

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Ústav speciálněpedagogických studií

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Terapie hrou u dětí se selektivním mutismem

Tereza Černínová

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci na téma *Terapie hrou u dětí se selektivním mutismem* vypracovala samostatně a použila zdroje, které cituji a uvádím v seznamu použitých pramenů.

V Olomouci dne: .....

Podpis: .....

Tereza Černínová

## Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D., za odborné vedení, vstřícný přístup, pohotovou komunikaci, připomínky a mnoho cenných rad, bez kterých by tato práce nebyla taková, jakou je. Dále bych poděkovala všem odborníkům, kteří byli ochotni se podílet na výzkumné části této práce.

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Tereza Černínová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2024

<b>Název práce:</b>	Terapie hrou u dětí se selektivním mutismem
<b>Název v angličtině:</b>	Play therapy in children with selective mutism
<b>Zvolený typ práce:</b>	Výzkumná práce – zpracování primárních dat
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce se zabývá terapií hrou u dětí se selektivním mutismem a využívání maňáska či loutky jako komunikační pomůcky. Je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou definovány základní informace, etiologie, symptomatologie, diagnostika, terapie a prevence. Dále je zde popsána definice terapie hrou, hra a její význam. Ve výzkumné části jsou zpracovány i analyzovány rozhovory s odborníky a následně uvedeny výsledky z provedeného výzkumu.
<b>Klíčová slova:</b>	Selektivní mutismus, mutismus, terapie, Nedirektivní terapie hrou, dítě
<b>Anotace v angličtině:</b>	The bachelor thesis deals with play therapy in children with selective mutism and the use of puppets as a communication tool. It is divided into theoretical and research parts. The theoretical part defines basic information, etiology, symptomatology, diagnosis, therapy and prevention. It also describes the definition of play therapy, play and its meaning. In the research part, interviews with experts are elaborated and

	analyzed and then the results from the research conducted are presented.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Selective mutism, mutism, therapy, Non-directive play therapy, child
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 – Souhlas s poskytnutím informací pro výzkumné účely
<b>Rozsah práce:</b>	59 stran + příloha
<b>Jazyk práce:</b>	český

# Obsah

Úvod.....	7
<b>1 MUTISMUS.....</b>	<b>9</b>
1.1 Definice a terminologie.....	9
1.2 Klasifikace mutismu.....	11
1.3 Etiologie mutismu.....	13
1.4 Symptomatologie.....	16
1.5 Diagnostika a terapie.....	18
1.6 Prognóza.....	21
1.7 Prevence.....	22
<b>2 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE SE ZAMĚŘENÍM NA TERAPII HROU.....</b>	<b>24</b>
2.1 Definice terapie hrou.....	24
2.2 Hra a její význam.....	26
<b>Shrnutí teoretické části.....</b>	<b>28</b>
<b>3 ANALÝZA VYUŽITÍ TERAPIE HROU ČI KOMUNIKAČNÍ POMŮCKY U DĚTÍ SE SELEKTIVNÍM MUTISMEM.....</b>	<b>30</b>
3.1 Vymezení cílů a metodologie výzkumu.....	30
3.2 Charakteristika a průběh výzkumu.....	31
3.3 Analýza a interpretace.....	33
<b>Diskuse.....</b>	<b>50</b>
<b>Závěr.....</b>	<b>52</b>
<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>53</b>
<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>57</b>
<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>58</b>
<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>59</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>60</b>

# Úvod

Tématem bakalářské práce je terapie hrou u dětí se selektivním mutismem. Selektivní mutismus je psychogenně narušená komunikační schopnost, která není mezi dětmi tak častá a mnohdy ani širokou veřejností známá. Problematika selektivního mutismu mě zaujala kvůli propojení logopedie s psychologií a specifickým, která se k diagnóze selektivního mutismu pojí. V rámci logopedické intervence a terapie u dětí se selektivním mutismem se nezabýváme pouze komunikační stránkou řeči, ale částečně se k tomu pojí i duše dítěte. Z provedené rešerše bylo patrné, že se v rámci své práce budu zabývat terapií hrou u dětí se selektivním mutismem. Hra je pro dítě nejpřirozenější aktivita, cítí se v ní komfortně a je mu vlastní. Prostřednictvím hry se rozvíjí celá osobnost dítěte a pokud se selektivní mutismus dotýká i dětské duše, tak je to zajímavá cesta na prozkoumání. Toto téma jsem si zvolila proto, abych detailněji pochopila problematiku a specifika selektivního mutismu.

Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat používání *Nedirektivní terapie hrou* v rámci terapie dětí se selektivním mutismem a zkoumat, zda odborníci využívají maňáska či loutku jako komunikační pomůcku v praxi. Ve své práci se zaměřuji také na reakce dětí se selektivním mutismem při využití výše zmíněných metod.

Bakalářská práce je členěna do tří kapitol. První dvě kapitoly teoretické části obsahují základní informace o problematice selektivního mutismu a významu hry v životě dítěte. První kapitola popisuje definici, terminologii, klasifikaci, etiologii, symptomatologii, diagnostiku a terapii mutismu. Je zde popsána také prognóza a prevence této diagnózy. Druhá kapitola seznamuje čtenáře se základními informacemi o *Nedirektivní terapii hrou*, o hře a jejím významu v životě dítěte. Ve třetí kapitole je zpracována výzkumná část, která byla realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Ve výzkumu se zabývám polostrukturovanými rozhovory s odborníky nad tematikou selektivního mutismu a analyzuji používání *Nedirektivní terapie hrou* v rámci terapie dětí se selektivním mutismem. Zaměřuji se také na reakce dětí při využívání této terapeutické metody. Na základě získaných a interpretovaných dat jsou výsledky výzkumu popsány v diskusi.

# I TEORETICKÁ ČÁST



# 1 MUTISMUS

## 1.1 Definice a terminologie

*„Mutismus (oněmění, němota) je narušení komunikační schopnosti, při kterém dochází ke ztrátě, respektive zablokování artikulované řeči. Mutismem označujeme mlčení, které se vyskytuje po ukončení řečového vývoje při existující schopnosti mluvy.“* (Kejklíčková 2016, s. 86)

*„Elektivní mutismus byl poprvé popsán roku 1877 německým lékařem Kussmaulem jako aphasia voluntaria. Termín elektivní mutismus zavedl švýcarský pedopsychiatr M. Tramer roku 1934.“* (Richtrová – klinická logopedie a poradenství, 2020)

MKN – 10 definuje mutismus 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, 2022)

DSM–V definuje mutismus jako *„poruchu, která se vyznačuje nedostatkem řeči v jednom nebo více kontextech nebo prostředích. Selektivní mutismus se může u dětí s poruchou řeči vyvinout z důvodu rozpaků. Mnoho dětí s mutismem ale vykazuje normální řečové projevy v bezpečném prostředí např. doma nebo s blízkými přáteli.“* (DSM – V, 2013, s. 45)

Kejklíčková (2016) uvádí mutismus jako psychogenní narušenou komunikační schopnost vzniklou na základě silného psychického traumatu (šok, stres, vyčerpání apod.) Nejde o projev vzdoru, jak se někdy mylně tato porucha interpretuje. Vyvolávající příčinou mutismu může být například traumatická událost v okolí nebo v rodině dítěte. Dále také deprivace, nepříznivá rodinná konstelace (citově nepřítomný rodič, smrt blízkého člověka), šikana ve škole nebo i osobnost dítěte (zvýšená stydlivost, ostych, bojácnost apod.)

*„Lechta (1988) rozlišuje tři druhy mutismu jako narušení komunikační schopnosti, a to na totální mutismus, elektivní mutismus a surdomutismus. Tyto tři druhy se navzájem liší, ovšem jeden společný znak mají společný, a to je mlčení – mutismus.“* (Holubová 2023, s. 13)

Kejklíčková (2016) charakterizuje elektivní (selektivní) mutismus urputným mlčením v určitých situacích. Dítě dovede mluvit, ale vlivem silného emočního náboje za určitých okolností vytrvale nemluví. Selektivní mutismus Kejklíčková označuje také jako mluvní

negativismus, který se projevuje funkčním útlumem řeči. Vada se totiž vyskytuje u dětí s ukončeným vývojem řeči. Často se jedná o přechodný stav, kdy jedinec nemůže komunikovat verbálně, což nahrazuje komunikaci neverbální. Problém elektivního mutismu se dotýká logopedie, foniatrie, psychologie i psychiatrie a postihuje přibližně 0,1% dětské populace.

*„V MKN–10 je elektivní mutismus řazen mezi poruchy sociálních vztahů, v tomto případě skutečně nejde o poruchu řeči samé, ale o poruchu jejího používání. Vývoj řeči u dítěte není závažněji narušen, i když lehčí poruchy artikulační nebo mírná neobratnost verbálního vyjadřování jsou časté. Dítě v některých situacích mluví dobře a může být až upovídané, ale nemluví v určitém prostředí nebo s určitými lidmi (nejčastěji ve škole nebo v mateřské škole, nebo se všemi cizími dospělými, někdy ale ani s cizími dětmi; výjimečně jsou ovšem uváděny i případy výběrovosti opačné, kdy dítě nemluví doma, ale hovoří v jiných situacích – v takovém případě jde ovšem většinou o rodiny silně dysfunkční). (Krejčířová, Říčan 2006, s.193)*

Můžeme se setkat s pojmy jako získaná neurotická nemluvnost, oněmění, elektivní/selektivní mutismus či pouze označení mutismus. Tato označení můžeme najít na stránkách asociace klinických logopedů.

*„Elektivní mutismus je dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) řazen do kategorie poruch sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci. Množství zahraničních výzkumů poukazuje na překrývání diagnózy elektivního mutismu a sociální úzkostné poruchy u dětí, zejména s ohledem na charakteristiky jako je sociální zdrženlivost a úzkost. Elektivní mutismus je nutné odlišit od mluvního negativismu, kdy dítě může mluvit, ale nechce.“ (Webové stránky asociace klinických logopedů)*

Hanáková in Kroupová (2016) uvádí v terminologii z oblasti narušené komunikační schopnosti výskyt selektivního mutismu nejčastěji u dětí předškolního a mladšího školního věku. Jeho pravděpodobnost vzniku není závislá na inteligenci, avšak riziko vzniku mohou zvyšovat určité osobnostní vlastnosti, které jsou v některých případech geneticky podmíněné jako zvýšená zlostnost, přehnaná stydlivost, problémy v přirozené separaci. U některých dětí se mohou objevovat nepřiměřené obavy z cizích lidí, vyhýbání se kontaktu s neznámými lidmi již v počátku jejich vývoje.

## 1.2 Klasifikace mutismu

„Mutismus patří do skupiny poruch sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci.“ (Richtrová – klinická logopedie a poradenství, 2020)

Podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desáté revize (MKN–10) mutismus spadá do skupiny F94 Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání. Elektivní mutismus najdeme v klasifikaci MKN–10 pod označením F94.0.

Klasifikace podle MKN–10: **F94** Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání:

**F94.0** Elektivní mutismus

F94.1 Reaktivní porucha přichylnosti dětí

F94.2 Porucha desinhibovaných vztahů u dětí

F94.8 Jiné dětské poruchy sociálních funkcí

F94.9 Porucha dětských sociálních funkcí NS

Podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, jedenácté revize (MKN–11), která vyšla v platnost od 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. V originále s názvem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Mutismus zde nově spadá do skupiny 06 Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy – Úzkostné poruchy nebo poruchy související se strachem, označení 6B06 Selektivní mutismus.

Klasifikace podle ICD–11:

**06** Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders – Anxiety or fear-related disorders: **6B06 Selective mutism**<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Klasifikaci ICD–11 (MKN–11) uvádím názvy kategorií v anglickém originále z důvodu pětiletého přechodného období. Klasifikace vstoupila v platnost od 1. ledna 2022. Aktuálně při psaní kvalifikační práce ještě není česká verze finálně přeložena.

Podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM–V)<sup>2</sup> mutismus spadá do skupiny Úzkostných poruch. Selektivní mutismus najdeme v klasifikaci pod označením 312.23 (F94.0).

Klasifikace podle DSM–V:

- Úzkostné poruchy: **312.23 (F94.0) Selektivní mutismus**

Neubauer (2018) zmiňuje, že v logopedické literatuře podle (Škodové, 2003) jsou nejvíce uváděny tyto 3 druhy mutismu:

1. **Elektivní mutismus** – částečný, projevující se v některých sociálních situacích.
2. **Totální mutismus** – kdy je nemluvnost rozšířena na všechny situace a osoby. Bývá spíše projevem disociativní poruchy – hysterická reaktivita na vnitřní konflikt, který dítě neumí vyřešit, nebo jako disociativní reakce na proběhlé trauma.
3. **Psychogenní hluchota** (surdomutismus) – poslední typ je uváděn pod kódem F44.6 a jedná se o psychogenní ztrátu nejen řeči, ale také sluchového vnímání mluvené řeči. Nápadná bývá vysoká kvalita schopnosti odezírání, takže se lze domnívat, že pacient vědomě naslouchá

*„Surdomutismus vzniká jako funkční náhlá ztráta schopnosti mluvit i slyšet řeč s nápadnou schopností odezírání. Příčinou může být hysterie po různých duševních traumatech.“* (Dvořák 1998 cit. podle Škodová, 2003, s. 205)

Neubauer (2018) také dále uvádí, že dříve bylo, podle Škodové (2003) v psychiatrické literatuře uváděno více termínů pro jednotlivé formy selektivního mutismu:

**Situační mutismus** – typ, který je v běžných situacích nejčastější. Jedná se o krátkodobou přechodnou nemluvnost, např. v souvislosti s trémou, neschopnost promluvit před skupinou lidí nebo v neznámém prostředí. Obvykle nevyžaduje v dětství specializovanou péči, ale u dospělých osob se může zvládnout nácvikem komunikačních dovedností nebo psychoterapií.

**Reaktivní mutismus** – stav, kdy nemluvnost vzniká jako jasně identifikovatelná reakce na (psycho) trauma.

---

<sup>2</sup> Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání (DSM–V) vydaný Americkou psychiatrickou asociací je ve Spojených státech jako hlavní autorita pro určení psychiatrické diagnózy.

**Tranzientní mutismus** – je popisován jako přechodná ztráta řeči, přičemž délka tohoto stavu není časově dána. Jeho ústup se dává do souvislosti s postupným vyzráváním CNS.

**Perzistentní mutismus** – je popisován jako přetrvávající přechodná nemluvnost. U dětí se s ní setkávají nejčastěji pedagogové, a to v mateřských školách nebo po nástupu dítěte do školy. Rovněž v logopedické praxi se s tímto typem selektivního mutismu setkáváme nejčastěji.

**Autistický mutismus** – je nedostatek mluvního apetitu vedoucí až k úplné němotě. Bývá signálem nastupujícího psychotického onemocnění, nejčastěji dětské schizofrenie.

**Psychotický mutismus** – bývá podobně jako předchozí typ mutismu symptomem počínající psychózy.

**Neurotický mutismus** – brání dotyčnému dítěti či dospělému promluvit v určitých náročných společenských situacích. Dá se chápat jako těžší forma situačního mutismu, kdy tento stav pacient subjektivně hůře prožívá a společensky je situace nápadnější.

Mutismus, jak uvádí Richtrová (2020), lze také dále klasifikovat dle:

**Vzniku** – traumatický či přechodný

**Druhu** – totální, elektivní (selektivní) a surdomutismus

**Věku** – časný (3–4 roky), pozdní (5–7 let) a školní (7 a více let)

### 1.3 Etiologie mutismu

*„Elektivní mutismus považujeme za primárně psychogenně podmíněnou poruchu komunikačních schopností. Jeho etiologie je rozmanitá. Nástup poruchy bývá mezi třetím až pátým rokem věku dítěte. Zdroje uvádějí, že příčinnou jsou rané vývojové rizikové faktory, maladaptivní rodinná dynamika, nevyřešené vnitřní konflikty, hospitalizace, genetické faktory, trauma.“* (Neubauer 2018, s. 527)

*„Elektivní mutismus lze chápat jako obranný mechanismus, který je reakcí na akutní psychotraumatizující podnět či chronickou frustraci, kdy nejsou uspokojovány základní psychické potřeby dítěte.“ (Škodová 2003, s. 204)*

Neubauer (2018) uvádí, že hranice mezi jednotlivými vlivy, které jsou zmíněné výše, nelze přesně stanovit. Je nutné jejich vzájemnou dynamiku, intenzitu a časovou souvislost individuálně zvažovat. Jedinci, u nichž se projevuje mutismus, mají tendenci buď se sami izolovat nebo jsou ze strany okolí izolováni. Bývají introvertní, úzkostní, plašší, nekonfliktní a méně nápadní, tudíž mohou snadno uniknout pozornosti okolí. To souvisí s časovou prodlevou při odhalení poruchy a se zahájením vhodné a včasné intervence.

Pečeňák in Lechta (1995) uvádí tři okruhy etiologických faktorů:

1. **Predispoziční** – faktory, které mají spíše charakter chronické frustrace než akutního spouštěče poruchy nebo jsou dané osobnostními rysy dítěte. Mezi tyto faktory lze zařadit zvýšenou anxiozitu, pocity viny, manipulativní chování, intelektový deficit, jinou řečovou poruchu, např. opožděný vývoj řeči, pocity studu, tělesnou stigmatizaci, nevhodné výchovné styly, sníženou schopnost se adaptovat na změny.
2. **Akutní psychotraumatizující faktory** – faktory, které projevy mutismu vyvolaly. Například změna prostředí, nejčastěji nástup do školky/školy, přítomnost u těžkého konfliktu, nepřiměřený trest, nepřiměřené chování vůči dítěti, neadekvátní nároky na dítě, těžké trauma.
3. **Udržovací faktory** – vlivy na dítě stále přetrvávají, přehlížejí se nebo se nevhodným chováním okolí u dítěte posilují, nejčastěji tresty, výsměchem, nucením do mluvení, sociální izolací.

Klenková (2006) v literatuře uvádí příčiny vzniku elektivního mutismu, které lze rozčlenit na dvě základní skupiny a dále zmiňuje tři rozšiřující základní skupiny etiopatogenetických faktorů, které vzájemně souvisí s předchozím členěním:

Příčiny vzniku:

- **Endogenní příčiny** – velká psychická senzibilita především vůči svým vlastním výkonům
- **Exogenní příčiny** – přehnané požadavky na řečový výkon nebo všeobecně na chování dítěte, psychicky zatěžující okolní prostředí

Tři základní skupiny etiopatogenetických faktorů:

**1. Bezprostředně vyvolávající faktory – akutní psychotraumatizace:**

- Počátek školní docházky, změna prostředí, stěhování, konflikty v rodině, výsměch spolužáků, nepřiměřený trest, odpor vůči nepřiměřeným nárokům na dítě

**2. Predispoziční faktory:**

- Rodinné faktory – hyperprotektivní výchova spojená se separační anxiózitou, kladení nadměrných nároků na dítě, trestání, nejednotnost ve výchově, konflikty mezi rodiči
- Osobnostní rysy – anxióznost, opoziční chování, úsilí o manipulaci, zažívání pocitů viny a selhání
- Faktory ovlivňující celkovou funkčnost dítěte, schopnost zapojení do sociální skupiny a adaptace na změny – intelektový deficit, řečová vada, tělesná stigmatizace
- Chronické stresové faktory – obavy z trestu, nadměrná přísnost, strach ze spolužáků, agresivita, výsměch

**3. Udržovací faktory:**

- Přetrvávání výše uvedených skupin faktorů
- Nevhodná reakce okolí na mutismus – trestání dítěte za to, že nemluví, projevy výsměchu ze strany rodičů, sourozenců, spolužáků, sociální izolace dítěte, nátlak na dítě, aby promluvílo

*„Mutismus může vzniknout náhle po těžkém psychotraumatu, nebo jako reakce na přetěžování, nesprávný styl výchovy a po těžkých stresových situacích na základě určité konstituce a dispozice jedince. Tento stav se často zafixuje vlivem nevhodné reakce okolí. Lechta (1990) uvádí, že na rozdíl od afázie, při které jde o ztrátu řeči v důsledku poškození mozku, je ztráta řeči při mutismu způsobená neuroticky, bez orgánového poškození CNS.“*  
(Michálková 2021, s.10-11)

*„V etiologii hrají roli hlavně vlivy osobnostní (zvýšená citlivost a úzkostnost, problémy separační a současně sklon k opozičnímu jednání či negativistické tendence) a faktory rodinné (často hyperprotektivita rodičů).“* (Říčan, Krejčířová 2006, s. 193)

Asociace klinických logopedů České republiky, na své webové stránce ve článku o získané neurotické nemluvnosti zmiňuje selektivní mutismus, jako diagnózu, která se více objevuje častěji u dívek než u chlapců a jedná se o poměrně vzácnou diagnózu. Příčina mutismu není jasně definovaná vzhledem k heterogennímu pojetí poruchy a mnoha faktorům, které mohou vznik elektivního mutismu ovlivňovat.

Henriette W. Langdon a Maxine B.L. Starr (2019) v odborném časopise, v Listech klinické logopedie, uvádějí popis dětí se selektivním mutismem a jeho etologii jako poruchu, která není způsobena jednou příčinou, ale multifaktoriálními příčinami. Jedním z příznaků může být, že dítě bývá velmi výřečné doma, ale ne ve škole, s učiteli nebo s přáteli. Mnoho badatelů uvádí, že porucha zahrnuje i související psychologickou složku jako např. úzkostné poruchy, sociální fobie, separace a obsedantně kompulzivní poruchy (OCD). Autorky případové studie také uvádějí pravděpodobně větší výskyt poruchy u dívek. Porucha nastupuje přibližně v 5 letech věku, ale může být identifikována i dříve, jakmile se dítě začne objevovat mimo domácí prostředí, což je ve 2 až 3 letech věku dítěte.

Škodová (2003) uvádí, že pokud se mutismus v dospělém věku objeví, s největší pravděpodobností se jedná spíše o psychickou poruchu a jeho řešení bývá v kompetenci psychiatra.

## **1.4 Symptomatologie**

Škodová (2003) tvrdí, že dominantním příznakem mutismu je ztráta schopnosti komunikovat mluvenou řečí. Postižený jedinec mluvit chce, ale nemůže, a to v žádné situaci. Při větší snaze o komunikaci se potíže ještě více navyšují. Postižený používá náhradní formy komunikace např. psaní či gestikulace.

Kejklíčková (2016) uvádí symptomatologii vyznačující se tím, že postižené dítě bývá zvýšeně sociálně citlivé, úzkostné a může mít sociální fóbie. Běžné je také opoziční chování, které se projevuje výraznou vzdorovitostí, neposlušností až provokativním chováním, které ale nepřejde do agresivního jednání.



Podle Škodové (2003) také u selektivního mutismu dochází ke ztrátě řečových projevů, které jsou ale situačně vázané. Dítě v určitých situacích a prostředí mluvit nemůže.<sup>3</sup> Některé děti v určité situaci nemluví, v jiné je ale jejich komunikace dostačující. Většinou nekomunikují ve školce, škole nebo v prostředí mimo domov, ale normálně hovoří s rodiči a sourozenci.

Při diagnostice se tedy sleduje i stabilita projevů. Podle výzkumných kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí musí příznaky ke stanovení této diagnózy trvat nejméně 4 týdny.

Knoppová a Kučerová (2006) v symptomatologii uvádí pohledy vícero autorů, zmiňují např. útlum řeči ve společenských situacích a vyhýbání se takovému kontaktu. U selektivního mutismu se může objevovat enuréza, úzkosti a další neurotické rysy. Mezi další příznaky může patřit náladovost, strnulost v chování, častý pláč a křik, spánkové obtíže nebo např. nevýrazná mimika v obličeji – absence smíchu apod.

Příznaky v řeči:

*„Neverbální komunikace je u některých dětí zachovaná, může být přítomen i šepot nebo jednoslovné odpovědi. Podle Sováka (1978) jsou při elektivním mutismu i některé nápadnosti v chování: často jde o zdrženlivé a úzkostné děti a mnohdy nastává řečový útlum ve vztahu k nadřazeným osobám.“* (Škodová 2003, s. 206)

Dle Řičana, Krejčířové (2006) k selektivnímu mutismu může být přidružená i jiná psychická porucha – časté je spojení s generalizovanou úzkostnou poruchou nebo s depresí. Tyto zmíněné psychické poruchy mohou při vyšetření dítěte unikát z důvodu nápadné poruchy komunikace a obtížím vyšetření dítěte, které odmítá často nejen mluvit, ale i spolupracovat v rámci neverbálních činností.

Henriette W. Langdon a Maxine B.L. Starr (2019) v odborném časopise, v Listech klinické logopedie, uvádějí popis dětí se selektivním mutismem a zmiňují řadu symptomů jako doprovodných onemocnění, která mohou se selektivním mutismem souviset jako např. enuréza, fetální inkontinence, obsedantně kompulzivní porucha, řečová a jazyková porucha. Z důvodu různorodosti těchto doprovodných onemocnění musí být logopedická intervence individualizována.

---

<sup>3</sup> Na rozdíl od mluvního negativismu, v tomto případě dítě mluvit může, ale nechce.

## 1.5 Diagnostika a terapie

Rozsah této kvalifikační práce neumožňuje podrobně se zabývat diagnostikou a terapií, z tohoto důvodu jsou uvedeny pouze základní přehledy logopedické intervence v rámci diagnostiky a terapie.

Kejklíčková (2016) uvádí selektivní mutismus jako problém dotýkající se oborů logopedie, foniatry, psychologie i psychiatrie. Nutností je také vyšetření dítěte neurologem, foniatrem a dětským psychiatrem, popřípadě pedopsychologem. Zmiňuje také kritéria důležitá pro diagnózu:

- normální nebo téměř normální chápání jazyka,
- kompetence v mluvním vyjadřování dostatečná pro sociální komunikaci,
- důkaz, že jedinec v určitých situacích normálně hovoří,
- projevy mutismu musí trvat minimálně čtyři týdny (období nezahrnuje první měsíc školní docházky)

Dále upozorňuje na vyloučení opožděného vývoje řeči, vývojové dysfázie, Landauův-Kleffnerův syndrom, mentální retardaci a dětskou vývojovou afázi.

*„Při určování diagnózy je důležité se věnovat **diferenciální diagnostice**, kdy je třeba elektivní mutismus odlišit od jiných postižení, onemocnění, narušení.“* (Klenková 2006, s. 95)

Klenková (2006) na rozdíl od Kejklíčkové (2016) zmiňuje také vyloučení pervazivní vývojové poruchy, uvádí tedy v rámci odborných vyšetření diferenciální diagnostiky vyloučení těchto onemocnění:

- opožděný vývoj řeči, specificky narušený vývoj řeči – vývojová dysfázie,
- syndrom Landau-Kleffnera – dětskou epileptickou afázi,
- pervazivní vývojové poruchy (dětský autismus, Aspergerův syndrom apod.),
- mentální retardaci,
- dětskou vývojovou afázi

Americká klasifikace DMS–V uvádí následující diagnostická kritéria:

- A. Důsledné nemluvení ve specifických společenských situacích, v nichž se očekává, že bude mluvit (např. ve škole), přestože v jiných situacích mluví.
- B. Narušení narušuje vzdělání, výkon povolání nebo komunikaci v sociálních vztazích.
- C. Doba trvání poruchy je nejméně jeden měsíc (neomezuje se na první měsíc trvání poruchy ve škole).
- D. Porucha řeči není způsobena nedostatečnou znalostí nebo nepohodlím žáka v mluvené řeči, která je v dané situaci vyžadována.
- E. Porucha není lépe vysvětlitelná poruchou komunikace (např. poruchou plynulosti řeči v dětství) a nevyskytuje se výhradně v průběhu poruch autistického spektra, schizofrenií nebo jinou psychotickou poruchou.

*„Diagnostikovat mutismus je plně v kompetenci pedopsychiatra, případně klinického psychologa. Stanovit tuto diagnózu může i foniatr, neurolog a klinický logoped, ale je nutné nechat klienta vyšetřit psychiatrem nebo klinickým psychologem pro potvrzení této psychiatrické diagnózy.“* (Richtrová – klinická logopedie a poradenství, 2020)

*„Diagnóza je často určena již na podkladě anamnestického vyšetření (doporučuje se první kontakt s rodiči bez přítomnosti dítěte). První setkání s dítětem při přímé diagnostice je současně začátkem terapie.“* (Klenková 2006, s. 95)

Dle Klenkové (2006) do anamnestického vyšetření patří následující body:

1. rodinná anamnéza – výskyt duševních poruch a povahových zvláštností v rodině, výchovné přístupy rodičů a rodinná atmosféra,
2. osobnostní charakteristika dítěte a socializace,
3. osobní anamnéza – informace o těhotenství, průběhu porodu, zhodnocení psychomotorického a řečového vývoje dítěte
4. současný stav problému,
5. psychologické vyšetření,
6. logopedické vyšetření,
7. další odborná vyšetření – neurologické, foniatrické či otorinolaryngologické,
8. získané informace je vhodné doplnit o údaje ze školy, protože jde o prostředí, kde se mutismus nejčastěji projevuje.

*„Při stanovování terapeutických postupů je nutné porozumět nejpravděpodobnějšímu důvodu nemluvnosti dítěte. Pokud uvažujeme o mutismu a víme, jak se nejspíš dítě v cizím prostředí cítí, je třeba si uvědomit, že každé nadbytečné vyšetření u specialistů může odeznění mutismu zbytečně oddalovat.“ (Neubauer 2018, s. 533)*

*„U elektivního mutismu je vždy indikována systematická (většinou dlouhodobá) psychoterapie, optimální bývá kombinace psychoterapie rodinné, individuální a dle možnosti i skupinové. Psychoterapie by měla pokračovat i po překonání vlastního mutismu s cílem dosáhnout vyváženějšího osobnostního vývoje dítěte.“ (Říčan, Krejčířová 2006, s. 193)*

Klenková (2006) tvrdí, že důležitou součástí terapeutického týmu by měl být logoped, rodiče dítěte, ale i pedagogové mateřské či základní školy, kterou dítě navštěvuje. Uvádí také, náročnost, velkou trpělivost a zdlouhavost, která se s terapií pojí.

Preissová in Neubauer (2018) zmiňuje obecný přístup v rámci terapie vycházející z individuální, případně rodinné psychoterapeutické péče spojené s klinicko-logopedickou terapií. Uvádí také, že terapie bývá náročnější, pokud se déle tato porucha přehlíží a neléčí.

Neubauer (2018) uvádí následující role klinického logopeda:

- během terapie se zaměřuje převážně na neverbální techniky za účelem navázat důvěrný a pozitivní vztah mezi logopedem a dítětem,
- může využít nahrávek mluveného slova dítěte od rodičů a sledovat, jak na ně reaguje a v rámci terapie tak spolu s dítětem sledovat, jak doma dítě komunikovalo s rodiči,
- možnost skupinové terapie v menší skupině čtyř až pěti dětí (existují programy jako např. „Dobrý start“ či „Nácvik sociálních dovedností“),
- klinický logoped očekává ve výsledku terapie postupný nárůst verbální komunikace, kdy během dobře vedené terapie dítě poznává svou schopnost zvládnout obtíže po malých krocích,

Richtrová na webu Asociace klinických logopedů ve Standardech péče pro odbornost zmiňuje následující vhodné terapeutické metody či postupy:

1. Psychoterapie (Gestalt, psychoanalytická, rodinná, integrativní, KBT<sup>4</sup> atd.)
2. Nedirektivní terapie hrou

---

<sup>4</sup> KBT – Kognitivně-behaviorální terapie (metoda psychoterapie)

3. Sand play© nebo Práce v hliněném poli ®, příp. Sand tray work, Sand playing
4. Senzomotorická integrace
5. Arteterapie, muzikoterapie a dramaterapie
6. Klinicko-logopedická terapie s využitím prvků výše uvedených terapií a strategií

*„Při elektivním mutismu je třeba ještě upravit rodinné prostředí, snažit se o zlepšení adaptačních problémů dítěte. Dítě **nikdy** k verbálnímu projevu **nenutíme**. Zpočátku mu dáváme příležitost k činnostem, v nichž nemusí mluvit.“ (Škodová 2003, s. 207)*

Škodová (2003) také zmiňuje potvrzující klinické zkušenosti, které dokládají větší a rychlejší terapeutický úspěch při skupinové terapii, kdy dítě se při hře v malé skupince dětí spontánněji častěji projeví než při individuální logopedické terapii.

*„Hlavním cílem klinicko-logopedické péče je zmírnit či eliminovat symptomatologii elektivního mutismu a účinně podpořit verbální komunikaci v různých sociálních situacích. Dílčími cíli jsou snížení napětí a úzkosti z komunikace a podpora zralého emočně-sociálního chování. Důležitý je rozvoj sebejistoty, stability, sebepodpory, orientace ve vlastním konání, pozitivní zkušenosti ze sociálního kontaktu.“ (Webové stránky Asociace klinických logopedů České republiky, Oněmění – mutismus, léčba a rehabilitace)*

*„Zkušenosti některých klinických logopedů ukazují, že po odeznění mutismu se během několika týdnů nebo měsíců projeví původní řečová porucha, většinou vývojová dysfázie nebo opožděný vývoj řeči, případně jiná řečová porucha.“ (Neubauer 2018, s. 53)*

## 1.6 Prognóza

*„Prognóza vyléčení mutismu je obecně dobrá, obvykle může vymizet i spontánně a psychoterapie, popřípadě farmakoterapie a intenzivní logopedická péče jsou zapotřebí pouze u závažnějších stavů.“ (Kejklíčková 2016, s. 88)*

Škodová (2003) tvrdí, že stanovení prognózy závisí na individuálních odlišnostech jedince. U nepychotických forem mutismu je terapie většinou úspěšná např. u selektivního mutismu, který může odeznít bez následků, někdy i za krátkou dobu. Pokud však jsou příznaky působením okolí zafixovány, stává se terapie náročnou a dlouhodobou. Zkomplikovat situaci může i koktavost, pokud přetrvává vadná výslovnost a tlak na řečový výkon.

*„Prognóza mutismu a elektivního mutismu je pozitivní, pokud jednotlivé symptomy nepřetrvávají přes desátý rok věku. Hlavním terapeutickým prostředkem je psychoterapie (především psychoterapie hrou, skupinová psychoterapie, rodinná psychoterapie), případně jiné expresivní terapie. V ojedinělých případech může pedopsychiatr předepsat SSRI.<sup>5</sup>“*

(Richtrová – klinická logopedie a poradenství, 2020)

Preissová in Neubauer (2018) v prognóze uvádí informace o výzkumech např. jeden z nich realizovaný výzkum na úspěšnost léčby mutismu, který byl popsán v roce 2014 (Oerbeck). Tehdy bylo prokázáno, že KBT = kognitivně – behaviorální terapie, kterou prováděla Lindsey Bergman se stala velmi úspěšnou. Z této studie vyplynulo, že na úspěšnost terapie má vliv věk dítěte, jako další zjištění se ve studii zmiňuje závažnost mutismu, která je důležitým ukazatelem v úspěšnosti léčby.

*„Ze studií vyplývá, že na pozitivní výsledek terapie má nejvýraznější vliv včasnost zachycení poruchy, genetické dispozice a vhodně zvolený terapeutický postup.“* (Preissová in Neubauer 2018, s. 536)

## **1.7 Prevence**

Z důvodu rozsahu kvalifikační práce není možné zabývat se více prevencí selektivního mutismu, proto jsou níže zmíněna pouze vybraná doporučení v rámci prevence.

*„Prevence by měla být součástí osvěty. Důležité je seznámit s možnými komplikacemi zejména rodinu. Ambiciózní rodiče nebo prarodiče mnohdy rádi předvádějí, jak již dítě dovede mluvit, a to téměř vždy proti jeho vůli.“* (Škodová 2003, s. 209)

Škodová (2003) dále také upozorňuje na důležité seznámení učitelek mateřských a základních škol s možnou neurotizací zejména introvertních dětí např. při veřejných produkcích na besídkách.

Sychrová (2023) na webu Šance dětem zmiňuje v rámci prevence zejména zaměření se na postupy práce s dítětem v rodině. Uvádí zejména vyrovnaný a vhodný výchovný styl obou rodičů, bez vystavování dítěte stresovým situacím. Rodiče by měli dítěti umožnit vyrůstat v bezpečném prostředí s pocitem přijetí, které dítě bude pociťovat. Dále upozorňuje, aby

---

<sup>5</sup> SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) = antidepressiva

nedocházelo k ponižování a výsměchu, nucení dítěte přednášet básničky či zpívat písničky na pokyn před publikem. Vhodné je také umožnit dítěti adaptovat se na nová prostředí a podmínky vždy podle jeho individuálního tempa.

Asociace klinických logopedů České republiky na svých webových stránkách v článku Oněmění (Mutismus), Získaná neurotická nemluvnost (elektivní/selektivní mutismus) uvádí negativní vliv sekundárních důsledků mlčenlivosti jako sociální izolaci a z tohoto důvodu upozorňují na prevenci mutismu v rámci užšího i širšího sociálního prostředí dítěte:

- předcházet nevhodným výchovným strategiím rodičů,
- předcházet neurotizaci dítěte,
- nenutit dítě k verbální komunikaci, akceptovat jeho mlčení
- obeznámit okolí dítěte se selektivním mutismem a způsobech jeho komunikace,
- všimnout si snahy dítěte o komunikaci např. pohledů, gest, mimiky apod
- akceptovat volbu dítěte promluvit či nepromluvit v rámci širšího sociálního prostředí
- neslibovat za verbální projev odměnu,
- častěji chválit a oceňovat dítě se selektivním mutismem
- vytvořit příznivé školní klima ve třídě,
- akceptovat pozvolnou adaptaci dítěte na nové podmínky,
- umožnit přítomnost sourozenců v novém prostředí,
- upřednostňovat kolektivní formy práce,
- formulovat otázky vhodně tak, aby byla možnost odpovídat v rámci neverbální komunikace

## 2 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE SE ZAMĚŘENÍM NA TERAPII HROU

### 2.1 Definice terapie hrou

Valenta a Müller (2021) uvádí definici terapie hrou jako obecný způsob terapeutické práce s klienty – dětmi, při kterých se za účelem pomoci jim změnit jejich chování, myšlení a emoce používají herní prostředky. Dále zmiňuje, že hra je základní formou lidské aktivity a patří mezi nejdůležitější formativní prostředky ve vývoji člověka. V případě terapie je hra navíc významným nástrojem přístupu ke klientovi, nástrojem komunikace, nástrojem přímého i zprostředkovaného navázání terapeutického vztahu či slouží jako nástroj prospěšné změny.

Humpolíček (2017) zmiňuje tři nejvýznamnější přístupy v historii terapie hrou, a to přístupy Melanie Kleinové, Anny Freudové a Hanse Zulligera, který tvrdil, že děti se zbavují symptomů spíše vlastní spontánní hrou než pomocí interpretací a navázal tak na pojetí nedirektivních forem moderní hrové terapie. Mezi představitele diagnostického využití hry zmiňuje především Margaret Lowenfeldovou, která jako první sestavila jeden z tzv. Testů světa a Charlotte Bühlerovou. Ústřední představitelkou *Nedirektivní terapie hrou* je **Virginia Mae Axlineová**, která v roce 1947 zveřejnila v USA knihu s názvem: „*Dětská terapie hrou*“. V ní hovoří o osmi základních principech, které mohou představovat základní pilíře moderní terapie hrou obecně:

1. **Vytvoření vztahu** – terapeut by se měl pokusit o vybudování hřejivého, přátelského vztahu k dítěti.
2. **Úplné přijetí dítěte.**
3. **Vytvoření klimatu**, ve kterém může dítě jednat volně.
4. **Rozeznávání a reflektování pocitů.**
5. **Respekt k dítěti** – terapeut respektuje schopnost dítěte samostatně vyřešit své obtíže.
6. **Dítě ukazuje cestu** – terapeut neovlivňuje jednání či hovor dítěte. Dítě samo ukazuje cestu, kterou terapeut následuje. Terapeut by neměl dítě povzbuzovat ke hře.
7. **Terapii nelze urychlit** – terapeut se musí přizpůsobit tempu dítěte.
8. **Hodnota hranic** – terapeut stanovuje hranice jen tam, kde jsou nutné, aby byla terapie zakotvena v reálném světě.



*„V nedirektivní dětské terapii hrou je dítěti poskytnuta možnost sebevyjádření. V herně je středem pozornosti dítě. Zde se podle Axlineové smí a může rozvíjet, je bráno vážně, odpadají návrhy, usměrňování, kárání, zákazy a vměšování dospělých. Takto získá dítě nové zkušenosti a podmínky pro zpracování traumat či další osobní rozvoj a růst.“ (Humpolíček 2017, s. 69)*

Vymětal (2001) tvrdí, že zastánci terapie hrou vymezují dva základní cíle:

- Změna vnitřního prožívání směrem k větší spokojenosti a štěstí.
- Změna vnějšího chování směrem k chování k sociálně přijatelnějšímu, nejde jen o odstranění symptomů, ale i o změnu ve struktuře osobnosti.

Dále Vymětal (2001) uvádí, že Axlineová nedoporučuje při sezeních účast a přítomnost rodičů. Klade tímto důraz především na vytvoření vztahu terapeut – dítě a předpokládá, že dítě bude schopné své zkušenosti z terapie generalizovat na své vztahy s jinými dospělými.

Humpolíček (2017) v literatuře rozděluje terapii hrou do dvou základních oblastí:

- **Nedirektivní hrová terapie** – účinnější u hlubinných a rozvojových terapeutických zadání.
- **Direktivní hrová terapie** – akutní traumata a terapeutická podpora jejich zpracování.

Koukourikos (2021), lektor na Mezinárodní helénské univerzitě v Řecku, uvádí, že terapie hrou je forma prevence a léčby především u dětí předškolního a školního věku. Je určena dětem procházejícím si těžkým obdobím jako je rozvod rodičů, či ztráta blízkého nebo pro děti s obtížemi ve zvládnutí pocitů, v socializaci, dětem s problémovým chováním. Je vhodná i pro děti, které byly svědky domácího násilí či utrpěly nějakou formu týrání a zneužívání. Účinnost terapie dokazují četné výzkumy, které uvádějí pokles negativních emocí a chování. Závěrem bylo zjištěno, že terapie hrou je alternativní návrh intervence týkající se dětí, její provádění má velkou hodnotu. Jedinou podmínkou realizace terapie je správná teoretická příprava odborníků a správná diagnostika.

Harkin (2020) na webu Play Therapy Melbourne vysvětluje přínosy terapie hrou pro děti se selektivním mutismem. Jako jeden z hlavních cílů terapie uvádí navázat s dítětem bezpečný vztah, díky kterému má dítě pocit, že má vše pod kontrolou a může se cítit bezpečně. Úkolem terapeuta je pomoci dítěti prohloubit hru a najít mu východisko z psychologické a

emocionální složky, která ve hře vzniká. Při tomto procesu se problémy dítěte promítají do hraček a hry, kde je dítě může snadno začít chápat. Prostřednictvím hry mohou experimentovat, což může vést k experimentaci s hlasem, od vydávání zvuků až po vyvození nespisovných slov, které následně nahradí spisovnými. Autorka článku tvrdí, že terapie hrou je vhodná volba pro děti se selektivním mutismem, protože na ně není vyvíjen tlak, aby mluvily.

*„Obecně je terapie hrou považována za podpůrný terapeutický nástroj, který umožňuje rozšíření komunikačních možností (na straně klienta i terapeuta) a posílení účinnosti dalších specifických terapeutických postupů.“ (Humpolíček 2017, s. 75)*

## 2.2 Hra a její význam

*„Lidská hra je symbolickým jednáním osmyslujícím zpřítomňování světa a života.“ (Valenta 2017, s. 13)*

Stodůlková a Zapletalová (2015) definují hru jako výchovný prostředek s nezastupitelnou úlohou již v předškolním věku, který představuje základní druh lidské činnosti. Je nejpřirozenějším projevem aktivity dítěte a vývojovou potřebou u dětí. Hra má komplexní charakter. Prostřednictvím hry se rozvíjí celá osobnost dítěte, jak pohybové schopnosti, praktické dovednosti, tak se rozvíjí i zručnost, citové reakce, prožívání, vztahy k druhým lidem, charakterové a morální vlastnosti. Je činností, která dítě uspokojuje. Hra se také stává pro dítě modelovou situací, kdy se učí poznávat předměty, ostatní lidi i sebe sama v určitých situacích. Dítě se prostřednictvím hry učí nápodobu a vcítění se. V průběhu jednotlivých vývojových období se dětská hra vyvíjí v závislosti na vyspělosti dítěte a jeho výchově, můžeme tak pozorovat významné změny u hry dítěte.

Stodůlková a Zapletalová (2015) v jejich literatuře uvádí následující znaky hry:

- **spontánnost** – hra vychází z přání a potřeb dítěte,
- **samoúčelnost** – důležitý je průběh hry, ne její výsledek,
- **citové uspokojení z činnosti** – dítě hru kladně citově prožívají,
- **symboličnost a fantastičnost** – existence symbolických předmětů,
- **humor a legrace** – dobrá hra obsahuje atmosféru radosti.

Valenta (2017) zmiňuje, že hra v dětském období je středem existence, dospělí si už většinou nedokážou hrát zcela se zaujetím. Po celý lidský život je ale hra základním existencionálním fenoménem.

Koukourikos (2021), lektor na Mezinárodní helénské univerzitě v Řecku, uvádí, že hra má pro dítě významné aspekty, které ovlivňují jeho vývoj. Mezi tyto aspekty řadí fakt, že hra je zábavná, snižuje úzkost, strach a frustraci, a že schopnost dítěte představovat si během hry koreluje s vývojem jeho kognitivních funkcí.

Říčan, Krejčířová (2006) definují hru jako základní prostředek psychoterapeutické práce s dětmi a s jejich problémy, protože hra je již od raného věku nejoblíbenějším prostředkem kontaktu dítěte s vlastním nitrem i s okolním světem. Hra umožňuje dítěti sebevyjádření, odreagování, korekci patogenní citové dynamiky herním ztvárněním a řešením naléhavých problémů. Dále dítěti pomáhá s porozuměním vlastních prožitků a k jejich projevení přirozeným a bezpečným způsobem. Hra je činností, která děti chrání před frustrujícími zážitky selhání, které sebou mohou přinášet úkolově zaměřené činnosti a přináší jim radost. Děti mají také možnost herním symbolickým ztvárněním vlastních tíživých prožitků a situací přejít k přímému svěření terapeutovi a rozhovoru o nich v již nezakryté podobě. Podobně jako u dalších forem psychoterapie je využívání dětské hry závislé na empatickém porozumění terapeuta.

*„Úloha terapeuta při hrové psychoterapii je velmi proměnlivá. Zhruba ji lze vymezit jako zpětnovazebné dodávání takových podnětů a prostředků, které dítě pobídnou a umožní mu vyjádřit hrou právě pro ně klíčové problémové momenty jeho života tak, aby je s ním mohl v rámci hry nebo mimo ni terapeuticky zpracovat.“* (Říčan, Krejčířová 2006, s. 506)

## **Shrnutí teoretické části**

V teoretické části práce byly v první kapitole uvedeny základní informace k diagnóze selektivního mutismu, které jsou důležité pro vymezení a pochopení dané problematiky. Určená byla definice, terminologie a klasifikace mutismu dle aktuálních klasifikačních systémů u nás i ve světě. Dále byla popsána etologie, symptomatologie, diagnostika, terapie a stručně také prognóza a prevence. V druhé kapitole byla vymezena terapie hrou, hra a její význam v životě dítěte z důvodu zaměření se ve výzkumné části na *Nedirektivní terapii hrou* a její používání u dětí se selektivním mutismem.

## **II VÝZKUMNÁ ČÁST**

### 3 ANALÝZA VYUŽITÍ TERAPIE HROU ČI KOMUNIKAČNÍ POMŮCKY U DĚTÍ SE SELEKTIVNÍM MUTISMEM

#### 3.1 Vymezení cílů a metodologie výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat používání *Nedirektivní terapie hrou* v rámci terapie dětí se selektivním mutismem a zkoumat, zda odborníci využívají maňáska či loutku jako komunikační pomůcku v praxi. Ve své práci se zaměřuji také na reakce dětí se selektivním mutismem při využití výše zmíněných metod.

Pro výzkumnou část byl zvolen kvalitativní výzkum v podobě metody rozhovoru – interview. Chráska (2016, s. 11) udává definici kvalitativního výzkumu podle F. N. Kerlingera (1972) „*Vědecký výzkum je systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy.*“ *Tato definice je univerzálně použitelná pro vědecký výzkum ve kterékoli oblasti vědy. Pokud hovoříme o kvantitativně orientovaném výzkumu v pedagogice, můžeme jej vymežit jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy.*“

Miovský (2006) definuje kvalitativní přístup v psychologických vědách na základě využívání následujících principů: jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky.

Rozhovor neboli interview je metoda „*shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Někdy se v podobném významu používá také obsahově širšího českého termínu „rozhovor“.* Protože však ne každý rozhovor je interview, je používání pojmu „*interview*“ přesnější a výstižnější. Anglický výraz „*interview*“ je složen ze dvou částí, kde *inter* znamená „*mezi*“ a *view* znamená „*názor*“ nebo „*pohled*“.“ Navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí do postojů a motivů respondentů bývá označováno jako velká výhoda interview oproti jiným výzkumným metodám. Můžeme při něm sledovat reakce respondenta na kladené otázky a podle nich vést jeho další průběh. (Chráska 2016, s. 176)

Základní pravidla pro realizaci interview dle Chráska (2016):

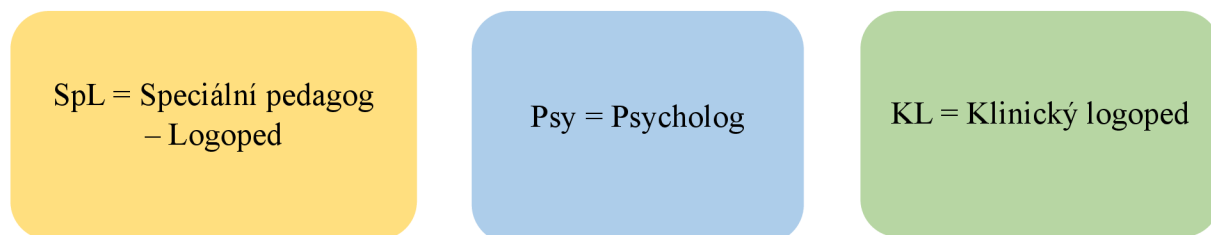
- Dostatečný časový prostor, měl by probíhat za vhodné situace a v přirozeném prostředí.
- Doporučuje se začínat nejobecnějšími otázkami, které respondenta uvedou do problematiky.
- Vytvářet náležitě podmínky pro navázání kontaktu s respondentem, tazatel by měl projevovat přirozený zájem o výpovědi, být taktí a nevtíravý. Vliv na výsledky má i chování tazatele během rozhovoru.

Rozhovor, jak uvádí Miovský (2006) patří mezi nejobtížnější, ale zároveň současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat. Termínem interview označujeme rozhovor, který je prováděný za určitým cílem a účelem výzkumné studie, nejčastěji realizovaný obvykle s jednou osobou. Nejrozšířenější formou interview je metoda polostrukturovaného rozhovoru, která je náročnější na přípravu, jelikož si vytváříme určité schéma, které specifikujeme okruhy otázek, na které se účastníků dotazujeme. Obvykle je možné zaměňovat pořadí otázek v průběhu rozhovoru. Při polostrukturovaném rozhovoru je klíčové upřesnění a vysvětlení odpovědí, které nám byly sděleny, také se doptáváme, zda jsme odpověď správně pochopili a interpretovali pomocí doplňujících otázek.

### **3.2 Charakteristika a průběh výzkumu**

Výzkum byl realizován pomocí kvalitativního výzkumu za použití polostrukturovaného rozhovoru s následujícími odborníky: psycholog, klinický logoped a speciální pedagog – logoped. Zúčastnilo se celkem 6 dotazovaných participantů – jeden psycholog ze Speciálně pedagogického centra logopedického v Ostravě – Zábřehu, dva kliničtí logopedi (jeden z nich se na selektivní mutismus u dětí přímo specializuje), jeden speciální pedagog – logoped ze Speciálně pedagogického centra logopedického v Opavě a dva psychologové také ze stejného Speciálně pedagogického centra v Opavě, se kterými byl rozhovor veden současně.

Pro lepší orientaci ve výzkumu byla vytvořena přehledná tabulka s účastí odborníků, kteří se na výzkumné části této práce podíleli. Dále byly vytvořeny kódy, pro označení jednotlivých participantů a jejich odbornost.



Obrázek 1: Kódy jednotlivých participantů

Kód participanta	Pohlaví	Odbornost	Počet dětí se selektivním mutismem	Terapie	Vyšetření	Poradna/vlastní ambulance
Psy 1	Žena	Psycholog	2	ano	X	SPC Ostrava – Zábřeh
KL 1	Žena	Klinický logoped	3–4	ano	X	Ambulance – Moravská Ostrava
SpL 1	Žena	Speciální pedagog – Logoped	kolem 5 dětí	X	ano	SPC Opava
KL 2	Žena	Klinický logoped	nyní 20, celkově 35–40	ano	X	Ambulance – Davle
Psy 2	Žena	Psycholog	1, vyšetřováno kolem 5 dětí	ano	ano	SPC Opava
Psy 3	Žena	Psycholog	2, vyšetřováno kolem 5 dětí	ano	ano	SPC Opava

Tabulka 1: Charakteristika participantů účastněných na výzkumu

Rozhovory byly realizovány a zaznamenávány na diktafon buď osobně či online formou pomocí Google Meet. Google Meet je platforma, umožňující realizovat videohovory v online prostoru. Důvodem ke zvolení této formy byla možnost volby libovolného data a byla tak překonána i vzdálenostní bariéra při realizaci sběru dat. Výhodou online rozhovorů bylo i to, že participantů byly ve svém přirozeném a pro ně komfortním prostředí. Data z rozhovorů byla přepisována ručně a po přepisu byla tříděna podle jejich důležitosti.



Obrázek 2: Design výzkumu



Otázky v polostrukturovaném rozhovoru byly zaměřeny na *Nedirektivní terapii hrou* a na využívání maňáska/loutky jako komunikační pomůcky u dětí se selektivním mutismem.

Všichni odborníci svým podpisem souhlasili s poskytnutím informací pro výzkumné účely, se zachováním anonymity, nezveřejněním jejich osobních údajů a splnili kritérium potřebné pro realizování výzkumu – vést terapii či vyšetřovat dítě se selektivním mutismem, kterému byla diagnóza stanovena.

### **Výzkumné otázky polostrukturovaného rozhovoru:**

1. Kolik dětí se selektivním mutismem jste měl/a ve své péči a vedl/a s nimi terapii?
2. Které metody v rámci terapie používáte u dětí se selektivním mutismem? Přijdou Vám účinné?
3. Jaké důvody by Vás vedly k použití *Nedirektivní terapie hrou* či použití pomůcky maňáska/loutky?
4. Používáte v rámci terapie pomůcky jako je maňásek či loutka?
5. Jak vnímají děti se selektivním mutismem maňáska jako komunikační pomůcku. Jaké jsou jejich reakce?
6. Má vliv na budování důvěrnějšího vztahu s dítětem v rámci terapie práce s maňáskem/loutkou?
7. Používáte či jste někdy použil/a v terapii *Nedirektivní terapii hrou*? Myslíte si, že to má pozitivní efekt na terapii?
8. Jak reagují děti se selektivním mutismem na *Nedirektivní terapii hrou*. Vnímáte v tom určitou účinnost a efektivitu?
9. Jaké výzvy se mohou vyskytnout v terapii dětí se selektivním mutismem? S čím jste se potkal/a ve své praxi?
10. Máte určité metody a postupy, které se Vám v terapii osvědčili jako nejlepší?
11. Co pro Vás bylo v rámci terapie s dítětem se selektivním mutismem nejobtížnější?

### **3.3 Analýza a interpretace**

**Otázka č. 1:** „*Kolik dětí se selektivním mutismem jste měl/a ve své péči a vedl/a s nimi terapii?*“

- Psy 1: „Měla jsem dvě děti, z toho jen jedno mělo potvrzeno diagnózu a u druhého je to teprve v procesu.“

- KL 1: „Tři nebo čtyři děti.“
- SpL 1: „Jedná se pouze o vyšetření a bude to tak do 5 dětí.“
- KL 2: „Teď jich mám tak 20 a za svoji kariéru jsem jich viděla asi 35–40.“
- Psy 2: „Já jsem měla přímo na terapii jedno dítě, vyšetřovala jsem asi do pěti dětí.“
- Psy 3: „Já měla na terapii dvě děti, dvě holčičky a diagnostikovala asi taky dalších pět dětí.“

Odpovědi na první otázku v polostrukturovaném rozhovoru poskytují zajímavý přehled o počtu dětí se selektivním mutismem, se kterými participanti pracovali. Z odpovědí je patrné, že zkušenosti odborníků se značně liší. Zatímco někteří měli ve své péči jen několik málo případů, jako jsou Psycholog 1 (Psy 1) a Psycholog 2 (Psy 2), kteří vedení terapie zmínili pro jedno až dvě děti a účast na diagnostice pro menší množství; jiní, jako je Klinický logoped 2 (KL 2), mají vynikající zkušenosti s prací s více než třiceti případy během své kariéry.

***Otázka č. 2: „Které metody v rámci terapie používáte u dětí se selektivním mutismem? Přijdou Vám účinné?“***

- Psy 1: „My jsme pracovali většinou skupinově, nepracovali jsme přímo na terapii mutismu, ale rozvíjeli jsme kognitivní funkce. Pracovali jsme společně s dalšími dětmi, kde byla kromě mutismu i vývojová dysfázie a specifické poruchy učení.“
- KL 1: „Co se týká účinnosti, na někoho platí, na někoho neplatí. Záleží na tom, jak je dítě velké, kolik mu je let, jaké má zkušenosti. Mnohdy se mi nedařilo použít nic u těch dětí. Měla jsem holčičku, která žila víceméně s rodiči odloučená od společnosti na samotě a nebyla zvyklá s nikým hovořit. Hovořila pouze s těmi rodiči, měla asi čtyři sourozence a přišli, když začala chodit do první třídy. Ve škole nekomunikovala a paní učitelka byla odkázána na nahrávky od rodičů, aby věděla, že umí číst. Snažila jsem se použít metodu šeptání, hry, mluvení přes hračku. Tenkrát ještě neuměla psát, takže na otázky odpovídala jen kývnutím hlavy ano, ne. Víceméně žádná metoda se u ní neprojevila jako ta správná a nedopracovaly jsme se k žádnému výsledku. Ke zlepšení stavu došlo při přechodu z prvního stupně na druhý stupeň na jiné škole, kde se to potom srovnalo, a začala mluvit.“
- SpL 1: „Byly to předškolní děti, možná jedna byla školačka, tak jsem používala klasické vyšetřovací metody, které používám i s ostatními dětmi. V případě potřeby jejich hlasové interpretace jsem to při odpovědi na mou otázku musela formulovat jinak. Třeba jen ano, ne – pokývání hlavou, ukazování nebo větší vizualizace a nabídnutí výběru

správné odpovědi. Pokud se rozkoukaly, některé šlo v uvozovkách dotlačit aspoň k šepotu nebo jsem jako zprostředkovatele komunikace používala rodiče, kdy mu to dítě odpověď zašeptalo a rodič ji přetlumočil. Další možností je komunikace dítěte pomocí maňáska, kdy dítě komunikuje skrze něj a jako kdyby nemluví on, ale maňásek.“

- KL 2: „Já to kombinuji, dominantně pracuji s terapií zaměřenou na tělo, mám výcvik práce ve hliněném poli, což je čistě senzomotorická arteterapie. Plus tam kombinuji behaviorální intervence, u některých občas i odměnový systém. Je to kombinace Gestalt terapie, KBT a terapie zaměřená na tělo.“
- Psy 2: „Měla jsem připravené pracovní listy, které jsem odněkud třeba převzala, byla to neoficiální metodika, zaměřená na komunikační věci, na emoce. Používala jsem kresbu, ať nakreslí, co má ráda, jakou má náladu. Byly to metody, které jsem si vytvářela na míru. Používala jsem neverbální techniky – kreslení, byl to pohádkový příběh napasovaný na rodinné vztahy a říkala jsem zkus si představit, že jsi princezna z královské rodiny, kde se něco stalo a zkus nakreslit obrázek, co se stane, když nemáš splněné, co se po tobě chtělo. Je to zástupné, kdy tam nefiguruje ona sama, ale kreslí se jako princezna. Do toho se mohou promítnout vztahy v rodině, které mohou být narušené. Pomocí nálepek určovala, co je pro ni negativní a pozitivní, aby nemusela nic říkat, kreslit. Zkoušela jsem, jestli je schopná k tomu mi něco říct, někdy se dařilo, někdy ne.“
- Psy 3: „Primárně to šlo přes ty neverbální techniky, ale za mě nebylo cílem tu holčičku rozmluvit. Ty děti jsou primárně úzkostné. V tomhle duchu jsem se s tím snažila pracovat, vůbec pracovat s tělem. Zkoušeli jsme buď ať si to ukáže nebo nakreslí skrze obrázek. Jestli to je účinné nebo to zabralo, tak to nejsme schopni vydefinovat, jestli se ta holčička zbavila toho napětí, ale určitě to mohlo mít pro ni pozitivní efekt, že se o tom mluví, aby se uměla těch pocitů zbavit, nestydět se. Dařilo se mi pracovat s imaginací, relaxacemi, to bych vyzdvihla, že je přínosné. Jestli je to účinné, to je otázka zvážení.“
- Psy 2: „Já jsem zase měla klientku, která nebyla u té imaginace schopná se uvolnit, byla tak úzkostná, že musela mít nad okolím kontrolu. Já jsem spíše potřebovala zjistit, zda tam nejsou i poruchy autistického spektra. Na venek byla sociálně nekontaktní, uzavřená, maminka říkala, že doma je zvláštní, neprojevuje emoce i ve svém prostředí, kde mluvila. Selektivní mutismus byl vázaný na školní prostředí. Potřebovaly jsme zjistit, zda tam je i jiná úzkostná porucha nebo co za kombinaci a problémy tam byly. Rodiče nechtěli psychiatrickou péči.“

Z odpovědi na druhou otázku je zřejmé, že terapeutické přístupy a metody používané u dětí se selektivním mutismem jsou vysoce individualizované. Odborníci se v praxi opírají o různé techniky, které sahají od tradičních terapeutických metod, jako je práce ve skupinách, použití hraček pro zprostředkování komunikace až po speciální terapie zaměřené na tělo a arteterapii. Dále z odpovědi vyplývá, že účinnost jednotlivých metod nejvíce závisí na individuálních charakteristikách a potřebách dítěte, včetně jeho věku, socioekonomickém prostředí a specifik diagnózy. Rozmanitost v přístupech a metodách odráží komplexnost selektivního mutismu a ukazuje, že neexistuje jednotná technika pro všechny. Z odpovědi je rovněž patrné, že úspěšná terapie vyžaduje také hluboké porozumění rodinného zázemí dítěte. To vyžaduje nejen odborné znalosti, ale také empatii, trpělivost a odhodlání poskytovat nejlepší možnou péči pro děti se selektivním mutismem.

***Otázka č. 3: „Jaké důvody by Vás vedly k použití Nedirektivní terapie hrou či použití pomůcky maňáska/loutky?“***

- Psy 1: „Používám to ve chvíli, kdy dítě poprvé přijde, je zaseknuté a nemůžu se k němu žádným způsobem dostat. V tu chvíli se obracím na hru, protože to je tomu dítěti vždycky nejbližší, blíží než nějaké úkolování. Může to být buď hra volná, asociální, kdy si s tím maňáskem hrajeme nebo situace ze života, co se dítěti stalo a zkusíme si přehrávat, jak by to mělo vypadat jinak, jiné chování.“
- KL 1: „V dané situaci jsem se snažila využít celou škálu těch metod a zkoušela jsem, která zabere, protože každé dítě reaguje jinak. Měla jsem chlapce, který nereagoval vůbec na nic, pětileté dítě, byl otočený k matce obličejem na klíně a za celou dobu se na mě ani nepodíval. Tam jsem mohla použít maňáska, žádat ho ke hře, ale nereagoval na nic, musela jsem ho poslat na psychologii. Už jsem nevěděla, co mám udělat, ani se na mě nedíval, a tak nevěděl, čím se ho snažím vyprovokovat ke komunikaci.“
- SpL 1: „Maňásek jako prostředek ke komunikaci dítěte, přes který dítě komunikuje. Potřebovala jsem zjistit, jestli mi dítě rozumí a jak rychle dokáže reagovat na mou otázku. Zda je patrná latence z důvodu neporozumění či z důvodu nižší slovní zásoby. To jsou důvody použití maňáska. U vyšetření pro hru jako takovou není prostor, ale víceméně celé vyšetření je vedené u předškoláků jako hra. Hodně jsem čerpala, co se kvality výslovnosti týče nebo úrovně vyjadřovacích schopností přes nahrávku dítěte z domácího prostředí, o kterou jsem si řekla a mohla jsem odpozorovat v jakém stavu je ta obsahová i gramatická složka řeči.“

- KL 2: „U dětí to jako jediné dává smysl! Potřebují se cítit komfortně a bezpečně, takže důvod je rychlejší vybudování vzájemného vztahu, pocit bezpečí a dobrý vazby. Tím pádem to může jít rychleji, když mi věří. Nedirektivní forma hry, ať je to Floor time, herní terapie nebo i na to tělo zaměřený, tak jde vlastně o to mít vztah a bezpečí.“
- Psy 2: „Hlavně pro navázání kontaktu, pomůže nám to skrze loutku eliminovat pocit z toho, že musí okamžitě reagovat. Pomáhá odbourat tu bariéru navázání kontaktu.“
- Psy 3: „Odosobnění. Dítě tam není samo za sebe, klient skrze loutku vlastně mluví jako někdo jiný a vyhovuje mu, že to není zaměřené přímo na něj samotného. Pro ně bývá často problém, když se zaměříte na jejich osobu.“

Odpovědi na třetí otázku poskytují přehled o důvodech, které by participanty vedly k využití terapie hrou a použití maňáska/loutky jako komunikační pomůcky. Z odpovědí participantů je patrné, že metody používají převážně pro navázání prvotního kontaktu s dítětem. Maňáska/loutku, používají k odosobnění v průběhu komunikace, aby se dítě se selektivním mutismem mohlo soustředit na zástupnou věc. Klinický logoped 1 (KL 1) uvádí, že je zapotřebí vyzkoušet vícero metod, kvůli zjištění, jak na ně konkrétní dítě bude reagovat. Dále klinický logoped (KL 2) zdůrazňuje, že u dětí zmíněné metody dávají jako jediné smysl. Je patrné, že děti se v nich cítí komfortně, bezpečně a rychleji si tak mohou vybudovat vzájemnou vazbu s terapeutem.

***Otázka č. 4: „Používáte v rámci terapie pomůcky jako je maňásek či loutka?“***

- Psy 1: „Ano.“
- KL 1: „Ano, snažím se použít všechno. To není jenom maňásek nebo loutka, ale snažím se používat šepot, sluchátko, matku, kývnutí hlavy.“
- SpL 1: Ano, používá – z rozhovoru to bylo patrné.
- KL 2: „Používám ne úplně často, někdy to jsou jen figurky, protože tam mám i pískoviště a mám kufr plný figurek. Nemusí to být nutně maňásek a loutka, protože ve zdravotnickém zařízení nemůžete mít plyšové věci z hygienických důvodů. Je to ale úplně jedno, je to jakákoliv figurka, postavička či auta, roboti, dinosauři. Spíše používám věci z tvrdého plastu, které se dají omýt. Nemusí to být nutně měkký. Mám maňáska na ruku, mám tam havrana, Fanyнку i Františka, ale tajně schované, aby to případná hygiena neviděla (smích).“
- Psy 3: „Při tady těch terapiích jsem nepoužívala, ale v rámci vyšetření už jsem to několikrát použila.“

- Psy 2: „Mám zkušenost, že u menších dětí, které jsou uzavřenější, tak je to takový otvírák. Je to neformální. Dítě se více soustředí na tu loutku, další věc, a ne na toho dospělého.“

Z odpovědi na čtvrtou otázku je patrné, že všichni participanti podílející se na výzkumu použili ve své praxi pomůcku jako je maňásek či loutka. Psycholog (Psy 3) uvádí, že pomůcku nepoužil při terapiích, ale pouze v rámci vyšetření. Klinický logoped (KL 2) tvrdí, že ve své terapii se snaží použít všechny dostupné metody – šepot, sluchátko, matku či kývání hlavy. Důležité ke zmínění je vyjádření Klinického logopeda 2 (KL 2), který upozorňuje na fakt, že ve zdravotnickém zařízení nemohou být plyšové věci z hygienických důvodů. I přes tuto skutečnost ale plyšové pomůcky má, jen uložené v ústraní. Více používá ve své práci plastové figurky a pískoviště, které mohou být zajímavou náhradou plyšové hračky.

***Otázka č. 5: „Jak vnímají děti se selektivním mutismem maňásk jako komunikační pomůcku. Jaké jsou jejich reakce?“***

- Psy 1: „Samozřejmě záleží, jak které a o jakém věkovém rozmezí se bavíme. Pokud jsou to už děti větší, rozmezí 3–4. třída, tak je možné, že jim to už přijde trapné nějaké hračky. Spíše se bavíme o té 1.–2. třídě nebo o předškolácích, a to potom jo. Záleží také i na jejich kapacitě, kdy můžou už být někde jinde a řešit něco jiného. Je třeba sledovat, jak na co dítě reaguje.“
- KL 1: „To je těžké říct, mluvit za ty děti, jak to vnímají. Některé dítě to vnímá kladně a použije to při té komunikaci, ale některé dítě odmítá i tady toto. Vždycky záleží na tom, jak je to dítě připravené. Nevím, jak oni to vnímají. Je to prostředek, jak se k dětem dostat, ale zase záleží na tom, co to dítě preferuje. Jestli má rádo maňásk, zvíře, princeznu, co jim zrovna sedne. Většinou se snažím, aby si rodiče přinesli něco z domu, co to dítě má rádo, že si šeptá do ucha s panenkou nebo maňáskem. Musí mít důvěru k té hračce. Měla by to být ta jeho vyvolená, pokud mu tu dám opičku a zrovna to dítě rádo opici nemá, tak je to kontraproduktivní.“
- SpL 1: „Reakce jsou rozdílné. Je to hodně individuální, některé děti na to přistoupí ihned, jiné děti to negují a některé to zaujme jen částečně. Záleží na ostýchavosti dítěte v neznámém prostředí a jeho sociabilitě, protože u některých dětí je ta nemluvnost s pozadím psychologicky emocionálním a tam už ty děti se dají hůře ovlivnit tím maňáskem a nenaskakují na to.“

- KL 2: „Většinou je to obráceně, že si to v tom prostoru mohou probádat a vytáhnou to oni. Pokud dojde k tomu, že ho vytáhnou, tak já ho využiji. Nechávám to trošku na nich, aby oni byly ti šéfové situace, protože to je to, co potřebují zažít. Je to tak jednodušší, mám to v prostoru dané tak, že tam mám daný v jednom rohu pískoviště, v druhém kufr, některý skříň je skleněný, takže se můžou rozhlédnout a s těmi rodiči si to projít, prohlédnout. Většina z nich jde automaticky k pískovišti, protože je to nejbezpečnější prostor. Podle toho, co vezmou, tak já na to reaguji. Jsem v těch terapiích takový průvodce a čekám, co udělá to dítě a podle toho se zařídím já. Vyplyne to ze situace. Většina těch dětí prostě není jako vyloženě ustrašená, nejsou traumatizovaná. Po pěti setkáních zjistíte, že to jsou opoziční padouši a že v nich je latentně velká agrese, protože tlumí všechny svoje impulzy v tom těle. Nejsou to žádný ustrašení broučci, na které musíme hodně jemně. Naopak třeba u té páté lekce mi dávají dost zabrat, kdy na mě házejí kusy hlíny a vy nastavujete hranice. Zdánlivě klamou, mají nějakou úzkostnou reakci na sociální komunikaci, ale vlastně jsou prosociální, chtějí mluvit a nějak do světa. Jen tlumí ty impulzy a strádají to do sebe, do toho svého těla, kdy ta latentní agresivita je u nich docela častá. Je to u dětí, které jsou z funkčních rodin, mají nějakou predispozici ke genetickým úzkostným poruchám nebo k nějakým fobiím, ale to se liší u dětí s raným traumatem – děti z pěstounských rodin, dětských domovů, ty jsou křehké. Většina dětí s mutismem nemají trauma, těch je málo, těch traumatizovaných.“
- Psy 2: „Tak to je jen teoreticky, jaké mohou být jejich reakce. My jsme tu pomůcku v terapii nepoužily, takže nemůžeme popsat reakce. Mě jen napadá, že záleží i na typu loutky. Pokud je to loutka, která symbolizuje jako postavu nějakou, tak to může být vnímané, že je to jako člověk, ale pokud je to nějaká pohádková postava, která má nějaké vlastnosti z příběhu, tak to může více pomoci, můžeme na to navázat a pracovat s tím.“

Z odpovědi na pátou otázku je zřejmé, že reakce dětí se selektivním mutismem jsou velice individuální, rozdílné a těžko odhadnutelné. Každé dítě je odlišné a může i tyto pomůcky velice razantně odmítat. Dále z odpovědi vyplývá, že velkou roli hraje věkové rozmezí dítěte, kdy pro starší děti, osm let a výše to může být trapné a infantilní. Zatímco ostatní účastníci pomůcku maňáska/loutky v terapii použili, jiní, jako je Psycholog 2 (Psy 2) a Psycholog 3 (Psy 3) reakce popsat nemohli, z důvodů nevyužití této pomůcky v terapii. Klinický logoped 2 (KL 2) sdílí, že

při své práci nechává děti se selektivním mutismem stát se šéfem situace, nechává to na nich. Dává jim možnost probádat, prozkoumat a najít si to, co je zajímavé, stává se tak pouze jejich průvodcem. Tento princip práce může přinášet průlomový zlom v terapii u dětí se selektivním mutismem.

**Otázka č. 6: „Má vliv na budování důvěrnějšího vztahu s dítětem v rámci terapie práce s maňáskem/loutkou?“**

- Psy 1: „Myslím si, že to určitě vliv má, že v momentě, kdy to dítě se může soustředit na tu zástupnou věc, na tu hračku, a ne na toho dospělého, tak ty bariéry padají mnohem rychleji. Zároveň právě u těch dětí nějakým způsobem úzkostných nebo mutistických je pro ně jednodušší, komunikovat přes toho maňáka. Vliv to má skrze pozitivní.“
- KL 1: „Nevím, jestli tento způsob je ten, který vybuduje tu důvěru. Většinou mi připadala ta přítomnost toho rodiče, že zajistí důvěru a že se dítě cítí komfortně. Má u sebe někoho, kdo ho ochrání. My nechodíme oblečení ani v lékařském oblečení, takže dítě by nemělo mít stres z toho, ale jistota toho rodiče vedle si myslím, že je důležitější než jakýkoliv maňásek. Také komunikace přes toho rodiče spíš než přes toho maňáka, kdy rodič tlumočí to, co mu dítě šeptá do ucha. To se mi stalo, že fungovalo. Nepostoupilo to dál, zůstalo to u šepotu tomu rodiči, dál to nešlo.“
- SpL 1: „Jde to poznat z mimiky toho dítěte, jestli to navázání kontaktu půjde či ne. Jestli se uchechtne, použijí humorné situace nebo nabídnu aktivity ve smyslu legrace, tak se dá říct, že manipulace s maňáskem vyjde víceméně dobře, dovede to dítě k šeptání. Zkušenost s tím mám dobrou. Určitě se nedá dítě s tímto problémem postavit jen naproti sobě a jenom verbalizovat. Musí se to vzít přes kresbu, nápodobu, pohybovou hru, přes hru s hračkami nebo přes legraci.“
- KL 2: „Ano. Je to významný, pokud se použije tenhle styl terapie, tak to má velký významný vliv na budování vztahu a efektivity terapie.“
- Psy 3: „Myslím si, že to úplně o tom maňáskovi není. Je tam spousta věcí, kde dítě získává tu důvěru a je to hodně individuální. Záleží i na té hravosti, kterou to dítě má, jestli si drží odstup, protože ta moje holčička, co jsem měla v terapii, tak u ní dlouho trvalo, než se mi vůbec dotknula nějakých věcí. Koukala se z dálky, nechtěla se ničeho dotýkat, takže u ní si dokážu představit, že by mohla mít i odpor vůči tomu. Záleží na tom nastavení toho dítěte. O tom, zda to má ten přínos plošně, bych nedokázala říct.“
- Psy 2: „Asi si dovedu představit, že tu loutku může dítě pouze pozorovat, odpoutat se od toho, že teďka jsme tady kvůli mně, ale teď je to tady u něčem jiném. Může příjemně



působit na dítě to, že se ta pozornost přenesla na něco jiného. Jinak ale taky nevím, s tou důvěrou bych to nepropojovala.“

Odpovědi na šestou otázku poskytují zajímavý rozpor mezi participanty. Zatímco někteří potvrzují a souhlasí s určitým pozitivním vlivem v rámci navázání důvěrnějšího vztahu a efektivitou terapie, jako jsou Psycholog 1 (Psy 1), Speciální pedagog – Logoped 1 (SpL 1) a Klinický logoped 2 (KL 2), jiní, jako je Klinický logoped 1 (KL 1), uvádí, že většinou vyzoroval, že důvěru a pocit bezpečí v dítěti zajišťuje přítomnost rodiče na terapii. Psycholog 3 (Psy 3) a Psycholog 2 (Psy 2) se vyjadřují, že použití maňáska/loutky by s důvěrou úplně nepropojovali.

***Otázka č. 7: „Používáte či jste někdy použil/a v terapii Nedirektivní terapii hrou? Myslíte si, že to má pozitivní efekt na terapii?“***

- Psy 1: Paní psychologka zmiňovala, jak vedla skupinové sezení a hru ve skupině jako doplnění u předchozích otázek a poté reagovala na otázku následovně: „Nevím, jaký je přesný popis té nedirektivní terapie, za mě to byl prostě nácvik sociálního chování.“
- KL 1: „Terapii hrou jsem použila, zase musíte vymyslet hru, která to dítě zaujme, která ho baví. Je to pasivní hra, nepodařilo se mi, přes tu hru, aby bylo dítě v té řeči aktivní. Bylo to zase jenom o tom kývání hlavou doleva, doprava, nahoru, dolů bez jakýkoliv řečových projevů. To dítě tu hru přijalo, rádo hrálo, ale tím to končilo. Dál jsem s tím nepostoupila. Dávala jsem otázky, bylo pokývnutí hlavou, ale řečový projev jsem nenastartovala.“
- SpL 1: „Samozřejmě, jednoznačně. Dítě se vám nijak neotevře ani s vámi nenaváže kontakt, pokud na to půjdete klasickou, v mém případě, vyšetřovací metodou. Určitě je zapotřebí začít něčím nenásilným, v čem se bude dítě cítit bezpečně a nebude mít pocit, že ho tlačíte k řeči. Nějakým způsobem použít mimiku, kresbu, sluchovou diferenciaci, skládání, nesmyslné obrázky ukazovat a třeba přes to se někdy stane, že to dítě jakoby zapomene a něco ze sebe vyhrkne.“
- KL 2: „Používám jí vždycky a má to vždycky efekt, pokud přijdou včas. Nejde to u starších, pokud přijdou ve věku osm až dál, tak už je to jiná práce. Je to strašně ztížený. Do desátého věku se tvrdí, že ty terapie pomáhají hezky, já bych řekla do osmého věku. Jak se začíná už dělat identita jako vnější, tak je to strašně komplikovaný. Mám teď třináctiletou holku, která přišla ve dvanácti a tam je po dvaceti setkání úspěch to, že se usměje. To už ty děti nebaví, tam nejde o hru, jde tam využít Sand play, kde si

projektivně vytváří situace a je to jiná varianta. Taková ta na zemi hra, s maňáskem a sandičky to už neberou. U těch starších dětí na ně funguje to KBT, nějaké behaviorální intervence jsou u nich víc efektivní.“

- Psy 2: „Já jsem tu dívku měla v terapii, když byla už v páté třídě, takže úplně, že by to bylo hravé, to si nemyslím. Nepoužívaly jsme hračky, ani maňaska, v jejím případě jsem to nepoužívala. Já jsem vycházela z toho, co jí zajímalo, pokud to byla ta kresba a ona byla schopna skrze tu kresbu komunikovat, tak jsem se držela toho, co šlo. Nemyslím si, že by se to dalo považovat za hru. Tam hraje i fakt, že už byla starší. Tam už může být i nějaký ostych, kdy si připadají, že je to infantilní.“
- Psy 3: „Já bych řekla, že uplatňujeme nedirektivní terapii celou dobu po práci s dítětem, jen to není primárně hrou. Způsob práce je nedirektivní, protože by to jinak ani nešlo pracovat s tady těmito dětmi. Měla jsem jedno šestileté a druhé jedenáct let.“

Z odpovědí na otázku číslo sedm je patrné, že *Nedirektivní terapii hrou* používali pouze účastníci s kódy KL 1, KL 2 a SpL 1, tedy Kliničtí logopedové a Speciální pedagog – Logoped. Všichni odborníci Psychologové s kódy: Psy 1, Psy 2 a Psy 3, kteří se zúčastnili výzkumu *Nedirektivní terapii hrou* nepoužívali. Dále ze zjištěných informací vyplývá, že hraje velkou roli, aby rodiče své dítě k odborníkovi přivedli včas a *Nedirektivní terapie hrou* mohla být účinná. Hlavním důvodem je věkové rozmezí efektivnosti terapie do deseti let věku dítěte.

***Otázka č. 8: „Jak reagují děti se selektivním mutismem na Nedirektivní terapii hrou. Vnímáte v tom určitou účinnost a efektivitu?“***

- Psy 1: „Účinnost se za mě těžko posuzuje na tak malém počtu případů, jaký jsem měla já, protože to vůbec není statisticky významné ani to nelze vyčíslit. Je to podle mě těžké se k té účinnosti za mě vyjádřit. Vidím efektivitu v tom primárním navázání toho kontaktu a zbořením těch prvotních bariér. Nevím jak dlouhodobě, protože jsem to takhle s žádným dítětem nezkoušela, bylo to spíše jednorázové.“
- KL 1: „Když to nenastartovalo ten řečový projev, jak zmiňujete výše...“ „Možná u dalších deseti dětí, by to nastartovalo. Já nemám zkušenost s tolika dětmi, abych řekla, že ano, je to prostředek k tomu, abychom ty děti nastartovali v řeči. Možná, že takové dítě existuje, ale já jsem ho v péči neměla.“
- SpL 1: Účinnost a efektivitu v tom spatřuje. Tvrdí, že dítě se nijak neotevře ani s námi nenaváže kontakt, pokud k němu budeme přistupovat klasickou, verbální metodou.

Hravý přístup je podle paní speciální pedagožky logopedky velmi důležitý. Zmiňovala v průběhu rozhovoru u předchozí otázky.

- KL 2: „Od těch tří, dvou a půl do osmi se to daří velmi hezky, ten efekt je výrazný a ve většině případu po těch deseti, patnácti lekcích dochází k rozmluvení se. Pokud to tak je, tak dávám v průběhu nějaké behaviorální nácviky, sbírání odměn za promluvení, na všechny ty odměny ale nefungují. Je to hodně individuální. Jsou děti, které jsou úplně rezistentní na jakoukoliv odměnu.“
- Psy 2 a Psy 3: Tím, že hru do terapie nezapojovaly, tak nemohly vyloženě odpovědět. V jejich případech byly i ty děti už starší a spíše by to tam ani nemuselo fungovat. Postupovaly spíše přes kresbu.

Odpovědi na osmou otázku poskytují rozmanité informace o reakcích dětí, účinnosti a efektivnosti při používání *Nedirektivní terapie hrou*. Pohledy participantů jsou odlišné. Participant Psycholog 1 (Psy 1) a Klinický logoped 1 (KL 1) uvádí, že je těžké statisticky posoudit účinnost a efektivitu *Nedirektivní terapie hrou* na tak malém počtu dětí se selektivním mutismem, které měli v péči. Naopak participant Speciální pedagog – Logoped 1 (SpL 1) a Klinický logoped 2 (KL 2) v tom efektivitu a účinnost spatřují. Podle Klinického logopeda 2 (KL 2) dochází k rozmluvení ve většině případech do deseti lekcí u dětí od dvou a půl, do osmi let. Participant Psycholog 2 (Psy 2) a Psycholog 3 (Psy 3) tuto metodu ve své terapii nezapojovali, zato využívali práci s kresbou.

***Otázka č. 9: „Jaké výzvy se mohou vyskytnout v terapii dětí se selektivním mutismem? S čím jste se potkal/a ve své praxi?“***

- Psy 1: „Výzva je zjistit, kde má ten selektivní mutismus kořeny, kdy byl ten začátek. Častokrát to není tak úplně řečová vada, ale spíše tam je nějaké psychické trauma. Potom vypluje něco, co se řeší doma a co jsme vůbec nevěděli. Výzva je za mě tady prozkoumat ty příčiny a prvopočátek.“  
„Myslím si, že častokrát tam psycholog hraje trochu větší roli než logoped v tom řešení nějakých skrytých problémů. Prozkoumání, co se vůbec děje v tom dítěti je u selektivního mutismu důležité.“  
„Přijde se na to, co to mohlo zpustit, ale třeba to trvá. Takhle ještě bych řekla, když pracuji v SPC a máme to dítě jednou na vyšetření, pak ho třeba rok nevidíme, tak tady se to úplně neodhalí. Ale když jsem pracovala na základní škole jako školní psycholog

a s dítětem i s rodinou byla možnost se vídat pravidelně, tam už je to něco jiného a postupně to vyplave na povrch.“

- KL 1: „Musíte být hodně kreativní, musíte se snažit to dítě zaujmout něčím, ale zas je to velmi těžké, když neznáte, to pozadí. Nevíte, jak to funguje v rodině, rodič má většinou takový ten ochranný vliv na to dítě, že se ho snaží chránit. To mi připadá, že bylo u všech těch rodičů. Když nevíte, jaké je to pozadí, proč k tomu došlo, protože rodič vám to ne vždy řekne objektivně. Takže se snažíte o něco, co se míjí účinkem. Do jisté míry je tam potřeba psychologická péče, terapie psychologem na odblokování těch stavů. To si myslím, že je velmi důležité, ale bohužel, je málo psychologů, kteří dělají terapie, většinou dělají jen diagnostiky. Nesetkala jsem se s psychologem, který by řekl zabývám se mutismem a posílejte mi děti, znám techniku, která pomůže. Je málo psychologů terapeutů. V Praze je kolegyně Barbora Richtrová, která se zabývá vyloženě mutistickými dětmi, má velké zkušenosti s těmito dětmi a pracuje s hliněným polem, má i psychologický výcvik.“
- SpL 1: „Většinou jsem měla zkušenost u těch pěti dětí, že se ke konci nějakým způsobem rozmluvily. Aspoň něco z nich vypadlo třeba ano, ahoj něco heslovitého, zvuk – haf. Jeden kluk, předškolák, čtyřletý právě se dost zarytě držel, že nebude se mnou mluvit, i když se usmíval, rozesmál se, a i té mamince tam něco šeptal, ale neřekl nic. Úskalí vidím v tom, když musíme pouze z vyšetření popsat, že dítě nenavazuje kontakt, neguje veškerou interakci s vyšetřující, odchází z místnosti či zpustí křik a pláč. V ten moment dítě nenalákáte ani na hru, hračku, bublifuk či bonbónek a matka s dítětem víceméně odchází pryč.“
- KL 2: „Výzva jsou rodiče, komunikace s rodinou a jak pomoc. Ve většině případů jsou ti rodiče taky velmi křehcí, velmi plašší a vlastně mají nějaké úzkostné stavy. Někteří, tak půlka z nich je taky medikovaná. To je složité, zároveň je tam cítit velká nervozita, aby to dítě bylo rozmluvené do první třídy a hned mi ho opravte. Je náročné jim vysvětlit, že je to proces a mají k tomu důvod. Někteří řeknou, že to znají, že se rozmluvili, takže je tam potom despekt, že to přejde. Pak je problém, když jsou často nemocné ty děti, protože efekt terapie se zvyšuje četností návštěv, ze začátku. Pokud není kontinuálně ta terapie půl roku jednou za čtrnáct dní, jak to mám nastavený, tak ten efekt samozřejmě mizí. Stalo se mi to teď u holčičky, kdy půl roku nebyla a úplně se vrátila, jsme na bodu mrazu. Ještě se zhoršila.“
- Psy 3: „Já myslím, že každá terapeutická hodina byla výzva. Protože člověk nebyl schopný odhadnout, jestli se to posune, povede, jestli ten kontakt navážeme. Určitě to

bylo o tom, jestli dítě bude spolupracovat, v jakém přijde nastavení, jestli se něco povede. Ani ty neverbální věci nebyly zárukou úspěchu. Tím, že byly hodně úzkostné, tak to někdy šlo i do projevů jako slziček. Přišlo mi to jako takové přešlapování a dávání si pozor, ať nešlápnu vedle, abych tu komunikaci dále neodbourala a mohly jsme tak pokračovat dál. Hledání, co si k tomu dítěti můžeme dovolit a co už ne.“

- Psy 2: „Za mě taky, já si vybavuji ten pocit obavy, že zrovna ta použitá technika byla ta slepá ulička, jak člověk experimentoval, co zafunguje, tak se mi staly ty věci, které to dítě právě zablokovalo. Musela jsem si uvědomit, že tady tím způsobem to nejde. Dávala jsem i možnost ať si to třeba udělá sama doma a zjistily jsme, že to pro ni i doma bylo těžké, takže byly i nezdary. Stalo se mi, měla jsem pocit, že se mi během terapií ta dívka otevírá, ale na konci se zase uzavřela. Zdálo se mi to lepší a lepší, potom došlo ke zlomu, ten vztah byl jak na začátku. To bylo náročný emočně i pro mě, jako pro terapeuta, že tam ten člověk neviděl tu odezvu, ten pokrok, protože to není vyžádaná služba pro to dítě a chce to spíše ten rodič, ne samotné to dítě. Není vidět tak ten výsledek.“
- Psy 3: „Bohužel jsem neměla typ nápomocného rodiče, spíše jsem musela zkoušet vše víceméně já. Druhá maminka byla hodně stimulující, ale neřekla mi, že by něco zabralo a mohla jsem to využít. Pomocníkem mi moc nebyli.“
- Psy 2: „Já jsem to měla taky tak, čekala jsem, že ta maminka bude mít větší zájem o to pomoc tomu svému dítěti. Nebyla taková, že by se sama snažila hledat způsoby, naopak stále čekala, s čím teda přijdu já a v čem ji poradím. Přišlo mi zarážející, že když to mělo nějaký vývoj, opouštěla pak základní školu, tak když jsme vybíraly střední školu a měla přijít změna, tak maminka udělala úplný opak, než jsme se domlouvaly. Ta škola byla úplně proti smyslu všeho, co jsme vybraly, úplně ignorovala a dala ji někam, kde ji vystavila šílenému stresu.“

Odpovědi na devátou otázku jsou odlišné, každý participant vidí výzvu v terapii u dětí se selektivním mutismem jinde. Psycholog (Psy 1) uvádí výzvu samotné zjištění kořenů, příčin mutismu. Zmiňuje také nemožnost odhalení těchto příčin pouze z vyšetření a tvrdí, že je zapotřebí dlouhodobá práce s dítětem se selektivním mutismem. Klinický logoped 1 (KL 1) vidí úskalí v neznámém fungování rodiny, které rodiče mnohdy nezmíní či zatají a může se tak potýkat se snahou o něco, co se mívá účinkem. Speciální pedagog – Logoped (SpL 1) spatřuje výzvu v samotném kontaktu s dítětem a hrozbě, že pokud dítě nechce spolupracovat na

vyšetření, musí je poslat domů. Zato Klinický logoped 2 (KL 2) oproti jiným participantům považuje za výzvu samotné rodiče a komunikaci s nimi nikoliv spolupráci s dítětem se selektivním mutismem. Psychologové 2, 3 (Psy 2, 3) uvádí úskalí každou terapeutickou hodinu s dítětem se selektivním mutismem z důvodů emočně náročné práce pro terapeuta, který mnohdy nevidí u dítěte odezvu.

**Otázka č. 10: „Máte určité metody a postupy, které se Vám v terapii osvědčili jako nejlepší?“**

- Psy 1: „Osvědčilo se mi pracovat právě v té menší skupině 2–3 dětí, protože se tím pádem mnohem sníží ten tlak na to dítě, že by měl vždycky odpovídat. Důležité je vymezit ten prostor, ale myslím si, že ta práce ve skupince pomáhá. Oni tím, že mluví výběrově s určitými lidmi a v určitých situacích, je pro ně postavení jeden na jednoho s dospělým více náročná. V momentě, kdy já tam vtáhnu ty ostatní děti, se situace pro ně stává jednodušší.“
- KL 1: „Nemám, nemám osvědčené metody, stále čerpám z těch klasických metod, které jsou doporučovány a snažím se najít tu, která to dítě nějakým způsobem stimuluje. Je to velmi individuální, ty děti nejsou stejné, každé je jiné. Mám pocit, že u chlapců je to takové markantnější, že ti kluci jsou více uzavření než ta děvčata, ale zase jsem jich neměla tolik, abych to mohla paušalizovat. Nějakou osvědčenou metodu asi nemá nikdo. U těch jednodušších diagnóz se ty metody moc neliší, ta metodika je daná a můžete ji jen trošičku obměnit. U toho mutismu, tím, že se dotýkáte té dětské duše, tak to je hodně složité. Dlouho jsem dítě s mutismem neměla.“
- SpL 1: „Šeptání, komunikace přes rodiče, ano/ne, komunikace skrze maňáska. Zkoušela jsem i zapnout počítač a pracovat s ním. Nemyslím si, že by existovala nějaká univerzální metoda nebo kuchařka jak na to. Je to vždycky hodně individuální, každé dítě je v tomhle tom ohledu jiné. Důležité je hlavně nenásilný přístup. Kresba hlavně rozvíjí řeč, takže přes ni se snažit ji rozvíjet, třeba prstovými barvami a dramatizací.“
- KL 2: „Určitě *Nedirektivní herní terapie*, určitě rozostřená komunikace, behaviorální intervence, velmi důsledný mluvení s rodiči, na první setkání si je zvu samotné, po pěti lekcích je zase setkání jenom s rodiči, kdy si řekneme, co dál. Dostávají návodný body, co říct ve škole a školce, jak to zkusit s učitelkami domluvit, aby tam docházelo k nácviu té rozostřené komunikace taky. Rozostřená komunikace, o tom jsou moje dva články, v jednom je to přesně popsáno, najdete to v Listech klinické logopedie. Je to postupný rozklad situace, sedět bokem, držet bublinu, postupně se zapojovat a jak se k dítěti bezpečně přiblížit.“

- Psy 3: „Bude se opakovat, to, co jsme řekly. Já jsem měla tu holčičku v páté třídě, byla výtvarně nadaná. Takže jsme se opíraly o kresbu. Viděla jsem v tom efekt, mohla jsem se doptávat a odbourávaly jsme ty úzkosti. Určitě ano ty kresebné, neverbální věci.“
- Psy 2: „Já jsem to měla trošku jinak, u té dívky bylo možná ve hře i poruchy autistického spektra. Nevyhovovalo ji vyjadřovat se sama za sebe. Nefungovaly techniky jako sebepoznávací. Nebyla schopná se ani odhalit. Vše, co šlo do osobního byl problém. Vyhovovalo ji to řízené, měla jsem pracovní list, kdy spojovala, na jakou otázku by jak odpověděla. Vybírala si z konkrétních možností. Nebylo to nijak kreativní, já jsem se ale o ní potřebovala něco dozvědět, a to mi pomáhalo. Dobře četla a fungovala s textem. Velmi si hlídala svůj osobní prostor, bylo to pro ni ohrožující.“

Z odpovědi na desátou otázku je zřejmé, že terapeutické přístupy a metody, které se osvědčily u jednoho dítěte se selektivním mutismem nemusí být úspěšné u druhého dítěte se stejnou diagnózou. Je z toho patrné, že zkušenosti odborníků se ve využití osvědčených metod mohou lišit či naopak žádné metody, které fungují nemají a pouze zkouší, jak na ně konkrétní dítě se selektivním mutismem zareaguje. Jak již bylo popsáno u odpovědi na druhou otázku, účinnost jednotlivých metod závisí na individuálních potřebách a charakteristikách dítěte, včetně jeho věku, který hraje důležitou roli. Také závisí na socioekonomickém prostředí, rodině a specifík, která mohou být s diagnózou spojená. Participantů se v praxi opírají nejčastěji o klasické terapeutické metody jako práce ve skupině, šeptání, zprostředkovaná komunikace, kývání hlavou, kresbu až po ty speciální metody jako *Nedirektivní terapie hrou* či rozostřená komunikace.

***Otázka č. 11: „Co pro Vás bylo v rámci terapie s dítětem se selektivním mutismem nejobtížnější?“***

- Psy 1: „Někdy to možná je určitá úzkost, proč ten mutismus tam je, později však to může být účelově jako chování, určitá forma manipulace. V tu chvíli mi to přijde složité i pro učitele, ale i v terapii rozlišit, kdy už jsme se překloupili do něčeho jiného a dítě se naučilo, že tohle chování se mu vyplácí. Tam je důležité si potom vymezit hranice, jak má komunikace probíhat, aby nedocházelo k rozšiřování: já nebudu mluvit při zkoušení, ani když jsem sama u zkoušení a už to nechci ani psát. Důležité je říct si na začátku, tohle zvládneš a touhle formou to dítě postupně posouvat ku předu k té samostatnosti a k tomu, aby to zvládlo. Ne pořád ustupovat a hranice povolovat, ale spíše se snažit, aby bylo schopné komunikace.“

- KL 1: „Navázání toho kontaktu, to je opravdu nejobtížnější a vlastně donutit ho k tomu, aby ta komunikace aspoň nějaká byla. To si myslím, že je velmi těžké. Já jsem si třeba tu holčičku zvala každý týden dokolečka, ani jsem na ni netlačila, nechtěla jsem, aby mluvila. Snažila jsem se ten kontakt navázat, ale prostě to nešlo. Byl tam blok. Já to přirovnávám k tomu, když máte introvertní dítě, které když vejde do místnosti a nepozdraví, rodič řekne: pozdrav! Teď ono se může rozhodnout, že nepozdraví, stydí se a teď to nemůže překonat. Má ten blok a teďka jako nechce vystoupit z té své zóny a ten rodič ho nutí k tomu, aby pozdravil. Čím víc ho nutí, aby pozdravil, tím více couvá. Proto tvrdím, netlačte na to dítě! Taky dítě, které nemluví do určitého věku, rodič dává instrukci: řekni! Ne, nabídnout a čekat, neřekneš, dobře, já nabídnu další. Ten tlak vlastně vyvolává protitlak, tak jako agrese vyvolává agresi, tam je to úplně stejné. Rodiče do toho nevidí, jak oni se snažili naučit, aby to dítě mluvilo a jestli ten tlak tam byl. Nikdo vám to otevřeně neřekne, možná si to sami ani neuvědomují.“
- SpL 1: „Asi pochopit, co je nejvhodnější směrem k tomu dítěti použít, abych ho nerozplakala, protože to dítě vám zpočátku ani mimikou nenaznačí, kam až můžete zajít. Je to hodně subjektivní, přijít na to, jak ono zareaguje a čím ho nevylekáte. V úvodu jste na tenkém ledě a nevíte co, abych ho neutvrdila v tom, že se mnou nebude komunikovat.“
- KL 2: „Je to individuální, s každým něco jiného. Teď je obtížné začít s tou holčičkou, s kterou tady dlouho nebyli a šla do regresi, obřího, co se týká mutismu. Vrátila se hlouběji, než byla. U té pubertální holky, co je jí třináct, to je strašně náročný, protože ona ani nemrkne okem, nehýbe hlavou nedává najevo nic očima. Teď po dvaceti lekcích, jemně zvedne obočí za náznak, že souhlasí. Výzvy jsou, když se to dítě začne uvolňovat a jsou v té fázi agrese. Kdy tři až čtyři lekce po vás něco hází nebo skáčou po křesle. Je těžké uhlídat tu hranici, aby to bylo bezpečný a přátelský, zároveň aby si neublížili a nic se nestalo, tak to je taková terapeutická výzva.“
- Psy 2: „Pro mě bylo obtížné, že nevidím tu motivaci toho dítěte, neviděla jsem odezvu, pokroky byly nejisté i výsledek jako takový. Nakonec jsem se musela vyrovnat z frustrací, že to na konci skončilo. Přestávala totiž komunikovat ještě více než uprostřed terapie a uzavírala se zase zpátky. Bránila se konzultacím, nechtěla na ně chodit. Mohla jsem to brát jako svoje selhání či neúspěch, ale chápu, že to bylo z nějakých důvodů. Musela jsem si to nějak zpracovat.“
- Psy 3: „Tlaky a očekávání z vnějšku – děti tady přicházejí s jinou potřebou než potřeby rodičů nebo školy. To, že se terapie nikam neposouvá jsou požadavky a potřeby okolí.“



Pro tu holčičku je třeba přinosné se pouze s tou emocí sžít, přijmout ji. Náročné je to očekávání z vnějšku.“

Z odpovědí na poslední, jedenáctou otázku polostrukturovaného rozhovoru je zřejmé, že participantí Klinický logoped 1 (KL 1), Speciální pedagog – Logoped 1 (SpL 1) a Psycholog 2 (Psy 2) se shodují v odpovědích a jako nejobtížnější považují navázání kontaktu s dítětem se selektivním mutismem, ale i nastavení funkční komunikace mezi terapeutem a dítětem. Ze zjištěných informací vyplývá, že na začátku kontaktu se terapeut pohybuje na tenkém ledě a musí se potýkat s minimální odezvou u dítěte s touto diagnózou. Zato Klinický logoped 2 (KL 2) tvrdí, že je to velmi individuální, výzvy spatřuje ve fázích agrese u dítěte se selektivním mutismem, kdy musí udržet hranice bezpečného a přátelského prostředí. Psycholog 3 (Psy 3) naopak zmiňuje tlaky a očekávání z vnějšího okolí a Psycholog 1 (Psy 1) hovoří o vymezení hranic a kontrole, zda mutismus nepřechází do forem manipulace. Ze zjištěných informací vyplývá, že terapie dětí se selektivním mutismem je velmi individuální a přináší různé nástrahy.

## Diskuse

Z provedené analýzy rozhovorů s participanty vyplývá, že práce s dítětem se selektivním mutismem bývá ve všech ohledech velice individuální, metody a techniky, které vyhovují jednomu dítěti již u dalšího mohou být velkým problémem. U většiny participantů je patrné, že ve své péči měli jen malé množství dětí se selektivním mutismem. Výjimku v prováděném výzkumu tvoří participant s kódem KL 2, který má nyní v péči kolem dvaceti dětí a disponuje bohatými zkušenostmi s touto specifickou skupinou.

Většina participantů využívala ve své práci maňáska či loutku jako svou pomůcku, lze tím říct, že má významný vliv na budování vztahu s terapeutem. Stává se prostředkem, jak se k dítěti blíže dostat. Mohou komunikovat skrze pomůcku, dochází k odosobnění, kdy se dítě soustředí na zástupnou věc, která mu může pomoci k započetí komunikace.

Terapii hrou používali pouze participant s kódy KL 1, 2 a SpL 1. Všichni odborníci s kódem Psy (Psy 1, 2 a 3), kteří se zúčastnili výzkumu *Nedirektivní terapie hrou* nepoužívali.

*Nedirektivní terapie hrou* má velký a výrazný efekt i pouze při navázání kontaktu s dítětem a zbořením bariér. Důležitou roli hraje věk dítěte, který je v této terapii klíčový. Participant s kódem KL 2 zmiňuje, že se obecně uvádí působení *Nedirektivní terapie hrou* do deseti let věku dítěte, ze svých zkušeností se ale domnívá, že spíše zabírá a funguje do osmi let věku. Ze zjištěných informací hraje velkou roli, aby rodiče své dítě k odborníkovi přivedli včas a *Nedirektivní terapie hrou* mohla být účinná. Většinou dochází k rozmluvení po deseti až patnácti lekcích a následně je vhodné kombinovat i jiné techniky jako odměnový systém či behaviorální intervenci. U starších dětí, kteří trpí selektivním mutismem terapie hrou již nemusí zabírat a je nutné volit jiné terapeutické metody např. KBT, Gestalt terapii či terapii zaměřenou na tělo.

Skupinová sezení či práce ve skupině může u dětí se selektivním mutismem snížit tlak promluvy na dítě, který je více patrný při práci dítěte a terapeuta. Dítě tak není postaveno do situace jeden na jednoho, což pro něj může situaci zjednodušit. Tuto metodu použil participant s kódem Psy 1.

Kromě *Nedirektivní terapie hrou* participant používali v terapii s dětmi se selektivním mutismem následující metody: šeptání, mluvení přes hračku, nahrávky od rodičů, komunikace skrze rodiče, kresba, imaginace, relaxace či pouhé kývání hlavou ano, ne.

Participant s kódem KL 2, který se na děti se selektivním mutismem specializuje uvádí také metody jako práce v hliněném poli, což je senzomotorická arteterapie, terapie zaměřená na tělo, rozostřená komunikace či právě *Nedirektivní terapie hrou*, kterou v terapii s dětmi se selektivním mutismem rovněž používá. Zdůrazňuje, že účinnost a efektivita záleží na věku dítěte. Participant používá při práci s dětmi se selektivním mutismem kombinaci Gestalt terapie, KBT terapie či terapie zaměřené na tělo.

Z analýzy dat výzkumu dále vyplývá, že je důležité i odlišení, zda dítě se selektivním mutismem je a bylo traumatizované či nikoliv. V těchto případech se totiž u dětí s traumatem objevují ještě další a odlišnější projevy než u dětí, které mají selektivní mutismus pouze z důvodu úzkostí. Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že většina dětí se selektivním mutismem mají latentně velkou agresi, protože tlumí všechny svoje impulzy v těle a nejsou to jen ustrašené děti, ke kterým je potřeba přistupovat jemně. Většina dětí se selektivním mutismem není ustrašená, pokud nejsou traumatizovaná, což traumatizovaných dětí se selektivním mutismem je výrazně méně. V těchto případech se může stát pro terapeuta výzvou uhlídat uvolňovací fázi dítěte, kdy dochází k agresi a je nutnost vymezit hranice a dohlédnout na bezpečný a přátelský průběh terapie. Další výzvou vyplývající z výzkumu je komunikace a práce s rodiči dítěte se selektivním mutismem či i samotné navázání prvotního kontaktu s dítětem.

Participant s kódem KL 1 uváděl při rozhovoru důležitost nevyvíjet tlak ze strany rodičů na dítě již v raných počátcích rozvoje řeči. Zcela se vyhnout situacím, kdy říkáme: řekni, pozdrav, kdy na dítě vyvíjíme tlak. Pouze nabídnout dítěti, zda říct chce, učit ho, jak je to správně, ale netlačit. Nechat rozhodnutí a překonání vlastního studu na dítěti. Tomuhle přístupu by se měli vyvarovat převážně rodiče introvertních a úzkostných dětí jako prevenci před vznikem této diagnózy.

Celkově z provedeného výzkumu je patrné, že při terapii s dítětem se selektivním mutismem se převážně na začátku lekcí pohybujeme na tenkém ledě, zkusíme, co si můžeme dovolit, abychom dítě neutvrdily v tom, že s námi komunikovat nebude. Z toho důvodu je vhodné nechat děti probádat, vybrat si, rozhlédnout se po prostoru, co je jim blízké, sympatické a na to by měl právě terapeut navázat a dále s tím pracovat.

## Závěr

Bakalářská práce pojednává o *Nedirektivní terapii hrou* v průběhu terapií dětí se selektivním mutismem a zkoumá, zda odborníci využívají maňáska či loutku jako komunikační pomůcku v praxi. Ve své práci se zaměřuji také na reakce dětí se selektivním mutismem s využitím výše zmíněných metod v terapii. Informace byly zjišťovány od odborníků, kteří vyšetřovali, či vedli terapii s dítětem, kterému byl diagnostikován selektivní mutismus.

V teoretické části bakalářské práce, která se dělí na dvě kapitoly jsou popsány základní informace o problematice selektivního mutismu a významu hry v životě dítěte. V první kapitole byla vymezena definice, terminologie a klasifikace mutismu dle aktuálních klasifikačních systémů. Byla popsána také etiologie, symptomatologie, diagnostika a terapie. Zmíněna byla i prognóza a prevence mutismu. V druhé kapitole je uvedena definice terapie hrou, hra a její význam v životě dítěte v předškolním a školním období.

Výzkumná část bakalářské práce je věnována kvalitativnímu výzkumu založenou na metodě polostrukturovaných rozhovorů s odborníky, kteří mají ze své praxe zkušenosti s dětmi se selektivním mutismem. Na rozhovorech se podíleli partcipanti s odborností jako klinický logoped, speciální pedagog – logoped či psycholog. Výzkumná část se zabývá *Nedirektivní terapií hrou* i používáním maňáska či loutky jako komunikační pomůcky v praxi u dětí se selektivním mutismem a analyzuje reakce dětí na tyto zmíněné metody.

Ze získaných informací vyplývá, že terapie hrou má výrazný a pozitivní efekt v práci s dětmi se selektivním mutismem. Nemusí u ní vždy dojít k rozmluvení, ale přináší dítěti možnost si zpracovat své emoce, zbořit bariéry studu a zároveň se uvolnit v aktivitě, která je mu přirozená. Je třeba zdůraznit, že terapie hrou je účinná od raného období dítěte. Po překročení věkové hranice osmi let terapie ztrácí svůj smysl a efektivnost. Dále z výzkumu vyplývá, že využívání maňáska či loutky jako komunikační pomůcky může sloužit u dítěte se selektivním mutismem jako prostředek k odosobnění v komunikaci. Dítě komunikuje za zástupnou věc, nikoliv sám za sebe. Celkově je důležité u těchto dětí důsledněji dbát na individuální přístup.

Prostřednictvím získaných teoretických znalostí a realizací rozhovorů s odborníky, kteří mají zkušenosti s touto skupinou dětí mi pomohlo lépe pochopit problematiku a specifika této psychogenní narušené komunikační schopnosti. Zpracování tématu mi bude přínosné v mé další pedagogické cestě.

## Seznam použitých zdrojů

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM–V)*. United States of America, Copyright © 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.
2. Asociace klinických logopedů České republiky [online]. *Standardy péče pro odbornost, Mutismus*, Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová. [cit. 2023 08-10]. Dostupné z: <https://www.klinikalogopedie.cz/res/file/vzdelavani/osnova-standardu-pece--odb.-903.pdf>
3. Asociace klinických logopedů.cz [online]. *Oněmění (mutismus), Získaná neurotická nemluvnost (elektivní/selektivní mutismus)*. [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://www.klinikalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--mutismus>
4. HARKIN, Christine. *Selective Mutism and Play Therapy*. In: *Play Therapy Melbourne* [online]. © 2020 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.playtherapymelbourne.com/selective-mutism-and-play-therapy/>
5. HOLUBOVÁ, Zuzana. *Žák se selektivním mutismem na základní škole pro žáky se specifickými poruchami učení – případová studie* [online]. Olomouc, 2023 [cit. 2023-06-21]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Renata Mlčáková. Dostupné z: <https://stag.upol.cz/StagPortletsJSR168/CleanUrl?urlid=prohlizeni-prace-search&studentSearchPrijmeni=holubov%a1&praceSearchNazev=%c5%bd%a1k+se+selektivn%adm+mutismem&praceSearchTyp=diplomov%a1>
6. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3

7. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Coding Tool*. [online]. Version: 01/2023. [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz). [cit. 2023-11-26]. Dostupné z: [https://icd.who.int/ct11/icd11\\_mms/en/release](https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release)
8. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3941-0.
9. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.
10. KNOPPOVÁ, Pavlína a Jana KUČEROVÁ. *Význam logopedické intervence u osob s psychiatrickou diagnózou*. Olomouc: UP, 2006. ISBN 80-244-1545-3.
11. Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Tzaha, L., Iliadis, C., Frantzana, A., Katsimbeli, A., Kourkouta, L. *An Overview of Play Therapy*. In: *PubMed Central* [online]. Mater Sociomed, 2021 [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8812369/>
12. KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5264-8.
13. *Listy klinické logopedie: časopis Asociace klinických logopedů ČR* [online]. 1/2019. [cit. 2023 08-10]. ISSN 2570-6179. Dostupné z: [https://casopis.aklcr.cz/artkey/lkl-201901-0021\\_collaboration-between-a-speech-and-language-pathologist-slp-and-a-marriage-and-family-therapist-mft-intrea.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Delektivn%25ED%2B%2Bmutismus%2Bin%253Aauth%2Bname%2Bkey%2Babstr%26sfrom%3D0%26spage%3D30](https://casopis.aklcr.cz/artkey/lkl-201901-0021_collaboration-between-a-speech-and-language-pathologist-slp-and-a-marriage-and-family-therapist-mft-intrea.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Delektivn%25ED%2B%2Bmutismus%2Bin%253Aauth%2Bname%2Bkey%2Babstr%26sfrom%3D0%26spage%3D30)
14. MICHÁLKOVÁ, Adéla. *Logopedická intervence u dětí s elektivním mutismem* [online]. Olomouc, 2021 [cit. 2023-06-21]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Adéla Hanáková. Dostupné z: <https://stag.upol.cz/StagPortletsJSR168/CleanUrl?urlid=prohlizeni-prace->

[search&studentSearchPrijmeni=mich%a1lkov%a1&praceSearchNazev=.+Logopedick%a1+intervence+u+d%9bt%ad+s+elektivn%adm+mutismem+&praceSearchFakultaVSKP=PDF](#)

15. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
16. MKN-10: *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: aktualizované vydání k 1.1.2022*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>
17. NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
18. PEČEŇÁK, Ján. *Diagnostika mutismu*. In: LECHTA, Viktor. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
19. RICHTROVÁ, Barbora: *klinická logopedie a poradenství* [online]. *Mutismus*, 04.05.2020. [cit. 2023 08-19]. Dostupné z: <https://www.bararichtr.cz/l/mutismus/>
20. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie 4.*, aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/detska-klinicka-psychologie-6668/>
21. STODŮLKOVÁ, Eva a Eliška ZAPLETALOVÁ. *Pedagogika pro střední školy*. Machart, 2015. ISBN 978-80-87938-32-4.
22. SYCHROVÁ, Pavla. *Selektivní mutismus v dětském věku v otázkách a odpovědích*. In: *Šance dětem* [online]. 30.04.2013, aktualizováno: 27.02.2023. [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/selektivni-mutismus-v-detskem-veku-v-otazkach-odpovedich>

23. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7178-546-0.
24. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)* [online]. Palackého náměstí 4, Praha. [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) [cit. 2023-11-26]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#o-klasifikaci>
25. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie, teoretické základy a metodika*. 6. aktualizované a rozšířené vydání. Nakladatelství Parta, 2021. ISBN 978-80-7320-290-3.
26. VALENTA, Milan a Pavel HUMPOLÍČEK. *Hra v terapii*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1190-7.
27. VYMĚTAL, Jan a Vlasta REZKOVÁ. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-561-X.



## Seznam zkratk

MKN – 10 = Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů  
(10. revize)

MKN – 11= Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů  
(11. revize)

DSM – V = Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (páté vydání)

ICD = International Classification of Diseases and Related Health Problems

KBT = Kognitivně – behaviorální terapie

SSRI = Selective serotonin reuptake inhibitor (antidepresiva)

SPC = Speciálně pedagogické centrum

Kódy participantů:

- SpL = Speciální pedagog – Logoped
- Psy = Psycholog
- KL = Klinický logoped

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Kódy jednotlivých participantů .....	32
Obrázek 2: Design výzkumu .....	32

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Charakteristika participantů účastněných na výzkumu .....	32
--	----

## Seznam příloh

Příloha č. 1

### **SOUHLAS S POSKYTNUTÍM INFORMACÍ PRO VÝZKUMNÉ ÚČELY**

Podpisem tohoto dokumentu vyjadřuji svůj souhlas se spoluprací na výzkumu pro bakalářskou práci s názvem "**Terapie hrou u dětí se selektivním mutismem**", kterou zpracovává Tereza Černínová.

Rozumím tomu, že informace a mé odpovědi budou použity pro analýzu v rámci výzkumu a mohou být zveřejněny v kontextu kvalifikační práce. Zároveň beru na vědomí a souhlasím s tím, že veškeré poskytnuté informace budou zpracovány anonymně a žádné osobní údaje (jako jsou jméno a příjmení) nebudou v práci uvedeny.

Jediný údaj, který může být v práci uveden, je má odbornost (např. logoped, psycholog apod.)

Datum a místo:

Jméno a příjmení (pro interní účely, nebude zveřejněno):

Podpis: