další vyšetření k novým specialistům. S takovými jedinci je třeba pracovat velmi citlivě. Součástí týmu, který pečuje o dítě s mutismem, by měl kromě klinického logopeda být psycholog nebo psychiatr. Pokud by bylo třeba doplňujících vyšetření je vhodná spolupráce s foniatrem nebo neurologem. Terapie není závislá jen na odbornících, ale i na rodičích a později učitelích. Často bývají učitelé ti, kteří první upozorní na nějaké nestandardní chování. Projevy poruchy často odpovídají nástupu ke školní docházce. Spolupráce s rodiči je podobná jako u jiných poruch spojených s řečí u dětí. Rodiče musí být informováni a seznámeni s diagnózou i s důvody, proč je dítě posíláno na specializovaná vyšetření.

V terapii selektivního mutismu je nejčastěji používána individuální, případně rodinná psychoterapie, která je spojena s logopedickou intervencí. Práce klinického logopeda se zaměřuje zpočátku hlavně na neverbální techniky, aby si s dítětem citlivě vybudoval vztah založený na vzájemném respektu a důvěře. Zároveň je potřeba vytvořit mu bezpečné prostředí, ve kterém se dítě cítí dobře. Nucení do verbální komunikace a trestání za nemluvnost by situaci a současný stav dítěte jen zhoršil. Jako prostředek pro komunikaci s jedincem se selektivním mutismem můžeme použít různé relaxační techniky, nebo prvky z arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie nebo dramaterapie. Volba

techniky záleží na zájmech dítěte a na uvážení terapeuta potažmo klinického logopeda. (Preissová In: Neubauer, 2018, s. 533–534).

V případě selektivního mutismu hraje klíčovou roli úprava rodinného prostředí. Žádoucí je dát dítěti najevo, že pokud mluvit nechce, tak nemusí, netrestat ho a nenutit k verbálnímu projevu. Prvotní rodinnou terapií může být i možnost dát dítěti prostor zabývat se činnostmi, u kterých ví, že při nich nemusí komunikovat. V případě individuální i skupinové terapie by mělo být vždy vytvořeno bezpečné prostředí. Klasický přístup k terapii selektivního mutismu je založen na individuální terapii a logopedické péči. Na počátku jsou třeba lékařská vyšetření, která zahrnují psychologa, psychiatra, foniatra a neurologa. Následně spolupracuje klinický logoped s rodiči a s pedagogy. Součástí hlavního odborného týmu podílejícího se na terapii by měl foniatr, který vyloučí fyziologické příčiny, zkontroluje postavení hlasivek a jejich napětí a zároveň dítě naučí, jak pracovat s dechem. Dalším specialistou by měl být klinický psycholog, který s dítětem pracuje formou psychoterapie a vytváří bezpečné prostředí pro následnou péči. Posledním ze základního týmu odborníků má být klinický logoped, který nalezený hlas využije k tvorbě hlásek, slabik, slov, vět a souvětí (Škodová, 2007, s. 207–209).

Při logopedické intervenci u selektivního mutismu je vhodná kombinace individuální a skupinové terapie. Jako velmi účinná se jeví skupinová terapie, kdy si dítě hraje ve skupině přibližně čtyř až šesti dětí a pokroku dosahuje samovolně v rámci hry. V rámci individuální terapie by měl být vždy dodržován předem stanovený postup. Dítě si s terapeutem zavede určité rituály, při kterých si vybuduje jistotu a důvěru. Nejprve by mělo být nějak uvedeno do terapie, velmi vhodný je jasně definovaný vstupní uvítací rituál. Následovat by měla být možnost výběru činností, ale i pořadí, v jakém se budou dělat. Určitá svoboda rozhodnutí dodá dítěti jistotu i sebedůvěru. Vše je třeba vykomunikovat a vše, co se řekne a dohodne, je nutné dodržet. Následná práce s dítětem zahrnuje hru a určité přechody mezi hrami a určité přechody mezi hrou a pokusem o komunikaci. Na konci terapie klinický logoped dá dítěti drobný domácí úkol, aby na sobě dále pracovalo i v době mimo přímou terapii. Terapii je nutné zrekapitulovat a probrat také s rodiči. Logoped by měl přibližně stejný čas, jako věnuje dítěti, věnovat i rodičům, kteří musí pochopit linii reedukace. Terapeut také musí rodičům vysvětlit postup i aplikaci různých terapeutických přístupů k běžným životním situacím. Zároveň by jim měl být k dispozici a poskytnout jim odpovědi na otázky, které s dítětem a jeho

intervencí souvisí. Je třeba nastavit pravidla i pro rodiče ve vztahu k dítěti, například by rodič neměl nikdy dítě nutit do mluvení, nebo jej uplácet odměnami za to, že promluví. A zároveň by rodiče neměli mít až přehnané reakce na situace, kdy dítě konečně promluví (Kutálková, 2007, s. 15–20).

Děti, mládež i dospělí trpící mutismem by měli být terapeuticky provázeni ve třech oblastech: psychiatrie, psychologie a logopedie. Každý terapeut koná na základě fyziologických, psychologických a řečových nálezů, zároveň pokud jedinec absolvoval terapie už dříve, tak terapeut čerpá z poznatků již získaných. Psychiatrická léčba je zapotřebí pokud u jedince byla objevena nemluvnost na základě psychiatrického onemocnění, jako je například schizofrenie, porucha osobnosti, deprese. Někdy může mít souvislost se vznikem selektivního mutismu i organické poškození mozku. Také například poruchy příjmu potravy, jako je anorexie nebo bulimie, mohou vést k projevům mutismu. V těchto případech je doporučena terapeutická intervence v rámci stacionární léčby, ke které obvykle patří medikace v souvislosti se základní psychiatrickou diagnózou. Mutismus samotný se v rámci medikace řeší antidepresivy, protože v odborných příspěvcích se mutismus dává do souvislosti s depresemi či sociálními fobiemi. V psychoterapeutické léčbě se používají metody skupinových terapií, behaviorální terapie, kognitivně-behaviorální terapie, terapie hrou a rodinné terapie. V behaviorální terapii jsou například používány techniky tvarování, kdy jedinec napodobuje pohyb úst při mluvení do té doby, dokud se neobjeví řeč. V rámci kognitivně-behaviorální terapie pomáháme dítěti změnit jeho chování prostřednictvím koncentrace na pozitivní myšlenky namísto úzkostných, které ho dostávají do nekomfortních situací. V rámci logopedické terapie se zaměřujeme na řečové schopnosti, na správnou tvorbu hlásek, slov a vět.

3 SYNDROM CAN

Syndrom CAN je termín převzatý z anglosaské literatury, kde je používán *Child abuse and neglect*. V češtině je vysvětlován jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, běžně se využívá zkratka syndrom CAN. V naší terminologii se pojem ujal a vysvětlujeme jej jako soubor nepříznivých podmínek ve všech oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 15).

V desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů je problematika syndromu CAN zařazena do diagnostické skupiny T74, která zahrnuje syndromy týrání. Mezinárodní klasifikace nemocí neobsahuje přímou definici syndromu CAN, ale popisuje dílčí problémy a projevy (MKN-10, 2009, s. 526–527).

Syndrom CAN zahrnuje velmi širokou a rozmanitou škálu činů, které dítěti ubližují, a to jak po psychické stránce, kdy zůstávají šrámy na duši, tak i po stránce fyzické, kdy jsou projevy viditelné na těle. „*Jde o nenáhodný děj či situaci, která je v dané společnosti nepřijatelná či odmítaná.*“ (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 15) Součástí je i jakékoliv nenáhodné, vědomé, občas i nevědomé, jednání rodiče či vychovatele nebo jiné osoby vůči dítěti. Mluvíme o nepřijemnostech, chorobách, úrazech a potížích, kterým lze předejít, a které jsou např. dobře identifikovatelné, jejich příčiny jsou známé a ovlivnitelné. Extrémní podobou je úplné usmrcení dítěte, kdy po zveřejnění případu je společnost obvykle výrazně otřesena. Paradoxem v této společnosti je, že „diskrétnější“ formy problematiky syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jsou často přecházeny „bez povšimnutí.“ Velmi záleží na míře pozornosti okolí, které bývá často lhostejné k viditelným známkám toho, že se s dítětem děje něco, co týrání nasvědčuje.

Naše současná západní civilizace je na děti silně zaměřená a obvykle je velmi chrání. Děti a jejich ochrana jsou dnes vysoce ceněny, o děti se kromě rodičů stará mnoho dětských institucí, především školy, a jejich vývoji a výchově se věnuje řada vědních oborů. Ochrana a správný rozvoj dítěte se staly silným morálním prvkem ve společnosti. Utrpení dětí postižených válkami nebo živelnými katastrofami velmi silně ovlivňuje lidské svědomí. Hodnota dětství v dnešním světě je vnímána jako mimořádně vysoká.

Naši dnešní společnost, která vyrůstá v tzv. západní civilizaci, bychom mohli definovat jako pedocentrickou, tzn. společnost zaměřenou na děti, jež by měla chránit. Dětství jako takové má v dnešní době hodnotu jako nikdy za celou historii. V historii nás provází například tzv. výběr pohlaví, kdy nevídané děti bývaly utraceny, či se jich rodiny zbavovaly z důvodu existenční nouze. Děti byly obětovány na oltář vyšších hodnot, a to například rozhněvanému božstvu na usmíření či k získání přízně a ochrany. Často se přespočetné děti umísťovaly také do klášterů, což znamenalo úplné a trvalé odloučení od rodiny. V historii se také uplatňovalo zvykové právo, kdy bylo možno zabít děti v rámci pomsty, v případě válečných konfliktů byly děti zabíjeny, aby se vyloučila následná pomsta nepříteli. Rovněž děti, které se narodily s určitým viditelným tělesným postižením, byly často odkládány nebo zabíjeny. S dítětem se v lidské historii zacházelo z pohledu dnešního člověka poměrně krutě, některé zvyky bohužel dodnes přetrvaly. Smutným příkladem může být třeba stále praktikované obřízky dívek v zemích třetího světa. K podobným rituálním znetvořením těla dochází na mnoha místech na zeměkouli. Cesta k postoji, který zaujímáme v dnešní společnosti k dítěti byla dlouhá a složitá. Když pomíneme fyzické týrání či účelové usmrcování dětí, další velmi rozšířenou formou týrání dětí byla nutnost dětské práce. Z existenčních důvodů byly děti v chudých rodinách nuceny těžce fyzicky pracovat již od velmi útlého věku. Při pohledu zpět do minulosti si můžeme uvědomit a zvědomit, jak daleko jsme pokročili a kde se v našem kulturním rozvoji nacházíme (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 15–24).

Na základě doporučení zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 je uvedena definice syndromu CAN jako jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, které jsou uskutečňovány dospělými osobami na dítěti, ať už jsou jimi rodič, vychovatel nebo jiná osoba. Při těchto činech dochází k poškozování zdraví dítěte a omezování zdravého vývoje dítěte. Jde o multifaktoriální a společensky velmi složitý problém. Zahrnujeme do toho fyzické i psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a systémové týrání (Vaničková; Hadj-Moussová; Provazníková, 1995, s. 33–37).

Příznaky syndromu CAN vznikají v důsledku aktivního ubližování nebo nedostatečné péče o dítě. Týrání, zneužívání a zanedbávání je obvykle spojováno s definicí poškozování fyzického, psychického či sociálního stavu a vývoje dítěte. To vše vzniká v přímé souvislosti s jakýmkoliv nenáhodným jednáním rodičů, vychovatelů či

jiných dospělých osob. Ve společnosti či dané kultuře toto chování bývá označované jako nepřijatelné (Krejčířová, 2007, 65–69).

3.1 Formy syndromu CAN

Pojem syndromu CAN je vztažen na veškeré základní formy ohrožení dítěte. Tyto formy mohou být velmi rozmanité a mohou se různě kombinovat. Dle D. Krejčířové (2007) můžeme rozlišovat ohrožení dítěte na tři základní formy. Jedná se o týrání fyzické či psychické, další formou je zneužívání dítěte sloužící k uspokojení vlastních potřeb, a to jak fyzických, psychických i sexuálních. A poslední formou je zanedbávání tělesného i emočního vývoje dítěte.

J. Dunovský (1995) rozděluje syndrom CAN do šesti skupin. První skupina zahrnuje tělesné týrání dítěte aktivní povahy, řadíme sem tělesná poranění a postižení orgánů a funkcí, Münchhausenův syndrom v zastoupení. Rozlišujeme poranění zavřená a otevřená. Nejčastějšími projevy zavřených poranění bývají pohmožděniny. Ty vznikají nejčastěji úderem či údery, nebo kroucením kůže či uší. Typickým místem, kde se modřiny objevují u těchto dětí jsou zadeček, záda a stehna. To, jak modřina vypadá, odráží, čím byla způsobena. Například švih elektrickou šňůrou od spotřebiče zanechá modřinu se smyčkou ve tvaru „U“. Dále dochází k častému poranění kostí, svalů, hlavy, míchy či poranění nitrobršních orgánů.

V případě otevřených poranění se vždy jedná o zásahy do tkání dítěte, porušení kůže, sliznice či povrchu některého orgánu. Mluvíme o ztrátě krve buď navenek nebo do tělních dutin, ranách na hlavě a hrudníku a o popáleninách všech stupňů. Popáleniny mají zvláštní mechanismus vzniku. Charakteristickým způsobem popálení bývá cigareta či vroucí voda. Popáleniny cigaretou zanechávají jizvy a vznikají na místech, která se běžně neodhalují, například na chodidlech. Popáleniny vařící vodou jsou typické u kojenců a batolat, kdy jsou opařena především místa rozkroku, zadečku a genitálu s opařením dolních končetin, tedy místa, která nejsou obvykle na první pohled viditelná.

Druhou skupinou případů syndromu CAN tvoří tělesné týrání pasivního charakteru. Mluvíme o nedostatečném uspokojení minimálně těch nejdůležitějších tělesných potřeb dítěte, a to i v souvislosti s psychickými a sociálními potřebami. Jedná se o úmyslné, ale i neúmyslné „nepečování“. Výsledkem této „péče“ bývá skutečnost, že

dítě neprospívá, vyvíjí se nedostatečně, je zanedbané. Bývá to způsobeno nedostatkem zdravotní péče (odmítání zdravotní péče, případné neporozumění kritické situaci a vážnosti stavu dítěte, nedostatečně kvalitní hygienická péče), nedostatkem ošacení, nedostatečným zajištěním bydlení. Časté jsou také případy, kdy jsou děti vykořisťovány například námezdní prací, nebo jsou nuceny žebrať a krást.

Do třetí skupiny projevů syndromu CAN zařazuje J. Dunovský (1995) psychické týrání a šikanu. Na rozdíl od fyzického týrání nemáme v případě psychického a emocionálního útlaku jasnou představu o podobě. Psychické týrání je velmi špatně prokazatelné a těžko se získávají důkazy. Společnost připouští psychickou deprivaci, ale ostatní formy psychického týrání již společnost nedokáže nebo nechce pojmenovat. V dnešní době velmi běžné tzv. „tahání se o dítě“ například ze strany rozvádějících se rodičů je považováno za problém rozvádějících se dospělých, málokdo za touto situací vidí psychické týrání dítěte v rozpadající se rodině, přesto že dopady na dítě se poté řeší dlouhá léta za pomoci psychologů či psychiatrů.

Psychické týrání se projevuje aktivně i pasivně, v případě aktivního psychického týrání se může jednat o pomluvy, zesměšňování, nadávky či opovrhování. V podobě pasivního psychického týrání mluvíme o nezájmu, nevšímavosti nebo přehlížení. Dítě citově strádá, nepocítuje bezpečí ani lásku. Velmi častým jevem jsou vysoké nároky na dítě, které je neustále srovnáváno a porovnáváno s ostatními, což na jeho psychiku dlouhodobě působí a lze to též nazvat psychickým týráním. V rodinách nabývá psychické týrání také podobu neustálého připomínání úspěchů dalšího dítěte nebo jednoho z rodičů, běžné je i emoční vydírání, opovrhování nešikovností, některými tělesnými nedostatky a podobně.

Šikana, jako jedna z forem syndromu CAN, je vysvětlována jako cílené omezování slabšího jedince v kolektivu, ať už psychické nebo fyzické. Slabší jedinec se stává opakovaným cílem agresora, neumí se bránit neustálému tlaku a manipulaci. Emoční strádání se často vyskytuje i na straně agresora, kterému v jeho rodině také nejsou naplňovány jeho potřeby, a svou frustraci si potom vybíjí při příležitostech, kdy se může stát vítězem za jakoukoliv cenu.

Čtvrtou skupinu tvoří různé formy sexuálního zneužívání, v základu bychom mohli říct, že jde o uspokojování svých sexuálních potřeb na úkor dítěte. Dítě je buď přímým účastníkem sexuálních praktik, nebo je donuceno přihlížet, často je také

zneužíváno pro pornografické účely. Součástí těchto praktik bývá i vydírání dítěte či vyhrožování, čímž si zaručují mlčenlivost ze strany dítěte, protože dítě se často bojí reakce okolí více než zneužívání samotného. Častou možností je i strach dítěte, že mu nebude uvěřeno a bude následovat trest.

Sexuální zneužívání rozlišujeme dotykové a bezdotykové. Při dotykovém zneužívání dochází k samotnému styku pohlavnímu, orálnímu nebo análnímu, nebo „pouze“ k dotykům na erotogenních zónách dítěte nebo pachatele sexuálního zneužívání. Do této kategorie zahrnujeme obtěžování, sexuální útok, znásilnění, incest, pedofilní obtěžování a útok při kterém se dítěti ublíží natolik, že na následky umírá. Na pomezí mezi dotykovou a bezdotykovou formou se nachází harassment, kdy může jít jen o narážky, nebo k na pohled nevinnému tělesnému kontaktu, například plácnutí, tisknutí se a podobně. U bezdotykového zneužívání k tělesnému kontaktu nedochází. Řadíme sem exhibicionismus, nepřímou účast při sexuálních aktivitách a sledování nebo zprostředkovávání pornografických záznamů dítěte.

Další, pátou formou projevů syndromu CAN, je zanedbávání. K němu většinou dochází následkem nedostatečné výchovy a nízké úrovně sociálního a ekonomického zázemí. Dítě obvykle vyrůstá v rodině s nevhodným chováním, nedostatečnou hygienou a obecně v nepodnětném prostředí. Není rozvíjen potenciál dítěte a ani k tomu nemá podmínky. Obvykle k tomu dochází v rodinách ve špatné sociální situaci, v rodinách s nízkou gramotností, klíčovou roli hraje také alkoholismus, drogová závislost, promiskuita a trestná činnost. Dlouhodobý nedostatek stimulů ke správnému a zdravému rozvoji dítěte může dítě dovést až k akutnímu ohrožení života.

Poslední skupinou podle J. Dunovského (1995) jsou zvláštní formy CAN, kdy sem řadíme Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení), systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání. Münchhausenův syndrom by proxy zahrnuje případy, kdy rodiče (častěji matka) předstírají nebo navozují u dítěte obtíže, pro které je později potřeba vyhledat lékařskou pomoc. Příznaky onemocnění rodiče vymýšlejí nebo i sami připravují tak, aby dítě bylo opakovaně vyšetřováno a léčeno, nejlépe dlouhodobě. Dle zahraničních studií tento syndrom děti těžce postihuje a poměrně často také končí jejich smrtí.

Systémové zneužívání dětí je typické pro děti rodinami opuštěné nebo rodinám odebrané. V první řadě, je třeba si uvědomit, že dítě není jen věc, která má jméno. Je třeba

hledat rovnováhu mezi přeceňováním a nadřazováním biologických vazeb oproti fungování vztahů v náhradní rodinné péči. Orgány pro ochranu dětí mnohdy velmi nedůsledně a necitlivě řeší situaci dítěte navrácením k biologickým rodičům přesto, že to pro dítě znamená trauma nebo další opakované týrání. Dochází tak vlastně k druhotnému týrání právě těmi, kteří by pro dítě měli znamenat ochranu.

Organizované zneužívání dětí je v dnešní době velmi dobře propracováno a děti figurují jako zboží pro sexuální účely, pro ilegální mezinárodní osvojení, jako nelegální zdroj náhradních orgánů, dále pro dětskou námezdní práci až otroctví. Bohužel stále častěji se objevují i neuvěřitelné případy týrání dětí rituálního charakteru, které jsou spojovány s magií, satanismem a pochybnou fanatickou vírou (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 41–102).

Závěrem tohoto rozdělení projevů syndromu CAN uvádím přehledné shrnutí dle J. Dunovského.

Tabulka 1: Formy a projevy syndromu CAN

	aktivní	pasivní
Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání	tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči
Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání	nadávký, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová
Sexuální zneužívání	sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace, v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest	exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
Zvláštní formy: Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání		

Týrání	Zanedbávání
--------	-------------

Zdroj: Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 19

3.2 Rodinné prostředí

Rodina je nejdůležitější sociální skupina, v níž jedinec žije. Plní řadu biologických, ekonomických, sociálních i psychologických funkcí. Jedinci poskytuje potřebné zázemí, uspokojuje jeho potřeby a umožňuje mu získat zkušenosti, které nikde jinde získat nemůže. Rodina je pro dítě životní nutností, je pro něj domovem. Slovo domov patří k nejsilnějším emočním slovům a pokud funkce rodiny jako domova selhává, je dítě vystaveno určitému strádání v rovině biologické, emoční i etické.

Řada dětí se syndromem CAN se narodí v rodinách výrazně sociálně slabých, nebo v rodinách, kde se sociální situace jednorázově a náhle zhoršila. Mnoho studií ukazuje na výrazný vliv chudoby, nezaměstnanosti rodičů, bydlení na periferiích nebo ve vyloučených lokalitách, kde rodiny žijí ve velmi špatných hygienických podmínkách a v nevyhovujících prostorech. Skromné ekonomické podmínky nemusí být traumatizující, pokud vnitřní rodinné vztahy dobře fungují. Bohužel však špatná ekonomická situace znamená pro rodiče výraznou životní nespokojenost, která může vyústit v agresivitu a častým konfliktům uvnitř rodiny, které jsou mnohdy čistě uměle vyvolané za účelem ventilace/vybití vnitřní frustrace. Dítě tak žije v neustálém napětí, je účastníkem rodinných neshod, a nechápe a ani neumí tyto problémy řešit. V sociálně slabých rodinách nejčastěji žijí lidé s nižším intelektem, nízkým nebo žádným vzděláním, s nulovými ambicemi a bez životních zájmů. Z toho vyplývající pocity méněcennosti doprovází závist, ale především nenávisť vůči všem úspěšnějším. Vývoj dítěte tak ovlivňuje neradostná rodinná atmosféra a dítě psychicky strádá. Rodiče se nestarají o uspokojení hmotných i psychických potřeb dítěte, dítě je leckdy i nuceno, aby přispívalo jakýmkoliv způsobem (i nelegálním) ke zlepšení ekonomické situace rodiny. Ve stresu je tak celá rodina a dítě, které tento stav nedokáže ovlivnit, se tak ocitá v neřešitelné situaci (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 141–162).

3.2.1 Rodiny tělesně týraných

Rodiny, ve kterých dochází k tělesnému týrání, ať už na dětech nebo na ostatních členech rodiny, selhaly v poskytování bezpečí a ochrany dítěte. Rodina je nezastupitelná pro emocionální vývoj dítěte a pokud nezajistí dítěti bezpečný domov, znemožní mu

tvorbu zdravých mezilidských vztahů a emocionálních vazeb (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s41–50).

Rodiče týraných dětí bývají obvykle sami psychicky nevyrovnaní, chybí jim empatie nebo jí nejsou schopni, mají násilnické sklony, jsou emočně nestabilní, mnohdy s asociálními postoji. V extrémních případech se o těchto rodičích dá mluvit jako o psychopatech. Týrání dítěte je ve většině případů provázeno domácím násilím. Týrající rodič může trpět poruchou osobnosti, ale dokáže být přesvědčivým a komunikativním manipulátorem. Svou agresivitu dokáže dobře zastírat, takže netýrající rodič naprosto selže ve své roli ochránce dítěte. Rodič násilník umí předstírat zájem o dítě a dítěti tak dává pocit, že vše se děje v jeho nejlepším zájmu. Netýrající rodič je manipulován do pozice, kdy je přesvědčený, že se vše opravdu děje v zájmu dítěte a týrání si neuvědomuje nebo nechce připustit. Psychicky nevyrovnaní rodiče fyzicky, často neúměrně, trestají své děti proto, že nejsou schopni zvládat svou frustraci nebo agresivitu. Mohou také trpět úzkostnou či depresivní poruchou nebo se jedná o rodiče, kteří sami nejsou emocionálně vyzrálí a nejsou připraveni na rodičovství. Důvodem k týrání může být také fakt, že dítě bylo nechtěné, nečekané, nebo odmítané, protože není dle představ rodičů. K dalším důvodům patří postižení samotného dítěte, nadměrná konzumace alkoholu a drog rodičů, nebo snížená úroveň intelektu rodičů. Sklon k tělesnému týrání dítěte mají nejčastěji jedinci, kteří sami vyrůstali v nestabilní rodině, kde se například používalo hodně fyzických trestů nebo byli zneužíváni (Mydlíková, 2013, s. 10–12).

3.2.2 Rodiny sexuálně zneužívaných

Sexuální zneužívání v rodinách se špatně prokazuje. K sexuálnímu zneužívání docházelo a dochází v celé historii lidstva a ve všech kulturách, mění se pouze postoj společnosti k tomuto jevu a vnímání jak zúčastněných, tak celé společnosti. Mění se samozřejmě i způsob trestání těchto činů. K sexuálnímu zneužívání dochází buď uspokojováním se dospělého na dítěti nebo dítětem. Dále se děti zneužívají pro prostituci a v pornografickém průmyslu. Doprovodným jevem je vynucení si mlčenlivosti dítěte, psychickým vydíráním, vyhrožováním, trestáním, anebo odměňováním. Pro dítě je toto chování velmi traumatizující. Přestože leckdy není použita hrubá fyzická síla, dítě raději o svém problému mlčí, protože se bojí, že okolí bude reagovat nedůvěrou, odsouzením, nebo tresty (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 77–80).

Charakteristickým nedostatkem rodiny, ve které dochází k sexuálnímu zneužívání, je selhání v oblasti emocionální, sociální a v oblasti ochrany dítěte. Po emocionální stránce by rodina měla dítěti zajistit dostatečné citové zakotvení. Dítě bývá často zmatené ve svých vlastních pocitech, na jedné straně je jeho bezmezná láska k rodičům a na straně druhé nenávist za to, co se mu děje. Zneužívané děti bývají často tlačeny do odpovědnosti za osud rodiny. Je jim opakováno, že pokud vyzradí „společné tajemství“ zničí to celou rodinu. Dítě může být vydíráno, že je „hanbou“ celé rodiny nebo, že mu nikdo nebude věřit. V oblasti sociální je dítě nuceno přizpůsobit se autoritě rodiny, selhává vzájemná komunikace a není poskytnut prostor pro vlastní názor, jež nebude nikdy akceptován. Rodina dítěti poskytuje špatný vzor a dítě si zamění základní společenské normy. Přijatelnou normou se stávají krádeže, zneužívání a násilí. Tyto osvojené normy následně aplikuje ve své nové rodině. Sexuálně zneužívané dítě může mít tendence samo někoho zneužívat. Dítě v rodině nemá pevný bod a nemá nikoho, komu by se svěřil nebo, kdo by mu mohl pomoci.

Pro děti, které jsou oběťmi sexuálního násilí, je často typické, že pochází z dysfunkčních nebo plně nefunkčních rodin. V těchto rodinách nemají rodiče čas se dětem věnovat pro pracovní vytížení, často je jeden z rodičů na nočních službách, na služebních cestách nebo třeba opakovaně hospitalizován v nemocnici. Matky zneužívaných dětí leckdy odmítají uvěřit tvrzení, že by jejich partner, který není biologickým rodičem, mohl zneužívat jejich potomka. Dítě tak prožívá neřešitelné dilema, nikdo mu nevěří, a přesto má nést odpovědnost za důsledky činu, který nezpůsobilo. Buď je vydíráno, že zničí rodinu, nebo je nemilováno a zapuzeno. V některých rodinách jsou sexuálně týrané děti mentálně retardované, agresori se spoléhají na neschopnost dítěte sexuální násilí popsat, dítě je obvykle pokládáno za notorického lháře, a tudíž je nedůvěryhodné, mnohdy bývá i zneužíváno i postižené či imobilní dítě.

Pachatelé sexuálního násilí v rodinách jsou nejčastěji vlastní rodiče, nevlastní otec, rodinný přítel, nebo ostatní příbuzní. Matka je pachatelem zřídka. Přes padesát procent sexuálních agresorů svou oběť dobře zná. Převažují muži, ve většině případů vystupují jako nenápadní, slušní lidé s různým stupněm vzdělání a společenského postavení. Určitou skupinu těchto pachatelů tvoří pedofilové, kteří pracují s dětmi jako vychovatelé, vedoucí zájmových kroužků či dětských táborů. Nejčastěji jsou to osoby,

kteřé byly v dětství samy zneužívány nebo osoby motivované touhou po moci nad svou obětí. Svoji autoritou jsou schopni donutit dítě k mlčení, protože navenek vystupují jako bezúhonní a seriózní lidé, což vede k pochybování o výpovědi jejich obětí (Mydlíková, 2013, s. 19–22).

3.2.3 Rodiny zanedbávaných

Zanedbávání dětí je v dnešní společnosti velmi časté a má různé formy vzhledem k věku dítěte. Ve všech věkových kategoriích se rodiče dostatečně nestarají ani o výživu dítěte, ani o jeho čistotu, či úpravu jeho oblečení. Zabývají se sami sebou a je jim lhostejné, že se dítě toulá, chodí pozdě domů a neplní své povinnosti. Velkou roli hraje ekonomická situace rodiny i její sociální statut. Velké procento rodin, které své dítě zanedbává je rozvedených, nebo se právě rozvádí. Dítěti je věnováno minimum pozornosti. Rodiče nevnímají jeho potřeby, jsou netrpěliví, netolerantní a nechápající. Dítě se stává buď přítěží, anebo naopak zbraní v probíhajícím rozvodovém řízení. Někteří rodiče jsou schopni na děti úplně zanevřít, a pokud se rozvodem výrazně sníží ekonomická úroveň starajícího se rodiče, je dítě přehlíženo, nenáviděno, někdy i obviňováno z rozpadu rodiny. Jedná se o mylné zdůvodňování a ospravedlňování chyb, které v manželství udělali sami rodiče.

Nízkopříjmové rodiny nemusí zanedbávat dítě úmyslně, ale nemají prostředky na zajištění základních potřeb dítěte, jako je oblečení, jídlo, bydlení, základní hygiena nebo zdravotní péče. Rodiče obvykle neumí hospodařit s finančními prostředky, prioritní jsou pro ně vlastní potřeby, alkohol a cigarety, někdy i návykové látky. Velmi často jsou to rodiny se sníženým intelektem nebo rodiny, ve kterých je například opakovaně páchána trestná činnost (Mydlíková, 2013, s. 29–31).

3.3 Diagnostika

J. Dunovský (1995) udává, že „*detekce, odhalení nebo zjišťování syndromu CAN se děje hlášením, nebo cíleným vyhledáváním jednotlivých případů na úrovni odborných služeb státních, komunálních nebo charitativních.*“ (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 177) Tato šetření jsou zajišťována policií, krizovými centry a poradnami, orgány

péče o rodinu a děti, linkami bezpečí a dalšími organizacemi. Oznámení skutečnosti o špatném zacházení s dítětem mají ohlašovací povinnost především lékaři, učitelé a vychovatelé. Dále ti, kdo byli svědky týrání, zneužívání nebo zanedbávání nebo ti, kdo se o tomto činu jakýmkoliv způsobem dozvěděli. Tato oznámení je potřeba vždy ověřit a předejít falešným nařčením. Diagnóza tohoto syndromu je obtížná a lze ji stanovit až po komplexním prošetření týmem odborníků. Komplexní diagnostika se skládá ze tří částí: ohlášení, diagnostika a potvrzení nebo vyloučení diagnózy.

V první fázi mluvíme hlavně o ohlášení vlastním. Oznámení je závislé na osobě, která je nejen povinna, ale i ochotna, tyto skutečnosti nahlásit. Přestože jsou mnohé profese povinny ohlásit podezření na syndrom CAN, velkou roli při rozhodování zde hraje nedostatek důvěry, jak v orgány sociální péče, tak i v orgány činné v trestním řízení. Tato problematika je velmi citlivá, oznamovatelé mohou mít špatné předchozí zkušenosti, mohou mít strach z poškození podezřelé rodiny, z odplaty, „nechtějí si dělat problémy“, „nechtějí si přidělovat práci“, nebo si jsou vědomi nedostatku znalostí a zkušeností s touto problematikou. Poslední dobou se u nás začíná objevovat i tzv. posvátnost a nedotknutelnost některých rodin.

Druhá fáze je samotná diagnostika syndromu. Spočívá v posuzování a zjišťování všech okolností ohlášení interdisciplinárním týmem. Velmi důležitá je rodinná, osobní a sociální anamnéza, která souvisí s anamnézou lékařskou. Podstatou je zjistit současný zdravotní i sociální stav dítěte a zhodnotit projevy týrání, zneužívání či zanedbávání. Vše musí být vyhodnocené s ohledem na celkový zdravotní stav a vývoj dítěte. Je potřeba rozlišit mezi náhodným poraněním, úrazem či nedbalostí a úmyslným útokem proti dítěti. Na lékařské vyšetření by mělo navazovat vyšetření dětským psychologem, součástí je i vyšetření dospělých, kteří jsou označeni za původce zneužívání či zanedbávání dítěte. Dále navazuje šetření sociální pracovnice, které se odehrává buď přímo v rodině, nebo ve školských zařízeních. Ve vážnějších případech se k tomuto procesu přizve i policie, především tehdy, pokud hrozí nebezpečí z prodlení při vyšetřování trestného činu. V některých případech je dítě přijato i k diagnostickému pobytu, kdy je možno pozorovat i hodnotit chování dítěte v neutrálním prostředí. V zákonech není přesně určeno, jakou podobu má špatné zacházení s dítětem, proto je nutné, aby posuzující pracovník byl kvalifikovaný. Je třeba zhodnotit závažnost zneužívání nebo týrání, věk a vyspělost

dítěte, nebo také etnickou příslušnost, protože každé etnikum má jiné normy týkající se péče a výchovy dítěte.

Poslední fází je zhodnocení celého šetření a následné vyvrácení nebo potvrzení oznámení. Pokud by se tato ohlášení potvrdila je třeba kontaktovat příslušné orgány, především orgány péče o rodinu (OSPOD), významnou roli hrají i dětská centra, pedagogicko-psychologické poradny, rodinné poradny a podobně (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 177–185).

3.4 Intervence

Intervence neboli zásah ve prospěch dítěte, musí vždy vycházet z komplexního rozboru celého případu a je velice individuální. Jako nejúčinnější se jeví kombinace cílené sociální pomoci současně s psychoterapií pro dítě samotné i pro jeho rodiče (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995, s. 219).

Účinnými pomocníky při řešení této problematiky jsou krizová centra, jejichž pracovníci mají dostatek znalostí a zkušeností, aby k problému dokázali přistupovat citlivě. Obecně platí, že náprava těchto situací je tím účinnější, čím dříve k ní dojde, a krizová intervence je prvním krokem. Dítě se stalo obětí násilného jednání dospělých, bylo vystaveno velké zátěži a v počátečním stádiu je nejdůležitější zajistit jeho bezpečnost a minimalizovat následky prožívaného stresu či traumatu. Dlouhodobá terapie se zaměřuje na pomoc celému rodinnému systému. Musí dojít nejen k nápravě aktuální situace, ale především je nutno objevit, a poté odstranit příčiny, které ke vzniku celého problému vedly.

V zájmu dítěte je nejprve potřeba ošetřit bezprostřední následky týrání, zneužívání či zanedbávání. Absolutní přednost mají přímá zranění, a poté nastupuje farmakologická podpora při řešení úzkostných a depresivních stavů. Nejúčinnějším způsobem nápravy důsledků týrání nebo sexuálního zneužívání je psychoterapie jako taková. Jejím, úkolem je především přijetí prožitého traumatu, jeho rozumové zpracování a uvolnění nahromaděných silných a negativních emocí. Je důležité s dítětem pracovat tak, aby pochopilo, že prožité trauma nelze změnit a je třeba je připustit a přijmout, že událost se stala. Terapeut provede dítě jednotlivými fázemi, kdy na začátku je událost popírána a vzápětí narůstá hněv a zlost současně s obviňováním „co se mi to stalo.“ Následuje fáze

smlouvání, ve které dítě má snahu oddálit dobu, kdy se budou řešit následky traumatizující události. Pokud si dítě uvědomí, co se skutečně odehrálo, a že se to opravdu stalo jemu, může začít obviňovat samo sebe nebo své nejbližší, a s tím přichází depresivní fáze provázená zoufalstvím i hrůzou z prožité události. Dítě dokonce může reagovat naprostou apatií, nezájmem o život jako takový. Pokud terapeut má důvěru dítěte a pracuje s ním citlivě, přesunuje se terapeutický proces do fáze přijetí. Dítě si dokáže přiznat, co se skutečně stalo, a přijmout následky. Je-li proces dobře veden, dostaví se smíření i přijetí následných kroků. Po projití všemi těmito fázemi je ideální doba pro návrat k „normálnímu“ životu, nastává adaptační fáze. Pro úspěšné zvládnutí traumatu, je potřeba projít všechny fáze, žádnou nevynechat. Prožité a integrované trauma by v budoucnu nemělo být zdrojem psychických problémů (Ruppert, 2011, s. 209-258)

Současně s terapeutickou intervencí je důležité pracovat i s rodinou tak, aby komunikace v rodině byla naprosto otevřená a dítě se mohlo emočně projevit beze strachu a zábran. Tak získá pocit porozumění, znovunabude svých jistot a rodina se může stát jeho oporou. Práce s celou rodinou je tak velmi podstatná. Pokud je to možné, je žádoucí, aby dítě zůstalo v domácím prostředí, odejmutí dítěte z rodiny by pro něj znamenalo další velký stres. Terapie je účinná, pokud jsou odstraněny všechny stresující překážky a dítě tak může zase pomalu získávat důvěru ve zlepšení situace. V individuální psychoterapii se kromě terapie hrou a vyprávěním příběhů často využívá i hypnóza. Následně dítě prochází i určitým nácvikem adekvátních způsobů chování, při kterém se naučí rozlišovat vhodné a nevhodné způsoby chování vztahující se k původnímu problému. Někdy může být užitečná i skupinová terapie. Velmi důležitá je socioterapie, jejímž cílem je náprava rodinných poměrů a celkové zlepšení péče o dítě. Zde je na místě intenzivní spolupráce psychoterapeutů a sociálních pracovníků (Vágnerová, 2014, s. 539–542)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výběr témat této práce ovlivnila praxe v neziskové organizaci, která se mimo jiné zabývá poskytováním odlehčovacích služeb a osobní asistencí u dětí, které procházejí psychoterapeutickou intervencí. Rovněž poskytují na přechodnou dobu vyškolené asistenty pro výpomoc u dětí, jež vyžadují individuální přístup. S těmito dětmi jsme se osobně seznámili a postup jejich terapeutické intervence jsme zdokumentovali.

Tato bakalářská práce tedy poukazuje na spojitost narušené komunikační schopnosti, tedy selektivního mutismu, a syndromu CAN u dětí v předškolním věku. Zjišťuje možné souvislosti u dětí, které prošly nějakou formou syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a selektivním mutismem, a jejich následnou intervencí.

Výzkumná část práce je zaměřena na dva konkrétní případy dětí, u kterých se vyskytl selektivní mutismus v souvislosti se syndromem CAN. Po seznámení s těmito dětmi v rámci osobní asistence jsme následně shromáždili informace a sestavili osobní a rodinou anamnézu. Se souhlasem rodin jsme získali pohled na dosavadní vývoj a chování dítěte v školských zařízeních. Seznámili jsme se také s diagnostikou obou případů a podařilo se nám také zdokumentovat odbornou intervenci a nápravu způsobených škod na dětské psychice i mluveném projevu.

Propojením obou témat chceme doložit, že selektivní mutismus u předškolních dětí má přímou souvislost se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Další nabízející se výzkumnou otázkou chceme poukázat na souvislost mezi projevy selektivního mutismu a mylnou diagnózou těchto projevů jako opožděný vývoj, nebo lehká mozková dysfunkce. Práce by měla také prokázat, zda mohou být děti s diagnostikovaným selektivním mutismem zařazeny do běžné předškolní a školní docházky. Jako poslední výstup praktické části práce by mělo být vyvrácení obecně prezentovaného významu syndromu CAN, který je vnímán jako pouhé fyzické násilí či sexuální zneužívání.

5 METODIKA VÝZKUMU

Ve výzkumném šetření v této bakalářské práci byla použita kvalitativní výzkumná metoda. Podstatou této metody výzkumu je možnost hlubšího porozumění zkoumaných osob. V rámci kvalitativního výzkumu byla zvolena forma případových studií. Pro zjištění byla využita kvalitativní výzkumná metoda, která vychází z aktivního pozorování obou dětí (převážně v rámci volnočasových aktivit a občasné přípravy v rámci předškolních přípravy na školní docházku, později i při vypracovávání školních úloh), byl navázán důvěrný kontakt s oběma rodinami a kazuistiky byly sestavovány postupnými osobními rozhovory s rodiči (i prarodiči).

Bylo využito setkávání s oběma dětmi v rámci osobní asistence. Informace byly získávány formou nestandardizovaných rozhovorů s rodiči dětí. Jména dětí byla v rámci ochrany osobních údajů pozměněna a rodiče souhlasili s tím, že jejich příběh využijeme do kazuistik této bakalářské práce. Vzhledem k citlivosti tématu daly rodiny souhlas se sestavením případových studií pouze slovní, aby byla zachována jejich anonymita.

5.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro výzkumné šetření byly osloveny dvě rodiny, které prošly terapeutickou intervencí logopeda současně s intervencí psychologa či psychiatra. Výzkumné šetření bylo realizováno na dvou dětech předškolního věku. Podmínkou pro účast ve výzkumu bylo: správné věkové rozmezí, narušení komunikační schopnosti vlivem silné negativní zkušenosti vztahující se k syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Příznaky selektivního mutismu se projevily až po zkušenostech se syndromem CAN. V předškolním věku by se dítě mělo umět vyjadřovat a navazovat sociální kontakty, a to jak s dětmi, tak i s dospělými. Veškerá komunikace je podmíněna podnětností prostředí, ve kterém se dítě nachází.

Prvním účastníkem je dívka, u které se selektivní mutismus projevila ve věku čtyř let a osmi měsíců, kterou fyzicky týral nevlastní otec, partner matky.

Druhým účastníkem je chlapec, u kterého se selektivní mutismus projevil ve věku pěti let a tří měsíců. Rodiče pod podmínkou zachování anonymity dovolili nahlédnout do zprávy logopeda a závěrečného hodnocení šetření pedagogicko-psychologické poradny.

5.2 Výzkumné šetření

Vzhledem ke zvláštnostem propojení obou problematik byly veškeré informace v obou případech získávány pomocí nestandardizovaných osobních rozhovorů. Vzhledem k citlivosti a psychického vypětí jsme zvolili právě nestandardizované rozhovory, abychom dali respondentům prostor vyjádřit fakta i emoce. Proto není použita písemná dotazníková forma, ale rodiče souhlasili s tím, že si mohou dělat stručné poznámky. Díky důvěře dětí i rodičů jsme mohli tyto případové studie sestavit a následně použít v této práci. Vysoká otevřenost rodičů a vlastně i dětí byla podmíněna neexistencí písemných dokumentů s výjimkou našich poznámek. Jména v případových studiích jsou pozmeněna.

5.2.1 Kazuistika č.1

Prvním účastníkem případové studie věnující se tomuto tématu je dnes téměř sedmiletá dívka, u které se selektivní mutismus projevil ve věku čtyř let a šesti měsíců, kdy zároveň docházelo k hlavně psychickému a v menší míře fyzickému týrání ze strany partnera matky, který nebyl jejím biologickým otcem. Spouštěcím faktorem byla ztráta zaměstnání matky a její ekonomická závislost na partnerovi, následovaná závislostí vztahovou. Matka ve svém strachu z opuštění nechtěla vidět důležité signály, že s dcerkou není vše v pořádku. A své původní velmi silné citové pouto k dceři nahradila vlastním strachem o partnerský vztah.

Osobní anamnéza

Stela je ve věku necelých sedmi let. Narodila přirozenou cestou předčasně, sice jen o týden, přesto měla nižší porodní váhu (2 634 g). Po porodu se holčička dále vyvíjela bez komplikací.

Stela nemá sourozence a s matkou a jejím partnerem bydlela v menším bytě v Praze. Během prvních měsíců holčička dobře prospívala, její psychomotorický vývoj

se jevil v normě. Stela byla velmi šikovná, v deseti měsících lezla a ve dvanácti měsících začala chodit. Vývoj řeči také odpovídal věku, její první slova zazněla po prvním roce a po druhém roce začala sestavovat první věty. Když byla Stela malá, matka se jí ve volném čase věnovala, četla jí, hrály si spolu a dívku podporovala ve snaze učit se novým věcem. Jako dítě Stela byla očkovaná v rámci očkovacího plánu. Návštěvy u pediatra, krom pravidelných kontrol, nebyly nutné.

Nástup dané narušené komunikační schopnosti, tedy selektivního mutismu, se váže na změnu stavu domácnosti, respektive na dobu, kdy matka přišla o práci a partner, stavební dělník, začal pít, protože na něm zůstalo břemeno živit rodinu, potažmo dceru, která není jeho. Ze začátku jen křičel a byl velmi hlasitý a vulgární. Později, když začal pít více, hledal si maličkosti, za které Stelu trestal. Stelu zásadně trestal v čase, kdy matka nebyla doma. Neuklízela hračky, nebyla do postele připravená v přesný čas, nebo jen moc mluvila, to vše byly důvody k výprasku. Začalo to křikem, nadávkami, pohlavky. První známky nemluvnosti se začaly u Stely projevovat ve 4,5 letech. Tou dobou je přestali na zákaz partnera navštěvovat prarodiče. Matka byla převážně pasivní a obhajovala partnera, protože se na něm stala finančně závislou, a tak mu většinou dávala zapravdu.

Stela se od doby, co trávila čas s matčiným partnerem změnila, nebyla již tak upovídaná a veselá. Partner chodíval domů z práce opilý a na Stelu často křičel. Matka v té době byla již velmi závislá na partnerovi a bála se, že ji opustí. Stela tak byla čím dál častěji sama ve svém pokoji, bez nejužších rodinných kontaktů, a přestávala vyhledávat společnost. Časem zjistila, že je pro ni bezpečnější, když je úplně stranou ve svém pokojíčku a v podstatě dělá, že neexistuje. Pokud si povídala, potom jen sama se sebou, s maminkou jenom málokdy a pouze v situaci, kdy byly spolu samy dvě.

Rodinná anamnéza

Stela se narodila v červnu 2015. Narodila se do neúplné rodiny, tehdejší partner matku opustil v polovině těhotenství a nového partnera si matka našla po druhém roce Stely. Matka (1989) žije v malém podnájmu a pracuje jako servírka. S péčí o Stelu vypomáhali babička a dědeček, kteří ji hlídali, zatímco matka byla v práci, kde převážně dělala noční směny v klubu poblíž jejich bydliště. Matka před narozením holčičky dvakrát potratila. V těhotenství se velmi bála, zda dítě donosí. U nikoho v rodině se nevyskytly sociálně patologické jevy ani výrazné projevy řečových poruch. Matka pouze chodila v dětství na logopedii, kvůli správné výslovnosti písmen „R“ a „Ř“.

Biologický otec (1991) si po rozchodu našel partnerku a údajně má novou rodinu. Se Stelou se nevidá a prakticky ji ani nezná. Pracuje jako dispečer. Z otcovy strany se v rodině neprojevily žádné z řečových poruch. V rodině otce se vyskytuje diabetes.

Scholarita

Stela navštěvuje mateřskou školu od tří let a hned od začátku se jí tam velmi líbilo. Našla si pár „dobrých“ kamarádů, ke kterým měla blízko. S ostatními dětmi neměla problém, ale jejich společnost sama nevyhledávala. Také schopnost komunikovat ve známém prostředí ji nečinila žádné potíže. Nástup do školky probíhal bez problémů, bez výkyvů, a Stela se svým oblíbeným učitelkám jevila jako nejupovídanější z celé třídy.

S narůstajícími problémy doma, jež začaly s pravidelným popíjením matčina přítele, se Stela postupně začala ve školce stranit ostatních dětí s kamarády komunikovala čím dál méně. Většinu času si hrávala sama, nebo jen s jedním dítětem, a postupně přestávala mluvit. Oproti jejímu dřívějšímu bezstarostnému a častému povídání, kdy chrlila jednu větu za druhou, došlo k výrazné změně. Odpovídala převážně jednoslovně, nebo jen krčila rameny či kývala hlavou. Později si učitelky ve školce všimly, že občas má na těle drobné modřinky a v souvislosti s tím začaly vnímat i další, pro Stelu, neobvyklé reakce. Stávalo se, že při prudších pohybech ostatních dětí sebou nečekaně cukla, vypadalo to, jako by se chtěla ukrýt před možnými ranami, před dětmi se začala stydět, při hlasitějších a živějších hrách se bála, nechtěla se jich zúčastňovat, celkově začala mít problémy s komunikací s ostatními.

Lékařské vyšetření

Při poslední pravidelné pětileté prohlídce byla Stela extrémně stydlivá a nechtěla s doktorem ani promluvit, i když ho vždy měla ráda a povídala si s ním. Když doktor chtěl Stelu prohlédnout, tak se rozběhla a raději se schovala do kouta. Po určité chvíli na sebe nechala alespoň sáhnout, ale velmi opatrně. Doktor si také všiml drobných podlitin, které matka nijak nevysvětlila.

Návštěva u pediatra sehrála klíčovou roli v tomto životním příběhu. Lékař se velmi podívoval nad zvratem ve vývoji dítěte, které za celou dobu prohlídky zašeptalo pár slov. Zkusil s matkou promluvit o možných příčinách nemluvnosti dítěte, o svém podezření na možné špatné zacházení s dítětem, jež má za následek jeho zpomalený vývoj, jak po logopedické stránce, tak i po stránce změn rodinných a sociálních vazeb. Protože si pamatoval, že matka v raném věku Stely byla velmi pečlivá, zkusil navrhnout

podpůrnou terapii dětského psychologa a zároveň doporučil i návštěvu logopeda. Matka reagovala mírně a poměrně vstřícně, stále tam byla znát původní silná vazba s dcerkou. Bylo jasné, že terapie musí zahrnovat i samotnou matku. Později se ukázalo, že pozitivní vliv na terapii budou mít i přizvání prarodiče.

Terapeutická intervence

Na prvním setkání s dětským psychoterapeutem byla Stela velmi nesvá. Nejprve mu nedůvěřovala, schovávala se za matku, nechávala ji za sebe mluvit a terapeuta ignorovala a přehlížela. Terapeut se snažil vytvořit bezpečné, vlídné a klidné prostředí, ve kterém by se Stela mohla projevit, a zpočátku ji vůbec nenutil do komunikace. Matku seznámil s podobou budoucí terapie a předeslal, že děti po traumatickém zážitku komunikují převážně formou her, vyprávění pohádek a příběhů. Pokud dítě nechce mluvit, často se rádo projeví kresbou, ze které se dá velmi mnoho vyčíst. Malování je pro tyto děti bezpečné, a přesto velmi vypovídající pro terapeuta. Stává se tak další formou terapie. Stelíným úkolem bylo například namalovat obrázky, které vyprávějí příběhy. Dalším úkolem v oblasti malování bylo nakreslit samu sebe, svou rodinu, a posléze své místo v rodině. Sama pak měla pokusit popsat, jak svůj obrázek vnímá a zda jsou na kresbě všichni, které má ráda. Tyto obrázky začaly znamenaly výrazný pozitivní pokrok v terapii, protože se na nich objevili prarodiče a Stela je vnímala velmi radostně. Tím spíš, že dědeček se tak stal bezpečně vnímaným a Stelou milovaným mužským členem v rodině.

Prvních pár sezení probíhalo výhradně za přítomnosti matky. Stela si zvykala na prostředí a budovala si důvěru v terapeuta. Postupně se začala uvolňovat, protože před každou další návštěvou věděla poměrně přesně, co ji čeká a čemu se budou s terapeutem a s matkou věnovat. Terapeut se postupně snažil podle Stelina výběru hraček a různých předmětů vysledovat, které hračky ji zaujmou, v jakém pořadí si je vybere, a jakým způsobem je při hře využívá.

Při první samostatné terapii, kdy matka nebyla přítomna ve stejné místnosti, ale Stela věděla, že je poblíž, měla připravenou hru s různými papírovými postavičkami. Stelíným úkolem bylo vybrat si jednotlivé postavičky, pojmenovat, koho z jejich blízkých představují, a pomocí hry na běžné domácí činnosti měla vyjádřit své vztahy k nim. Zároveň tak ukázala, jak vnímá vztahy mezi postavičkami navzájem (interakce matka-prarodiče, matka-Stela, babička-Stela, dědeček-Stela, babička-dědeček atd.). Ze hry

vyplývalo Stelino vnímání rodinných vazeb, současně se projeví i její emoce ke členům rodiny. Poslední část této hry také ukázala, jak by si Stela představovala pro ni ideální vazby v nejužší rodině.

Na dalším sezení byla tato hra obměněna a postavičky měly představovat sociální vazby mimo rodinu. Stela měla vystoupit ze své „sociální bublinky“, ve které byla nejužší rodina. Terapeut ji nasměroval na rozšíření jejích sociálních vazeb a do hry zahrnul učitelky a kamarády ve školce, děti na dětském hřišti poblíž nového domova, přidal i postavičky pediatra, logopeda a terapeuta. Cílem této části hry bylo zjistit, zda je Stela připravená přijmout další sociální vazby, aniž by to v ní vzbuzovalo obavy či strach.

Vzhledem k dlouhé předchozí terapii (cca rok) se Stela již cítila bezpečně a nové sociální vazby už pro ni neznamenal tak velké překážky, aby se jich bála. Naopak některé postavičky zapojila do hry s velkou chutí a dokázala o nich povídat s nečekanou radostí a akceptovat, že jsou součástí jejího běžného života. Po více než roce vykazovala Stela veliký pokrok ve vnímání současných sociálních vazeb mimo rodinu, přijímání nových osob v jejím okolí už nepocítovala jako ohrožení, naopak se vracela ke svému původnímu nastavení upovídání a komunikativní holčičky.

Logopedická intervence

Stela přišla do logopedické ambulance poprvé ve věku 5 let na základě doporučení učitelek ze školky a pediatra. Logoped se s matkou domluvil, že se budou věnovat hlavně samotné nápravě vyslovování hlásky „K“, která dělala problémy. Dále bylo potřeba zvážit, zda po negativních zážitcích, kvůli kterým přestala mít potřebu mluvit, bude problém mutismu řešit raději psychoterapeut než logoped. Logopedická péče probíhala vždy za přítomnosti matky. Stela při prvních sezeních odmítala spolupracovat. Z počátku nereagovala vůbec, při dalších sezeních se zapojovala pouze neverbálně během cvičení formou hry, nebo nevědomky či omylem.

Při prvním sezení byla Stela trochu bojácná a vyjadřovala se pouze neverbálně. Logoped na úvodním sezení respektoval její postoj a nechal ji čas, aby si zvykla a cítila se bezpečně. Pro usnadnění a poskytnutí úvodního náhledu, jak Stela komunikuje, navrhl logoped využít videonahrávky z domácího prostředí. V tomto prostředí, po odstěhování se od bývalého partnera, se Stela cítila bezpečněji a opatrně začala komunikovat. Po několika návštěvách na logopedii se Stela začala při setkáních projevovat verbálně, šeptem. Komunikovala převážně s matkou, ale byly vidět pokroky a začínající spolupráce

s logopedem. V okamžiku, kdy Stela získala důvěru v poklidném prostředí, došlo k obratu v terapii. Logopedická práce byla zaměřena na procvičení a zafixování správné výslovnosti hlásky „K“. V další fázi následovala snaha zautomatizovat mluvní projev a omezit vypjaté situace, kdy docházelo k oněmění. V souvislosti s hláskou „K“ byla do intervence zařazena různá cvičení. Stela dělala například dechová cvičení, cvičení na rozvoj motoriky mluvidel a rozvoj sluchové paměti. Z počátku se vyjadřovala jen neverbálně, ale v návaznosti na současně probíhající psychoterapii, začala pomalu šeptat, později potichu mluvit.

Při dechových cvičeních Stela trénovala odfouknutí papírové kuličky z dlaně. Toto cvičení vyžaduje silný a prudký výdech. Další z možností dechového cvičení, které Stela trénovala, bylo foukání do plamene svíčky. Když foukala lehce, plamen svíčky se pohyboval, pokud foukla silně, plamen zhasl. Dále trénovala například „foukání bublin“, kdy měla zavřená ústa a nafukovala, střídavě buď jednu tvář, nebo obě tváře najednou.

Logoped každé cvičení názorně ukazoval, aby Stela věděla, co se bude dělat, a také aby měla jistotu, že požadované cvičení je proveditelné. Současně tak docházelo k mnoha humorným situacím, které výrazně přispěly k důvěrné a klidné atmosféře při sezeních. Logoped po Stele chtěl, aby procvičovala postavení jazyka, především v zadní části ústní dutiny. Tato cvičení patří do rozvíjení motoriky mluvidel. Při vyslovování této hlásky („K“) je totiž důležité, aby dítě nechalo otevřenou pusou a jazyk nechalo ležet na dolním patře. Při nácvičování této hlásky může mít dítě nepříjemné pocity, někdy až pocity dávení. Stela při těchto cvičeních měla drobné obtíže, a tak společně s logopedem pracovali pomalu, aby si Stela zvykala na postavení jazyka a nevyvolávalo to u ní pocit na zvracení. Postupně se zlepšovalo postavení jazyka při cvičeních a logoped začal přidržovat špičku jazyka tak, aby ležel volně na dolním patře, a zároveň se špička jazyka nemohla zvednout. Takto pomocí hlásky „T“ trénoval postavení jazyka nutné ke správnému vyslovování hlásky „K“.

Stela dostávala od logopeda drobné domácí úkoly, cviky, slova a později říkanky, které si měla doma procvičovat. Zde se výrazně uplatnila matka, která jí věnovala dostatek času a velmi dobře spolupracovala. Postupně s matkou nacvičovaly hlásku „K“ se samohláskou a vytvářely slabiky, poté zkoušely krátká slova a začaly tato slova propojovat s větami. Pomáhaly si různými básničkami, říkankami a pohádkami. Jednou z jejích oblíbených pohádek, které spolu s matkou četly a trénovaly, byla pohádka

Kristýnka a krtek z knihy Logopedické pohádky na doporučení logopeda. (Eichlerová, Havlíčková, 2016, s. 40)

Závěr

Dnes je Stele necelých sedm let. Žije s matkou v podnájmu na okraji Prahy. Přestěhovaly se na nové místo po rozchodu s tehdejšími partnerem. Stela má svůj vlastní pokoj a má povinnost se starat o svého králíčka, kterého pořídily na radu terapeuta. Zvířátko pro Stelu představuje kamaráda, kterému se „může kdykoliv svěřit“. Králíček, o kterého musí zodpovědně pečovat, je tak součástí terapie a pro holčičku zosobňuje stále přítomného partáka. Další kladnou úlohu v jejím životě zastávají babička a dědeček, kteří pravidelně jezdí na návštěvy.

Terapeutická intervence u ní probíhala více než rok a půl, po dvou až třech týdnech, ke konci po měsíci. Veškeré postupy v terapii byly zvoleny s respektem vůči Stele. Nebyla nucena do činností, které by v ní vyvolávaly posttraumatickou reakci. Stelin zážitek ji provázel a dodnes provází v myšlenkách. Protože v současné době už má dostatek radostných podnětů, prožité trauma tak přestalo ovlivňovat její vztah k ostatním a pro ni neznámým lidem. S terapeutem se matka domluvila na odkladu školní docházky, aby se naučila veškeré dovednosti z terapie používat v každodenních situacích. Terapií tak získala zpět svou sebedůvěru a zároveň schopnost přijmout nové prostředí i nové osoby ve své blízkosti, což je důležité pro nástup do školy.

5.2.2 Kazuistika č. 2

Druhá případová studie se věnuje chlapci z Prahy, u kterého se selektivní mutismus projevil ve věku pěti let a tří měsíců. Daniel v té době ve školce patřil do třídy s předškolní přípravou, v rámci této přípravy začal nosit domů „domácí úkoly“. Z počátku měl Daniel z těchto úkolů radost, těšil se na „první školu“. Postupem času se však začal projevoval jako úzkostný a tyto aktivity začal vykonávat pouze automaticky, bez zájmu a radosti. V jeho chování došlo k výrazné změně, přestože se jevil jako velmi inteligentní a zadávané úkoly plnil bez obtíží. Bylo patrné, že činnosti vykonávané v rámci předškolní přípravy pro něho znamenají velký stres. Pomalu se jich začínal bát až děsit. Došlo také k příhodě, kdy při plnění jedné z úloh dostal téměř hysterický záchvat, při kterém se začal výrazně třást, schoulil se do kouta třídy a odmítal reagovat na jakékoliv podněty. Uklidnit ho nedokázala ani jeho oblíbená učitelka. O této události

informovala školka chůvu, která chlapce pravidelně vyzvedávala, a ředitelka školky žádala o schůzku s rodiči.

Osobní anamnéza

Daniel se narodil na konci září v roce 2011. Jeho matce bylo v tu dobu již 44 let. Průběh těhotenství byl bez komplikací. Těsně před porodem se však zdravotní stav matky výrazně zhoršil, a dítě bylo nutno porodit císařským řezem. Daniel měl běžnou porodní váhu. Vzhledem k císařskému řezu už matka nebyla schopna dítě plně kojit, i toto byl jeden z důvodů, proč se matka mohla velmi brzy po porodu vrátit ke své práci a péči o malého Daniela převzala první najatá chůva.

Danielův psychomotorický vývoj se odehrával v normě, vývoj řeči probíhal poměrně rychle, do dvou let mluvil souvislé věty, ve čtyřech letech znal písmena a číslice. Vzhledem k tomu, že jeho nejbližší okolí tvořili inteligentní a vysoce vzdělaní dospělí, malý Daniel se hodně vyptával, rád poznával nové věci, největší zájem jevil o počítač a techniku, fascinovaly jej i mapy. Rodiče zvažovali nástup do školy pro nadané děti, ale chlapec měl odmala problémy s komunikací ve vztahu k neznámým lidem, kteří nepatřili do jeho úzkého rodinného okruhu, a tak se rodiče rozhodli pro církevní školku i školu.

Rodinná anamnéza

Daniel se narodil jako poslední ze čtyř dětí. Dva z jeho starších sourozenců již pracují, a třetí dokončuje vysokou školu. Matce se narodil v jejích 44 letech, kdy už měla tři dospělé a samostatné děti a další těhotenství rozhodně nebylo plánované. Protože je však celá rodina silně věřící, přerušení těhotenství nepřicházelo v úvahu. Matka v té době již měla vybudovanou náročnou pracovní kariéru jako úspěšná právnička. V rodině je výrazně dominantní, rozhoduje o financích i o volném času celé rodiny. Je velmi výkonná, temperamentní a od ostatních vyžaduje zodpovědné plnění přidělených úkolů. V rodině je bráno jako naprosto samozřejmé, že všichni pracují a studují na plný výkon. Nejsou akceptovány žádné chyby.

V době narození nejmladšího syna bylo otcí 56 let. Je též vysokoškolsky vzdělaný a výrazně technicky zaměřený. Pracuje jako výzkumný pracovník na vědeckém pracovišti. Je značně introvertní, samotářský, v rodině se chová submisivně vůči své manželce, vyhýbá se konfliktům, v práci často setrvává nad rámec pracovní doby. Jeho práce je mu velkým koníčkem, zájem o vše technické jej spojuje se staršími dětmi, a i nejmladšího Daniela vtahuje do světa techniky a počítačů. Je to svět, který oba spojuje,

a není zde na překážku pokulhávající komunikace, protože ta se odehrává výhradně v technických termínech a emoční projevy se v jejich vzájemné komunikaci prakticky nevyskytují.

Výchova v rodině je pevně v rukou matky, otec se na ni podílí pasivně a pouze pokud je o to požádán. Manželé mezi sebou komunikují málo, úsporně, bez emočního zabarvení. Rodina je silně křesťansky orientovaná. Všechny děti mají nějakým způsobem problémy s komunikací. Z otcovy strany se v rodině vyskytuje výrazně uzavřená zvláštní povaha. Po mnoho let mají její členové problémy v sociální interakci, bez výjimky jsou to výrazní samotáři. Matka pro Daniela od útlého věku zajišťuje péči pomocí najatých chův, aby mohla nadále vykonávat svou časově náročnou práci. Chůvy se o Daniela staraly dobře, poměrně láskyplně, ale vřelý a laskavý kontakt s matkou většinou chyběl.

Scholarita

Chlapec se již od začátku školky projevoval jako inteligentní a všímavý, ale jeho komunikace s okolím byla vždy velmi stručná. Kontakty s dětmi ani s dospělými aktivně nevyhledával. Jevil se jako stydlivý, bázlivý a neprůbojný. Matka jej označila za tvrdohlavého, nepřizpůsobivého a neochotného chlapce, který nechce vyhovět přáním druhých. Trvalo to velmi dlouho, než si Daniel na školku zvykl. Vzhledem k neexistenci dalších malých dětí v rodině si Daniel neuměl vůbec hrát s ostatními vrstevníky. Kolektivní hry se musel teprve pomalu učit. Nejraději si hrál sám, upřednostňoval stavebnice a skládačky, při procházkách se nejvíce zajímal o plán cesty, čísla domů a nápisy na jednotlivých domech.

V posledním, předškolním, roce se jeho zaběhaný, vysoce individuální způsob, jak ve školce trávil čas, musel změnit ve prospěch probíhající přípravy na školu. Byl nucen více komunikovat a zúčastňovat se kolektivních aktivit, což u něj postupně vedlo k výrazné změně chování. Měl své rituály, rád nosil oblečené tytéž věci, nerad měnil prostředí, na cizí místa ho museli doprovázet rodiče, nebo chůva. Jakákoliv změna v denním harmonogramu pro něj zaznamenala emoční zátěž. Nutnost intenzivní verbální komunikace s vrstevníky i s učitelkou pro něj představovala velký problém. Navíc musel doma plnit zadané domácí úkoly. Ty měly rozvíjet jemnou motoriku a připravovat na pozdější nácvič písma. Matka tvrdě vyžadovala naprostou dokonalost při plnění těchto úkolů. Postupně se začal společné práce s matkou na těchto úkolech vyloženě bát. Ta také očekávala stoprocentní výkon, dokonalou sebeobsluhu a jakákoliv chyba znamenala

velké zklamání, jež řešila křikem a tresty. Po několika měsících se Daniel ve školce psychicky zhroutil. Jeho velký strach ze selhání vyústil do naprostého uzavření se sám do sebe a současně přestal komunikovat, a to především v situacích, kdy na něho naléhala matka. V tom okamžiku školka trvala na psychologickém vyšetření dítěte a zároveň doporučovala návštěvu pedagogicko-psychologické poradny vzhledem k budoucímu zápisu do první třídy.

Pedagogicko-psychologické poradenství

Pedagogicko-psychologická poradna na doporučení školky prozkoumala Danielovu připravenost na zahájení školní docházky a na základě rozhovorů a vyšetření doporučila svěřit dítě do péče logopeda a psychologa. Předběžně stanovili diagnózu selektivního mutismu s podezřením, že by se mohlo jednat o trvalý stav. Při vyšetření Danielových sociálních interakcí bylo zjištěno, že chlapec velmi citově strádá, chybí mu vřelá vazba k matce. K otci se vazba projevuje pouze při sdílení společných zájmů v oblasti techniky, a i zde je citové pouto velmi slabé. Přestože chlapec emočně strádá, je vysoce inteligentní a poradna nástup ke školní docházce doporučila. Pouze však za podmínky terapeutické a logopedické intervence, aby byl chlapec schopen sociální interakce se spolužáky a aby se naučil komunikovat v různých situacích. Další podmínkou byla nutnost intenzivní účasti i spolupráce rodičů na terapii.

Logopedická intervence

Na doporučení pedagogicko-psychologické poradny a po domluvě s rodiči byla realizována intenzivní tříměsíční terapie zaměřená především na zlepšení adaptability chlapce a samotný nácvik verbální a neverbální komunikace. Ve spolupráci s rodiči bylo potřeba naučit Daniela, že nestačí pouhé reagování kývnutím hlavy, a že je třeba umět komunikovat nahlas, a také v interakci s cizími osobami. Rodiče sehráli klíčovou roli v této terapii. Museli se sami naučit, že před dítětem nemohou poukazovat na jeho zábrany v komunikaci, ani na ně upozorňovat, nesmí chlapce nutit do mluvení a ani za nemluvení trestat. Při některých příležitostech bylo rodičům doporučeno využívat ke komunikaci i kresbu, nebo hru, ale netrvat na mluvené formě projevu.

Logopedická intervence se zaměřila především na neverbální techniky tak, aby logoped navázal bezpečný a důvěrný vztah s dítětem. Protože měl Daniel velký zájem o vše technické, logoped využil pro vzájemnou komunikaci počítač, kde s ním vytvářel modelové situace, které chlapce provázejí v běžném životě. Využil i nahrávání sebe

samého, a tak měl Daniel možnost pomoci animovaných postaviček předvést přímo jejich chování ve vzniklých situacích. Tyto postavičky byly využity i při tréninku, jak různé životní situace řešit. Logoped zároveň prověřil, zda nemá Daniel nějaké fyziologické překážky mluvidel. V situacích spojených s počítačem byl Daniel neobvykle „sdílný“. Počítač pro něj představoval mezičlánek ve vzájemné komunikaci s logopedem. Poté, co byla vyloučena řečová porucha, soustředil se logoped výhradně na trénink dialogů, které měl Daniel postupně zkoušet s rodiči i ve školce. Po jednotlivých krocích Daniel pochopil, že dokáže komunikovat, ale je pro něj velmi důležité cítit pozitivní emoce a vstřícný přístup druhé osoby. Návčik těchto dovedností postupoval pomalu, ale vzhledem k chlapcově inteligenci došlo k velkému pokroku, i když trval více než tři roky.

Terapeutická intervence

Kromě logopedické péče bylo nezbytné, aby chlapec prošel psychologickým a psychiatrickým vyšetřením. Pro první fázi terapie doporučoval psychiatr lehkou medikaci, především kvůli zmírnění úzkostných stavů. Matka nejprve tvrdě nesouhlasila, protože ji chlapec naboural představu perfektního a výkonného dítěte. Psychiatr ji však přesvědčil o vhodnosti této přechodné a krátkodobé medikace. Zároveň oběma rodičům vysvětlil nutnost společné terapie, která bude probíhat souběžně s terapií samotného Daniela.

S oběma rodiči bylo nutné nejprve probrat jejich vysoká očekávání týkající se Daniela. Terapeut se musel soustředit především na matku, aby byla schopna akceptovat změnu Danielovy výchovy zaměřené hlavně na výkon a dokonalost. Oběma rodičům bylo vysvětleno, že Daniel potřebuje přednostně cítit jejich lásku a bezpodmínečné přijetí, také vyloučit neustálé vyzdvihování úspěšnějších starších sourozenců. Vzhledem k vysoké inteligenci obou rodičů se terapeutovi podařilo vysvětlit, že dítě není povinno splňovat jejich nároky, ale že je samostatná, citlivá bytost, která ke svému zdárnému vývoji potřebuje pozornost a laskavé pochopení, i když se pro rodiče nejví jako dokonalé. Změna postoje k dokonalosti dítěte byla pro rodiče velmi náročná a postupovala po malých krůčcích. Důležitější úlohu zde sehrál otec, který přeci jen na syna nevyvíjel takový tlak na výkon jako matka. Začátek terapie se odehrával bez přítomnosti Daniela, po změně postoje rodičů byl Daniel přibrán k terapii a všichni tři začali „trénovat“ běžné denní aktivity a s tím související komunikaci. Rodiče se učili vést rozhovory bez nátlaku, Daniel naopak potřeboval natrénovat určitou odolnost proti „výslechům o školní výuce“.

Obě strany se učily zařazovat do vzájemné komunikace více emocí a projevů vzájemné náklonosti. Terapie i nácvik těchto komunikačních dovedností trvala více než tři roky a její větší část se odehrávala již za Danielovy školní docházky.

V průběhu Danielovy první třídy matka přestala najímat chůvu denně a rodiče po vzájemné dohodě výrazně upravili svůj pracovní program tak, aby dokázali s Danielem trávit co nejvíce jeho mimoškolního času.

Na začátku terapie se samotným Danielem bylo potřeba prolomit jeho silnou uzavřenost, aby tak ztratil zábrany a začal mluvit. Klíčovým předpokladem pro tento pokrok v terapii bylo získání Danielovy důvěry. Danielova dosavadní zkušenost spočívala v tom, že při každé příležitosti byl označován jako neschopný, málo dobrý a nevykonný. Bylo potřeba jej nejprve dovést k vyššímu sebevědomí a k vyšší sebehodnotě. Terapeut využil Danielovy zdatnosti zacházení s počítačem a pomocí animovaných her zmapoval jeho rodinné i sociální interakce. Zároveň jej neustále chválil za jeho neobvyklou šikovnost a znalosti například map a orientace v grafických návodech složitých stavebnic a různých skládaček. Právě pomocí složitějších stavebnic a hlavolamů, které byly určeny starším dětem, získával Daniel sebejistotu a díky úspěšnému řešení těchto úkolů se mu dostávalo terapeutovy zpětné vazby a upřímně myšlené pochvaly. Díky těmto hrám postupně ztrácel stud i zábrany a po pár měsících začal spontánně komunikovat. Stávalo se tak především v situacích, kdy mohl terapeutovi předvést, jak snadný pro něj zadaný úkol byl. S nově nabytým sebevědomím se terapie přesunula k nácviku pozitivních emocí, které rozšiřují škálu našeho myšlení a jednání. Daniel se potřeboval naučit, že radost v něm vzbuzuje touhu hrát si a zkoumat nové věci. Spokojenost zase vede k touze prožívat dny intenzivně. Obecně pozitivní emoce podněcují tvořivost, zvědavost a dobré vztahy s ostatními. Nácvik prožívání pozitivních emocí probíhal později i za přítomnosti rodičů a společně se tedy učili tyto emoce i nazývat. Pro rodinu, ve které vyjadřování emocí bylo doposud téměř tabu, se terapie stala během na dlouhou trať. Rodiče si uvědomili, že jejich vysoký věk a pracovní zaneprázdněnost nemůže být výmluvou pro zanedbávání citových potřeb jejich nejmladšího syna, a po déletrvající terapii začali více spolupracovat. Jejich velký smysl pro zodpovědnost přispěl ke zdárnému vývoji terapie.

Závěr

Dnes je Danielovi přes 9 let, chodí do čtvrté třídy, a přestože nepatří k vyloženě společenským žákům, život ve třídě se spolužáky pro něj již není tak složitý a nesnesitelný. Do školních aktivit se již více zapojuje především v oblasti zvládnutí počítače a technických úkolů. Rodiče úzce spolupracují s Danielovými učiteli, kteří berou ohled na jeho občasné výkyvy ve schopnosti komunikovat. Pokud má Daniel potřebu vyhnout se mluvené komunikaci, je mu umožněno využít i jiné, neverbální formy komunikace. Pro tuto toleranci k Danielovým příležitostným potížím je důležitou okolností i nízký počet žáků ve třídě. Učitelé se mu tak mohou více věnovat individuálně. Na terapie stále dochází, nyní se soustředí hlavně na komunikační dovednosti a trénování sociálních interakcí.

6 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Setkání s dítětem, jež trpělo selektivním mutismem, nás navedlo ke hledání příčin tohoto jevu. Po několika setkáních a rozhovorech s matkou holčičky bylo zřejmé, že rozhodujícím a spouštěcím faktorem bylo nepřiměřené, agresivní chování matčina partnera, které odpovídá typickému fyzickému týrání dítěte doprovázenému ještě vulgárním, hlasitým a vzteklým projevem. Holčička, která se neměla komu svěřit, na tento útlak reagovala svou mlčenlivostí, protože jediné tak minimalizovala další agresi. U této holčičky nastala tato forma narušené komunikační schopnosti v přímém důsledku předchozího týrání.

V druhém případě se k mutismu chlapec uchýlil po dlouhodobém psychickém tlaku doprovázeném absencí nejužších rodinných emočních vazeb (především k matce). Vysoké nároky na výkon v souvislosti s přípravou na školní docházku a předchozí dlouhodobé potíže s komunikací v nových situacích, v podstatě představovaly formu psychického týrání s emočním zanedbáváním. Jiná forma syndromu CAN, ale stejný únik do mlčenlivosti jako v první kazuistice.

Oba případy dokládají, že selektivní mutismus byl přímým důsledkem předchozího týrání fyzického, potažmo psychického, které bylo navíc doprovázeno nedostatečnou emoční vazbou.

V souvislosti se stanovenou druhou výzkumnou otázkou se v případě fyzicky týrané holčičky sešlo podezření pediatra na opožděný vývoj a zároveň podezření na týrání učitelek v mateřské školce. Učitelky si všimly výrazné změny v chování dosud veselé a upovídané holčičky, která se ve velmi krátkém časovém úseku téměř zastavila ve svém sociálním vývoji. V případě chlapce výraznou roli sehrály též učitelky v mateřské školce ve spolupráci s pedagogicko-psychologickou poradnou. Dosud introvertní, téměř nemluvný, chlapec se po zhroucení ve školce natolik výrazně zhoršil v komunikaci, že bez předchozí anamnézy, by na první pohled mohl být zařazen například do skupiny dětí s poruchami autistického spektra vyžadující speciálně-pedagogickou péči. Nekomunikoval, odmítal rodinu i vrstevníky a přes vysokou inteligenci se v sociálním vývoji vrátil zpět na úroveň batolete. Hlavní úlohu ve správné diagnostice sehrálo vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně.

V souvislosti se třetí hypotézou se projevy selektivního mutismu v obou našich případových studiích snadno mohly vyhodnotit jako projevy opožděného vývoje dětí, eventuelně vyhodnotit jako poruchy autistického spektra či mentální retardaci. Protože však v obou případech prošly děti logopedickou a psychoterapeutickou intervencí, velmi rychle vyšlo najevo, že jejich porucha komunikace je přímým vyústěním předchozího týrání, aniž by byl zasažen intelekt dítěte.

Obě kazuistiky ukazují, že pokud je diagnostikován selektivní mutismus jako důsledek předchozího fyzického či psychického týrání a zanedbávání, lze při správně vedené logopedické i psychoterapeutické intervenci a zodpovědné spolupráci s rodiči děti do běžné předškolní i školní docházky zařadit. Je však potřeba zdůraznit, že intervenční terapie probíhají v delším časovém období, v našich případech v období několika let.

Poslední výzkumná otázka související s obecným povědomím o problematice syndromu CAN předpokládá, že lidé tento společenský problém chápou pouze jako ojedinělé fyzické týrání eventuelně sexuální zneužívání. Lidé většinou věří, že jen málokterý rodič dokáže své dítě týrat a sexuální zneužívání považují za selhání mužů s pedofilními sklony. V dnešní společnosti, která historicky nejvíce klade důraz na bezpečí dítěte, si pod problémem týrání představuje pouze výrazné extrémy. Obecně jsou časté úrazy dětí vysvětlovány jako projevy jejich živosti a tělesné tresty jsou chápány jako projevy výchovy. Psychické týrání často vůbec nelze rozpoznat. Protože k těmto jevům dochází zejména v nejužší rodině, okolí si mnohdy ničeho nevšimne a obětem málokdy někdo věří. Malé procento prokázaných případů týrání dokazuje, že společnost tento problém vnímá pouze okrajově. Je zapotřebí o všech formách týrání dětí neustále informovat, aby se informace o problematice dostaly do povědomí širší veřejnosti ne, jen jako ojedinělá senzace, ale jako celospolečenský problém, který je potřeba řešit.

Naše druhá případová studie je dokladem toho, že psychické zanedbávání a nedostatek emočních podnětů je též jednou z forem syndromu CAN.

ZÁVĚR

Bakalářská práce propojuje problematiku selektivního mutismu s různými formami syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte konkrétně u dětí v předškolním věku a v hypotézách tyto předpoklady vyhodnocuje. Významnou úlohu v obou oblastech sehrává rodina dítěte, kdy pro dítě je nejdůležitější bezpečí domova. Tisíciletý vývoj lidstva považuje slovo domov za důležitý emoční předpoklad pro příznivý vývoj dítěte. Pokud se agrese vůči dítěti odehrává přímo v jeho domově, znamená to pro něj silné trauma a rodina jako taková tak selhává ve své nejvýznamnější roli. Velmi obecně se dá říct, že každé dítě, které není milováno je svým způsobem týráno, či zanedbáváno.

Pokud jde o problematiku mutismu, která představuje v naší společnosti zatím jen okrajové téma, je publikací o podrobné metodice a diagnostice prozatím poměrně málo. Děti, které mají potíže se sociální interakcí a řeší je únikem do nemluvnosti, přibývá a péče o ně ještě nemá jasná pravidla. První kroky se odehrávají především v logopedické intervenci, na kterou navazuje intervence psychologická. Protože se většinou jedná o nejisté, bázlivé až neurotické děti, rodina si s nimi obvykle neví rady. Proto je zde velmi podstatná multidisciplinární spolupráce. Děti trpící selektivním mutismem ve zvýšené míře reagují úzkostí a strachem. Málokdy se cítí být v pohodě, mají zhoršené nebo nulové sebehodnocení a trpí též nízkým sebevědomím. Svou nemluvností mají tendenci vyhýbat se situacím, které neumí řešit, a svou nejistotou a obavami se utvrzují v setrvání v mlčenlivosti. Útlum řeči navíc prohloubí jakékoliv prožívané napětí nebo strach, téměř vždy k němu dochází následkem prožitého traumatu, a dítě potom reaguje pouze posunky, anebo vůbec. Mutismus se nejčastěji projevuje v předškolním věku nebo v mladším školním věku. Velmi zřídka k němu dochází ještě po osmém roce života. Terapie pro děti se selektivním mutismem mívá velmi dobré výsledky. Nepříznivá prognóza se vyskytuje pouze u dětí, u kterých byl mutismus diagnostikován a přetrvává po desátém roce života. Další možnou komplikací je psychiatrická dědičná zátěž v rodině. Velmi vhodnou a často aplikovanou formou psychoterapie je terapie hrou a především rodinná terapie. I některých případech je zpočátku vhodná i lehká farmakoterapie, která má u dítěte zmírnit jeho úzkosti a strachy.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je třeba dát do souvislosti se skutečností, že dětství je v dnešní době chápáno jako specifické a velmi důležité vývojové období člověka. Ideální představa společnosti je, že každý rodič své dítě miluje a náležitě se o něj stará. Skutečnost však vypovídá o tom, že si řada rodičů svou rodičovskou úlohu vykládá jako neomezenou moc nad bezbranným dítětem. Přibývá případů, kdy jsou děti ohroženy nejen ve svém vývoji, ale jsou ohrožovány na zdraví, jsou sexuálně zneužívány, psychicky a emočně zanedbávány, a není ojedinělá ani jejich fyzická likvidace. Samotné zjišťování, zda se jedná o syndrom CAN je v mnoha případech velmi obtížné a naráží na společenské předsudky, domněnky, dále na lhostejnost lékařů, pedagogů, orgánů sociální péče i orgánů činných v trestním řízení. Na druhou stranu v naší zemi funguje řada organizací, které přijímají i anonymní oznámení, a poté je předávají příslušným orgánům. Na některé se mohou obracet samotné děti a díky jejich působení se mnoha dětem dostalo pozornosti a následné péče i pomoci.

Jednotlivé formy syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se velmi špatně určují. U týrání a fyzického ubližování je rozdíl mezi ještě přijatelným trestem a tělesným ublížením, mnohdy špatně rozpoznatelný. Dítě bylo od nepaměti považováno za majetek dospělých a tělesné tresty mají silnou historickou tradici, někdy hraničící s krutostí. Většina těchto poranění je viditelná, a tak je smutné, že jsme k nim často lhostejní. K tělesnému týrání se většinou uchylují psychicky nevyrovnaní a neurotičtí rodiče, kteří obvykle byli ve svém dětství sami obětmi agresivity rodičů. Další formou tohoto syndromu je psychické ubližování, které je obtížně prokazatelné, vzhledem k tomu, že psychickou bolest (bolest duše) nemůžeme nijak vidět ani změřit. O této bolesti může vypovědět pouze ten, kdo ji zažil. Dostavuje se jako výsledek nevšímavosti, opovrhování, výsměchu, ponižování, urážek a cíleného zastrašování. Tělesná bolest po nějaké době pomine, ale psychická bolest přetrvává dlouho poté, co je dítěti ublíženo. Dítě si tak do života nese trvalé následky, jako jsou pocity méněcennosti, úzkostné stavy, nedostatek sebedůvěry, a neschopnost vážit si samo sebe. Tuto svoji frustraci může nevhodně kompenzovat a stává se tak zdrojem šikany slabších. Opačná reakce pak vyústí v naprostou uzavřenost a neschopnost komunikovat s okolím. Důsledkem tohoto týrání bývá psychicky narušené dítě s depresivními či úzkostnými reakcemi.

Pro společnost asi největší tabu představuje sexuální zneužívání dětí. V této oblasti panuje spousta předsudků. Většina populace si představuje, že k tomuto jevu dochází zřídka, že původci jsou duševně nemocní jedinci, nebo že pohlavní zneužití znamená pouze pohlavní styk dospělého s dítětem. Také se mylně domnívá, že zneužívání dítěti nečiní žádné potíže, že tomu nerozumí a nezůstávají mu žádné následky, fyzické ani psychické. Též panuje názor, že k tomuto jevu dochází pouze v primitivních kulturách nebo v sociálně slabých komunitách. Zanedbávání dětí se jeví jako nejméně nebezpečná forma syndromu CAN. Bývá nejčastěji opomíjeno a považováno za nepodstatné. Zanedbávané dítě strádá nedostatkem podnětů, které potřebuje ke svému zdravému fyzickému i psychickému vývoji. Někdy splývá s pojmem dítěte deprimovaného. Posuzování tohoto jevu se nutně musí odvíjet od kulturní úrovně dané společnosti, dalším kritériem je převládající systém hodnot této společnosti, její tradice a zvyky. Zanedbanost je možno posuzovat pouze s přihlédnutím k těmto širším společenským souvislostem. Krajním případem sociální zanedbanosti jsou děti, které jsou izolovány od lidské společnosti.

Teoretická část této práce i popsané kazuistiky nás vedou k přesvědčení, že případy selektivního mutismu i syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jsou silným společenským tématem, které si zasluhuje stálou pozornost široké veřejnosti. Případy, které jsou medializovány nebo se staly součástí statistik, bohužel odrážejí pouze velmi malou část skutečně existujících případů. Dosavadní zkušenost u nás i ve světě jednoznačně ukazuje, že veškerá snaha o nápravu těchto jevů, musí začínat prevencí. Při popisu jednotlivých smutných příběhů týraných dětí je důležité připomínat, čeho bychom si měli všimnout, na jaké projevy bychom si měli dávat pozor, čeho bychom se měli vyvarovat, a co by v žádném případě nemělo být tolerováno.

Přestože moderní společnost vytvořila rozsáhlou legislativu, která chrání práva dětí, běžná praxe ukazuje, že dodržování litery zákona je v rozporu s tím, co se s týranými a zanedbávanými dětmi děje. Velmi často je upřednostňováno právo biologických rodičů a děti jsou do jejich péče navraceny přesto, že je velké riziko dalšího týrání a zneužívání. Organizace, jako třeba Fond ohrožených dětí, Dětské krizové centrum a další podobné instituce, mají ve svých statistikách řadu dětí, které jsou po navrácení ke svým biologickým rodičům využívány například pro dětskou práci. V řadě rodin jsou tyto děti především zdrojem finančních prostředků (přídavků a jiných sociálních dávek), a nadále

jsou týrány a zanedbávány, přestože v náhradní rodině velmi dobře prospívaly. V této oblasti chybí důsledná a opakovaná kontrola ze strany sociálních pracovníků. Často není vůbec bráno v úvahu práni těchto dětí a některé případy končí i jejich smrtí. Aby k těmto smutným příběhům vůbec nedocházelo, je potřeba nastavit účinnější pravidla spolupráce mezi sociálními pracovníky, policií a následně soudy, jež by měly intenzivně komunikovat s psychology a psychiatry a především zjišťovat, jaká jsou skutečná práni týraných a zanedbávaných dětí. K tomuto stavu by určitě přispělo i pečlivé sestavování rodinné anamnézy, znalost širšího okolí rodiny a šetření ve školských zařízeních, do kterých děti docházejí.

Tak jako se ve školách dnes učí například počítačové a finanční gramotnosti, bylo by potřeba zařadit do výuky i tematické bloky o vztazích mezi rodiči a dětmi, informovat o problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Do výuky by mohly být zapojeni i například dětské psychologové, aby s dětmi probrali normální chování, a naopak příklady patologické sexuality a zneužívání dětí, aby jim ukázali, jak toto rizikové chování rozpoznat, jak se mu bránit a následně na koho se obrátit, pokud by k němu došlo. Školy by do této výuky mohly přizvat i kriminalisty zaměřené na stíhání pornografie a zneužívání dětí. Další důležité téma představuje zneužívání internetu a sociálních sítí, kde jsou děti snadnou kořistí.

Obecně bychom mohli zkonstatovat, že široce založená osvěta je schopná utvářet postoj společnosti tak, aby potřeby a zájmy dítěte byly důležitější než hmotné statky a aby bezpečí dítěte stálo na prvním místě.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BECHYŇOVÁ, Věra, 2007. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Vyd. 1. Praha: IREAS. ISBN 978-80-86684-47-5.
- BENTOVIM, Arnon, 1998. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Vyd. 1. Překlad Daniel Bogušovský, Vratislav Janda. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9629-3.
- BOWLBY, John, 2012. *Odloučení: kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0076-5.
- BOWLBY, John. 2010. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-670-4.
- BOWLBY, John, 2013. *Ztráta: smutek a deprese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0355-1.
- CEJP, Martin, 2007. et al.: *Tvorba a realizace projektů prevence kriminality mládeže*. 1. vyd., Praha: Centrum pro veřejnou politiku. ISBN 978-80-239-9950-1.
- DUNOVSKÝ, Jiří, 1999. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Grada Pub. . ISBN 80-716-9254-9.
- DUNOVSKÝ, Jiří, Zdeněk DYTRYCH, Zdeněk MATĚJČEK, a kol., 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-192-5.
- EICHLEROVÁ, Ilona a Jana HAVLÍČKOVÁ, 2016. *Logopedické pohádky: příběhy k procvičování výslovnosti*. Vydání druhé. Ilustroval Michaela BERGMANNOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1151-8.
- GELDARD, Kathryn a David GELDARD, 2008. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-476-2.

- HANUŠOVÁ, Jaroslava, 2006. *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí,. ISBN 80-86991-78-4.
- HARTMANN, Boris, Michael LANGE, 2008. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti: Rádce pro rodinné příslušníky, postižené, terapeuty a pedagogy*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-021-8. Překlad: Pravoslav Prokeš
- HORT, Vladimír, 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.
- KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ, 2012. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-229-1.
- KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.
- KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Emoční poruchy a poruchy chování v dětství a dospívání*. In Říčan, Pavel; Dana Krejčířová a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 4.vyd. ISBN 80-7169-168-2.
- KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2007. *Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí*. In kolektiv autorů. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS. ISBN 978-80-86684-47-5.
- KUTÁLKOVÁ, Dana, 2005. *Logopedická prevence*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-056-9.
- KUTÁLKOVÁ, Dana, 2007. *Mutismus: metodika reedukace*. Praha: Septima. ISBN 978-80-7216-241-3.
- LECHTA, Viktor, 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.

LEJSKA, Mojmír, 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatricie*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-038-7.

MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH, 2002. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-0332-7.

MATĚJČEK, Zdeněk a Jarmila KLÉGROVÁ, 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0000-0.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK, 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1983-5.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

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

MUFSON, Susan a Rachel KRANZ, 1996. *O týrání a zneužívání*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, Linka důvěry. ISBN 80-7106-194-8.

MURRAY, Lynne, 2016. *Psychologie malých dětí: jak vztahy podporují vývoj dětí od narození do dvou let*. Přeložil Viola SOMOGYI. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-011-0.

NEUBAUER, Karel, 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.

RUPPERT, Franz, 2011. *Symbióza a autonomie: traumata z narušeného systému rodinných vazeb*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0004-8.

SLANÝ, Jaroslav, 2008. *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-474-7.

SOVÁK, Miloš, 1984. *Logopedie předškolního věku*. Praha: SPN. ISBN 14-749-89.

ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol., 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ, Hana PROVAZNÍKOVÁ, 1995. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-718-4008-4.

VANÍČKOVÁ, Eva, 2004. *Tělesné tresty dětí: definice, popis, následky*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0814-0.

WINNETTE, Petra, 2010. *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Tišnov: Scan. ISBN 80-86620-20-4.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

MYDLÍKOVÁ, Eva, Marián FEDOR, Sylvia GANCÁROVÁ, Mariana KOVÁČOVÁ, Jana ŠVECOVÁ a Denisa VARGOVÁ, 2013. *Průručka o syndróme CAN*. Bratislava.

SEZNAM ZKRATEK

CAN	Child abuse and neglect
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Petra Brychtová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: prezenční

Název práce: Selektivní mutismus a syndrom CAN
u dětí předškolního věku v Praze

Rok: 2021

Počet stran textu bez příloh: 46

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 37

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.