

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Elektivní mutismus u osob ve vztahu k jejich možným obranným mechanismům a
copingovým strategiím

Alžběta Tušicová

Olomouc 2024

prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Elektivní mutismus u osob ve vztahu k jejich možným obranným mechanismům a copingovým strategiím“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem. Dále prohlašuji, že všechny užití zdroje jsou zahrnuty v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne.....

.....

Alžběta Tušicová

Poděkování

Děkuji prof. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za odborné vedení závěrečné práce. Děkuji také Martině, a její mamince za ochotu, vstřícnost a čas, který mi během zpracovávání mé práce poskytly. V neposlední řadě bych chtěla nejvíce poděkovat svým nejbližším, za jejich neustálou podporu, které si nesmírně vážím.

OBSAH

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Komunikace	10
1.1 Verbální komunikace.....	11
1.2 Neverbální komunikace.....	12
1.3 Narušená komunikační schopnost	12
2 Elektivní mutismus	14
2.1 Terminologické vymezení	15
2.2 Etiologie.....	17
2.3 Klasifikace	18
2.4 Symptomatologie.....	19
2.5 Diagnostika.....	20
2.6 Diferenciální diagnostika.....	22
2.7 Terapie	23
2.8 Prevence.....	25
3 Stres a obranné mechanismy	28
3.1 Stresory	29
3.2 Obranné mechanismy	29
3.3 Typy obranných mechanismů	32
3.4 Coping.....	33
3.5 Copingové strategie.....	34
II. PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 Elektivní mutismus u osob ve vztahu k jejich možným obranným mechanismům a copingovým strategiím	38
4.1 Časový harmonogram	38
4.2 Cíle výzkumu	39

4.3 Metodika výzkumu.....	40
4.4 Etika výzkumu	40
4.5 Výběr a charakteristika participanta.....	41
4.6 Konstrukce rozhovoru.....	41
4.7 Proces sběru dat.....	42
4.8 Průběh výzkumného šetření	42
5 Výsledky výzkumného šetření	44
5.1 Období prenatální, perinatální, postnatální.....	44
5.2 Období dětství	45
5.3 Období nástupu do mateřské a základní školy	48
5.4 Období na střední škole	54
5.5 Období na vysoké škole	55
5.6 Současnost.....	56
6 Shnutí výsledků výzkumného šetření.....	58
6.1 Výzkumná otázka č.1	58
6.2 Dílčí otázka č.1.....	60
7 Diskuse	62
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM ZKRATEK.....	70
SEZNAM TABULEK.....	71
SEZNAM PŘÍLOH.....	72

Anotace

Jméno a příjmení:	Alžběta Tušicová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Elektivní mutismus u osob ve vztahu k jejich možným obranným mechanismům a copingovým strategiím
Název v angličtině:	Selective mutism in individuals in relation to their possible defence mechanisms and coping strategies
Zvolený typ práce:	Výzkumná práce – zpracování primárních dat
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku elektivního mutismu ve vztahu s copingovými strategiemi, či obrannými mechanismy. Definuje pojem elektivní mutismus, jeho etiologii, symptomy, diagnostiku nebo také terapii a prevenci. V práci je také zmíněn a vysvětlen pojem stres, coping či obranný mechanismus. Praktická část bakalářské práce byla vyhotovena prostřednictvím polostrukturovaného a strukturovaného rozhovoru, které byly provedeny s participantkou s elektivním mutismem, a její matkou. Práce byla vypracována formou kvalitativního výzkumu. Jakožto typ bakalářské práce si autorka vybrala výzkumnou práci – zpracování primárních dat. Cílem bylo zjistit jakým způsobem zkoumaná osoba řešila stresové situace, kdy jí její diagnóza nedovolila s některými lidmi mluvit. Jaké obranné mechanismy a copingové strategie v těchto situacích využívala a zda se během jejího života měnily.</p>
Klíčová slova:	elektivní mutismus, komunikace, coping, copingové strategie, obranné mechanismy, stres, narušená komunikační schopnost

Anotace v angličtině:	The bachelor thesis focuses on the issue of elective mutism in relation to coping strategies, or defense mechanisms. It defines the concept of elective mutism, its etiology, symptoms, diagnosis, therapy and prevention. The concept of stress, coping, or defense mechanisms is also mentioned and explained. The practical part of the bachelor thesis was done through semi-structured and structured interviews that were conducted with a participant with elective mutism, and her mother. The thesis was done in the form of qualitative research. As a type of bachelor thesis the author chose research work - primary data processing. The aim was to find out how the researched person dealt with stressful situations when her diagnosis did not allow her to talk to some people. What defense mechanisms, and coping strategies she used in these situations, and whether changed over the course of her life.
Klíčová slova v angličtině:	elective mutism, communication, coping, coping strategies, defence mechanisms, stress, impaired communication ability
Přílohy vázané v práci:	4
Rozsah práce:	77 stran
Jazyk práce:	český jazyk

ÚVOD

Problematika elektivního mutismu (může být nazýván také jako selektivní mutismus) se v logopedické praxi vyskytuje poměrně vzácně. Svojí složitostí zasahuje do několika vědních disciplín, především logopedie, psychologie a psychoterapie. V rámci terapie elektivního mutismu je zde tedy nutný interdisciplinární přístup odborníků.

Tato bakalářská práce se věnuje zjištění možnosti využití copingových strategií či obranných mechanismů u jedinců s elektivním mutismem.

Cílem teoretické části této bakalářské práce je předat informace o elektivním mutismu, a využití obranných mechanismů či copingových strategií. V první kapitole se autorka věnuje vysvětlení pojmu komunikace, jelikož právě s komunikací elektivní mutismus souvisí. V druhé kapitole nalezneme úvod do problematiky elektivního mutismu, jeho možné příčiny vzniku, klasifikace, symptomy ale také diagnostiku, prevenci a terapii tohoto onemocnění. Ve třetí kapitole se autorka zabývá tématem stres a obranné mechanismy, ve které popisuje jednotlivé typy stresorů, možnosti obranných mechanismů, charakteristiku pojmu copingu a jeho strategií.

Hlavním cílem praktické části je zjistit, jaké obranné mechanismy zkoumaná osoba s elektivním mutismem využívala a jaké využívá nyní. Z něj je vyvozen dílčí cíl, který se zaměřuje na otázku, zda se coping, či obranný mechanismus během života participantky měnil, a jakým způsobem řešila participantka určité stresové situace či kontakt s lidmi, se kterými nemluvila.

Praktická část je vypracována formou případové studie. Pro účel výzkumu je zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru s participantkou. Pro nedostatek informací z dětství participantky, je praktická část bakalářské práce doplněna strukturovaným rozhovorem s její matkou, který se týká prenatalního, perinatálního a postnatálního období, dětství a nástupu do základní školy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Komunikace

Pojem komunikace pochází z latinského slova *communicare* tzn. sdílet, činit něco společné/společným (Hubená, 2023). Antušák a Vilášek (2016) komunikaci označují jako jednu z nejdůležitějších podmínek existence člověka jako společenského tvora.

Komunikace je schopnost užívat sdělovacích prostředků. Člověk řečí sděluje své pocity, přání a také myšlenky druhým lidem. Může je sdělovat formou řeči psané, mluvené či formou znakového jazyka. Řeč má k dispozici sdělovací prostředky, mezi které patří například mluvení neboli mluva, písmo, posunky, neartikulované hlasové projevy a mimika (Kejklíčková, 2011).

Komunikovat však neznamená pouze předávat si vzájemně informace. Každé vyjádření je současně zprávou o osobě komunikujícího, jeho rozpoložení, jeho postoji k danému tématu, o jeho vztahu ke komunikačnímu protějšku. Komunikace je centrálním bodem řeči a zvládnutí jakékoliv situace (Antušák, Vilášek, 2016).

Komunikace může být jednosměrná (podávání informací článkem z novin), dvousměrná či oboustranná (ibid). Dle Klenkové (2006) můžeme říct, že v nejširším slova smyslu komunikaci chápeme jakožto „interakci“, tj. oboustranné a vzájemné ovlivňování mezi dvěma či více jedinci. Současně ji označujeme také jako prostředek přenosu informací.

Hubená (2023) komunikaci definuje jako proudění informací z jednoho bodu (zdroje) k bodu druhému (příjemci).

Základ komunikace tvoří čtyři stavební prvky, které se vzájemně ovlivňují:

- **komunikátor** (osoba sdělující, zdroj informace);
- **komunikant** (příjemce informace, který nějakým způsobem reaguje);
- **komuniké** (obsah sdělení, nová informace);
- **komunikační kanál** (nezbytná podmínka úspěšné výměny informace, aby si obě strany vzájemně rozuměly, musí užívat stejný a předem dohodnutý kód) (Klenková, 2006).

Sociální komunikaci dělíme na (Antušák, Vilášek, 2016):

- **verbální** (především písemná forma);
- **neverbální** (mimika, pantomimika).

Podle povahy vztahu mezi komunikujícími:

- **interpersonální samomluva**;
- **interpersonální** (meziosobní, skupinová);
- **veřejná** (velké skupiny lidí);

- **manažerská** (projev, pohovor, rozhovor) (ibid).

Do specifických forem sociální komunikace můžeme zařadit například dezinformace, komunikaci pod nepravou identitou (chatování), informační propagandu, aj. (ibid).

K tomu, aby člověk mohl komunikovat, je potřeba mít dobře rozvinutou komunikační schopnost. Její narušení může totiž působit problémy v socializaci a edukaci jedince (Klenková, 2006).

1.1 Verbální komunikace

Dvořák (2007) definuje verbální komunikaci jakožto dorozumívání se pomocí slov artikulovaných, tištěných.

V širším pojetí se do verbální komunikace zařazuje komunikace ústní i písemná, přímá nebo zprostředkovaná, reprodukováná či živá. Veškeré sociální kontakty, jsou závislé na schopnosti jazykového dorozumění, sebestředstavení, rozhovoru, diskusi, slovní hádky apod. (Klenková, 2006; Vymětal 2008).

Dle Janouška (2015) je verbální komunikace specificky lidský jev, který je podstatně charakteristický pro lidského jedince a jeho společnost. Jedná se o spojení mezi lidmi, prostřednictvím předávání a přijímání, sdílení či nesdílení verbálních významů.

Významným faktorem verbální komunikace jsou slova, která používáme. Prostřednictvím slov můžeme hovořit o každodenních problémech, projektech, o své práci, cílech nebo debatovat o ostatních lidech. Důležitá je volba vhodných slov, která výrazně ovlivňuje naše jednání, myšlení, pochopení komunikačním partnerem, ale také ovlivňuje celkovou komunikační atmosféru. Naopak špatně volená slova brzdí komunikaci, demotivují nebo mohou být příčinou negativní a problémové komunikace (Vymětal, 2008).

Dle Vymětala (2008) ve verbální komunikaci obvykle rozeznáváme:

- **komunikační roviny:** emocionální a racionální;
- **druhy komunikace:** formální a neformální;
- **komunikační styl:** koncepční, operativní, vyjednávací, konverzační.

O vývoji lidské řeči hovoříme jako o procesu od jejího vzniku (již od prenatálního období) až po její zánik, který je způsobený smrtí daného jedince. Řeč se vyvíjí v kontextu psychomotorického vývoje, procesu socializace apod. (Kapalková, 2009).

1.2 Neverbální komunikace

Dle slov Červenkové (2022) neverbální komunikace doplňuje verbální komunikaci.

Při komunikaci získáváme jen část informací prostřednictvím slov. Z toho si odvodíme, že pro komunikaci je velmi podstatný a významný vizuální vjem (Hájková, 2011).

Zahrnujeme zde gesta – například pohyby hlavou, pohyby tělem, postoj těla, výraz tváře (mimika), pohledy očí, tón hlasu a další (Červenková, 2022).

Neverbální komunikace je ontogeneticky i fylogeneticky starší než komunikace verbální. Pokud se setkáme s neverbálním sdělením, které doplňuje verbální sdělení, dle Klenkové (2006), je větší pravděpodobnost, že uvěříme neverbálnímu signálu.

Neverbální komunikace zahrnuje:

- „řeč těla“ – postoje a gesta (i úprava zevnějšku);
- tón hlasu při sdělení;
- mimika partnerů v komunikaci;
- přiblížení či oddálení se vzhledem k partnerovi v komunikaci (Ficová, 2022).

Nonverbální komunikaci Kejkličková (2016) nazývá také jako možný přechodný stav, kdy jedinec nemůže komunikovat verbálně, proto využívá komunikace neverbální.

Dle Janáčkové a Weisse (2008) neverbální komunikace slouží k:

- sdělování emocí – nálady, pocity;
- naznačování zájmu;
- vytváření dojmu o tom, kde jsme;
- ovlivňuje postoj komunikačního partnera;
- řídí chod vzájemného kontaktu.

1.3 Narušená komunikační schopnost

Lechta (2003, str. 17) definuje narušenou komunikační schopnost těmito slovy: „Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“

Jak bylo zmíněno, jedná se o narušení jazykové roviny, či více jazykových rovin, a ty máme čtyři: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou (Lechta, 2003).

Forma narušené komunikační schopnosti může být verbální nebo neverbální, mluvená i grafická. Pokud se jedná o průběh komunikačního procesu může být narušena složka expresivní (produkce řeči), a také složka receptivní (porozumění řeči). Narušení komunikační schopnosti může být z hlediska délky trvání přechodné či trvalé (při těžším orgánovém poškození) (Klenková, 2006).

Lechta (2003) doplňuje, že kvůli potenciální nápravě hovoříme právě o narušení, a ne o postižení, jelikož u něj se mnohdy napravitelnost neočekává.

„V celkovém klinickém obraze může narušená komunikační schopnost (NKS) dominovat anebo může být příznakem jiného dominujícího postižení či onemocnění.“ (ibid, str. 18). Jednat se může buď o narušení úplné (např. globální afázie) nebo částečné (parciální).

Klenková (2006) ve své knize upozorňuje, že za narušenou komunikační schopnost nelze u dítěte považovat přirozené fyziologické jevy, například mezi 3.- 4.rokem se u dítěte může objevit tzv. fyziologická dysfluence (neboli neplynulost).

U vývojové dysfluence se jedná o fyziologickou iteraci, opakování slabik či slov. Jak již bylo zmíněno, objevuje se mezi třetím a čtvrtým rokem života dítěte. V tomto věku hovoříme že se jedná o problém vývojový, fyziologický (Mlčáková, 2011).

2 Elektivní mutismus

Problematika mutismu je pokládána za interdisciplinární spolupráci oborů logopedie, foniatrie, psychiatrie a psychologie. (Klenková, 2006).

Termín elektivní mutismus byl poprvé identifikován a publikován ve druhé polovině 19. století Adolfem Kussmaulem, přesněji roku 1877, jako *aphasia voluntaria*¹ (Malá, 2008).

Psychiatr Moritz Tramer v roce 1934 uvedl termín elektivní mutismus do odborné literatury (Pečeňák, 2003).

Vedle mutismu, někteří autoři zmiňují také mluvní negativismus. Termínem mluvní negativismus bývá označován funkční útlum řeči (Kejklíčková, 2016).

Mluvní negativismus je označován také jako „dobrovolná němota“ (Nadoleczny, 1965). Jde o reaktivní postoj dítěte vůči prostředí, který se projevuje negativním a odmítavým postojem vůči navazování komunikace. Od mutismu se liší právě tímto negativistickým postojem.

U mluvního negativismu se může oněmění objevovat zejména u přecitlivělých dětí, které tak reagují z úleku, z výsměchu pro nějaké odchylky v řeči či špatné výslovnosti (Sovák, 1974).

Dle Mlčákové a Vitáskové (2013) mutismus a jeho tzv. výběrová forma - elektivní mutismus, spadá do deseti okruhů narušené komunikační schopnosti, konkrétně ho najdeme v okruhu druhém - získaná neurotická nemluvnost.

Pojem neurotická nemluvnost může být nahrazován termínem psychogenní nemluvnost. Z latinského slova *mutus*² označujeme mutismus jakožto mlčení po ukončeném řečovém vývoji tzn. existující schopnost řeči a mluvení (Hartmann, Lange, 2008).

Za ukončení základního vývoje řeči označujeme nejčastěji šestý až sedmý, maximálně osmý rok života dítěte. Pro stanovení uvedené věkové hranice, jsou důležité tyto argumenty:

- dokončení vývoje oromotoriky;
- dosažení základní zralosti vývoje CNS;
- výrazné snížení výskytu poruch řeči v tomto věku apod. (Vitásková, 2013).

Mutismus můžeme popsat jako nepřítomnost či ztrátu řečových schopností, které však nemají za příčinu organické poškození centrální nervové soustavy (Škodová, 2007).

Jedná se o získanou ztrátu schopnosti orálně komunikovat (Mlčáková, Vitásková, 2013).

¹ možné také jako: „*aphasia voluntaria*“ – latinsky, vědomé odmítání mluvit (Vokurka, 2005)

² mutus = němý (Hartmann, Lange, 2008)

Schum (2001, in Klenková 2006, str. 94) prezentuje svůj názor na mutismus slovy: „*selektivní mutismus je manifestace skryté úzkostné poruchy nebo sociofobie*“.

Za typický hlavní symptom mutismu považujeme náhlou ztrátu schopnosti užívat mluvenou řeč – bez ohledu na terapii či etiologii poruchy (Škodová, 2007).

Preissová (2018) upozorňuje na fakt, že nemluvnost jedince bývá vázána pouze na určité situace, ve kterých není jedinec schopen se verbálně projevit. Zatímco v jiných situacích (nejčastěji v domácím prostředí nebo v prostředí, které mu je blízké) komunikuje běžně. Kejkličková (2011) dodává, že se mutismus častěji vyskytuje u žen. Z řad odborníků panuje všeobecná shoda, že elektivní mutismus úzce souvisí se sociální úzkostnou poruchou, přičemž se stále častěji objevuje konceptualizace elektivního mutismu jako vývojové varianty sociální fobie (Bergman, 2013).

2.1 Terminologické vymezení

V prvé řadě by autorka ráda vysvětlila rozdíl mezi možná matoucími termíny elektivní a selektivní mutismus. I když se může zdát, že je mezi těmito názvy rozdíl, oba termíny nesou stejný význam.

Rozdíl v užívání termínů můžeme vidět v kvalifikačních systémech: Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 definuje elektivní mutismus, ovšem Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch Americké psychiatrické asociace DSM-V, taktéž 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-11 dává přednost označení selektivní mutismus. Pokud by se autorka držela terminologie, elektivní mutismus je chápán ve smyslu výběrový a plánovaný. Pojem selektivní mutismus je chápán jako výběrový a náhlý, či akutní (Neubauer, 2018). Dříve byl mutismus chápán jako stav, který si jedinec mohl dobrovolně zvolit. V dnešním pojetí, poněkud neutrálnějším chápeme mutismus jako stav, do kterého se dítě dostane náhle v určitých situacích, přestože jsou situace předvídatelné (ibid). Autorka v této práci dala přednost elektivnímu mutismu, jak už kvůli české literatuře, tak také podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10.

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 elektivní mutismus zařazuje do kategorie F94.0 – Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání. Popisuje jej jako: „*Stav, který je charakterizován mlčením v určitých situacích. Je výrazně emočně doprovázen a dítě demonstruje, za určitých definovatelných situací je schopno mluvit, ale za jiných definovatelných situací mluvit přestane. Tato porucha je obvykle sloučena s určitými rysy osobnosti, jako je sociální úzkost a odtazitost, citlivost nebo odpor.*“ (MKN-10, 2023).

V aktuálně nové 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-11, najdeme termín selektivní mutismus pod kódem 6B06. Onačení 06 zahrnuje duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy.

MKN-11 definuje selektivní mutismus charakteristicky důslednou selektivitou mluvení. Například dítě se doma může projevovat přiměřenu jazykovou kompetencí, avšak v prostředí či situacích pro něj cizí (obvykle ve škole) dítě důsledně nemluví. Tato porucha není omezena na první měsíc školní docházky, obvykle trvá nejméně jeden měsíc. Dle klasifikace se jedná o závažnou poruchu, která narušuje vzdělávací výsledky a sociální komunikaci. Dále MKN-11 doplňuje, že nemluvení není způsobeno nedostatečnou znalostí mluveného jazyka, ani jeho pohodlností dítěte (MKN-11, 2023)³.

Klenková (2006) píše, že zařazení do zmíněné kategorie dětství a adolescence však neznamená, že nemůžeme diagnostikovat selektivní mutismus v dospělosti. U dospělých osob se však jedná o symptom⁴ jiného postižení (např. sociální fobie, depresivní syndrom, psychotické poruchy, různé adaptační poruchy, katatonní formy schizofrenie, poruchy osobnosti, nebo různé adaptační poruchy).

Pokud se mutismus objeví v dospělém věku, dle Neubauera (2018) se bude jednat o psychickou poruchu, jejíž řešení spadá do kompetencí psychiatra.

Pečeňák (2003) podotýká, že klasifikační zařazení selektivního mutismu mezi poruchy s typickým výskytem v dětství však podle všeobecných principů ještě nevyklučuje možnost diagnostikovat jej u dospělého pacienta. V dospělosti však jde o symptom, který se může vyskytnout v rámci klinického obrazu jiných „komplexnějších“ poruch, např. adaptační poruchy, a už uvedené psychotické poruchy.

Dle Klenkové (2006) jsou diagnostická kritéria na základě DSM-IV pro mutismus:

1. Stálá neschopnost mluvit ve specifických sociálních situacích, ve kterých se očekává, že jedinec mluvit bude (např. ve škole), ačkoli v jiných situacích mluvit dokáže.
2. Porucha narušuje školní a pracovní výsledky či sociální komunikaci.
3. Porucha trvá alespoň měsíc (nejde přitom o první měsíc školní docházky).
4. Neschopnost mluvit není z nedostatku znalostí nebo pohodlnosti mluvit jazykem, jenž je v sociálních situacích používán.
5. Poruchu nelze lépe vysvětlit jinou poruchou komunikace a nevyskytuje se u jedince s poruchou autistického spektra, schizofrenií nebo jinou psychotickou poruchou.

³ MKN-11 = momentálně je česká verze této klasifikace ve fázi připomínkování, k dopsání práce ještě nebyla MKN-11 kompletně přeložena do českého jazyka

⁴ symptom = příznak nebo projev nemoci (Dvořák, 2007)

2.2 Etiologie

Za příčinu elektivního mutismu Shu-Lan (2012) uvádí například rané vývojové rizikové faktory, maladaptivní rodinnou dynamiku nebo nevyřešené vnitřní.

Malá (2008) upozorňuje, že část pacientů má projevy, které jsou podobné sociální fóbii. U části rodin těchto pacientů je zvýšená incidence fobických a vyhýbavých poruch. Jinde mutismus ozřejmuje temperamentové charakteristiky osobnosti.

Nejčastěji se elektivní mutismus objevuje u dětí předškolního a mladšího školního věku. Jako vyvolávací faktory lze zařadit například změnu prostředí či separaci od matky. U některých dětí se mohou ale již v počátku vývoje projevovat nepřiměřené reakce na odloučení od matky, případnou změnu prostředí, obavu z cizích lidí nebo vyhýbání se kontaktu s neznámými lidmi. Pro děti předškolního věku je typická zvyšující se iniciativnost a samostatnost. Rodiče však mohou svým hyperprotektivním chováním a tendencí udržet si dítě v závislosti na nich, přispět právě ke vzniku výše zmíněných potíží (Klenková, 2006).

Neubauer (2018) doplňuje, že kromě přehnané úzkosti z odloučení může být u elektivního mutismu také přítomna zvýšená citlivost na hluk, zrakový kontakt či dotek. Některé děti v zátěžových situacích šeptají nebo odpovídají úsečně tichým hlasem.

Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-11 informuje, že příznaky selektivního mutismu mohou bránit přímému hodnocení expresivní řeči. V klasifikaci nalezneme také informaci, že mnoho dětí spolupracuje při testování receptivní řeči, pokud je komunikace omezena na ukazování na obrázky či provádění příkazů. To může odborníkům poskytnout cenné informace o celkové jazykové úrovni dítěte. Selektivní mutismus bývá často považován za variantu sociální úzkostné poruchy, jelikož jedinci v určitých situacích pociťují značnou úzkost. Ovšem na rozdíl od sociálně úzkostné poruchy, se u dětí se selektivním mutismem tyto obtíže projevují v raném věku (obvykle před pátým rokem věku nebo při nástupu do školy). Může se u nich také objevovat odporující chování, zejména když mají promluvit. Průměrná doba trvání poruchy bývá 8 let. Po této době se některé příznaky mohou rozptýlit nebo zcela vymizet. Může se také stát, že u jedinců, kterým příznaky přetrvávají, se může objevit zcela jiná, především úzkostná porucha. Klasifikace zmiňuje také fakt, že i přes odeznění základních příznaků selektivního mutismu, se u jedinců mohou nadále vyskytovat obtíže spojené se sociální komunikací a úzkostí. Prognóza selektivního mutismu bývá horší, pokud se v rodině v minulosti již vyskytl (MKN-11, 2023).

Prakticky vždy jde o kombinaci několika vlivů či okolností, které na jedince působí, a je na zkušenostech hlavní diagnostikující osoby, aby odlišila, které vlivy jsou rozhodující, a které situaci doprovází jen druhotně (Kutálková, 2007).

Hranici mezi jednotlivými vlivy a faktory prostředí či osobnosti nelze přesně stanovit. Je tedy nutné individuálně zvažovat jejich vzájemnou intenzitu, dynamiku a časovou souvislost (Neubauer, 2018).

Tři okruhy etiologických faktorů uvádí Pečeňák (2003):

- 1. Predispoziční** – faktory, které mají charakter spíše chronické frustrace nebo jsou dané osobnostními rysy jedince. Mezi tyto faktory zařazujeme zvýšenou anxiozitu⁵, pocity viny, nevhodné styly výchovy, sníženou schopnost adaptovat se, intelektový deficit, jinou řečovou poruchu apod.
- 2. Akutní psychotraumatizující** faktory, které mutismus vyvolaly. Mohou to být například nejčastěji nástup do mateřské školy/základní školy, změna prostředí, neadekvátní nároky, těžké trauma.
- 3. Udržovací** faktory – vlivy na dítě stále přetrvávají, přehlížejí se nebo se nevhodným chováním okolí u dítěte posilují. Nejčastěji formou výsměchu, trestu, nucením do mluvení aj.

Jedinci, u kterých se mutismus projevuje, mohou být např. plašší, úzkostní a méně nápadní. Mají tendence se sami izolovat nebo jsou okolím izolováni. Často tedy uniknou pozornosti okolí, což může mít za následek pozdně zahájenou intervenci (Neubauer, 2018).

2.3 Klasifikace

V logopedické literatuře, jsou nejčastěji uváděny tyto druhy mutismu (včetně elektivního mutismu, jak již bylo zmíněno v kapitole 2 Elektivní mutismus) (Škodová, 2003):

- **Totální mutismus** – nemluvnost je rozšířena na všechny situace a osoby. Bývá spíše projevem neklidné reakce na vnitřní konflikt, který dítě neumí samo vyřešit, nebo jako reakce na proběhlé trauma.
- **Psychogenní hluchota (surdomutismus)** – jedná se o psychogenní ztrátu nejen řeči, ale také sluchového vnímání mluvené řeči. Nápadná bývá vysoká kvalita odezíracích schopností. V klasifikaci MKN-10 najdeme psychogenní hluchotu pod kódem F44.6, pod názvem - Disociativní anestezie a ztráta citlivosti (MKN-10, 2023).

⁵ anxiozita = rys osobnosti se sklonek reagovat úzkostí (Dvořák, 2007)

Tichá (2009) rozděluje elektivní mutismus dle vývojového hlediska jedince, a to na:

- **Situační** – Jedná se o krátkodobé projevy mlčení. Příkladem může být tréma, nové prostředí.
- **Tranzistentní** (přechodný) – Jak je zmíněno, jedná se o oněmění časově omezené, přechodné. Častou příčinou bývá začátek školní docházky.
- **Perzistentní** – Oněmění, které přetrvává delší dobu, v řádu týdnů, a to i přes poskytnutou odbornou pomoc.

2.4 Symptomatologie

Mutismus, jinými názvy oněmění či nemluvnost jak autorka výše zmínila, je narušení komunikační schopnosti. Hlavními symptomy elektivního mutismu je tedy konkrétně situačně vázaná ztráta komunikační schopnosti, která dítěti brání fungovat v běžných situacích. Mimo jiné jejich přidruženými znaky může být také negativismus, výbuchy vzteku, opoziční chování, citová závist či schizoidní rysy (Preissová, 2018).

Zahraniční studie přišla s názorem, že nejspíše existuje podskupina dětí, kteří vykazují příznaky chování elektivního mutismu v kontextu poruch autistického spektra. Poukazují na to, že odborníci, kteří pracují s dětmi s elektivním mutismem by se neměli zaměřovat pouze na symptomy jako je strach a úzkost, ale měli by mít zejména přehled také o (neuro)vývojových problémech včetně poruch autistického spektra (Muris, 2023).

Hartmann a Lange (2008, str. 12) píší: „*Jakmile rodič, blízká osoba, školku opustí, dítě ztuhne jak v řeči těla, tak v mimice – ale především mlčí.*“.

Mezi další symptomy elektivního mutismu autoři zmiňují – strnulá mimika, tendence vyhýbat se zrakovému kontaktu; neobjevuje se žádný smích nebo pláč (pokud ano, tak téměř bez slz). V důvěrném prostředí se naopak chovají živě a bez zábran, gestikulace i mimika je roztržitá a velmi živá. Je u nich také vidět změna řeči těla – v přítomnost cizích lidí mívají osoby s mutismem končetiny přitisklé k tělu, působí neuvolněně, mohou se objevovat zpomalené a motoricky hrubě deformované pohyby. Naopak ve známém prostředí, je jejich exprese řeči těla zcela uvolněná. Osoby s elektivním mutismem mají tendenci být středem pozornosti, ačkoliv se před cizími lidmi stydí, v důvěrném kolektivu se snaží prosazovat a soustředit se na svoji osobu a své potřeby. Verbální komunikace je u osob s elektivním mutismem možná tehdy, pokud je možná také kontrola (ibid).

Pečeňák (2003) naopak doplňuje, že u osob s elektivním mutismem jsou známy případy, kdy dítě nemělo sebemenší problém hovořit ve škole či jiném ne tolik známém prostředí, ale naopak nekomunikovalo doma s rodinou.

„V neposlední řadě je důležité podotknout, že je velmi důležité po odhalení elektivního mutismu u dítěte co nejdříve začít se zahájením vhodné a včasné intervence. Dítě tak ztrácí čas v důležitém období osvojování si jazyka jako systému, posilování sebevědomí, osamostatňování se, navazování kvalitních vztahů a učení se v běžných sociálních situacích.“ (ibid, str. 528).

2.5 Diagnostika

Klíčová je včasná diagnostika (Judith, 2015). Na prvním místě je vyšetření lékařské – foniatrické, psychiatrické, pedopsychiatrické a případně neurologické (Klenková, 2006).

Diagnóza elektivního mutismu je určena mimo jiné také na podkladu anamnestického vyšetření, doplněného o další (často se doporučuje první kontakt s rodiči bez přítomnosti dítěte). Je nutno posbírat data z následujících vyšetření:

1. rodinná anamnéza: výskyt duševních poruch, povahových zvláštností v rodině, rodinná atmosféra, postavení dítěte v systému rodiny, výchovné přístupy;
2. osobní charakteristika dítěte a jeho socializace;
3. osobní anamnéza: veškeré informace o těhotenství matky, průběh porodu a jeho možné komplikace, onemocnění dítěte se zaměřením na jeho projevy, zhodnocení psychomotorického a řečového vývoje;
4. psychologické vyšetření: vyšetření intelektu, vyšetření specifických poruch, projektivní metody, které nevyžadují verbální projev;
5. logopedické vyšetření: způsob navázání komunikace, kontaktu a jeho projevy, kresba, reakce rodičů;
6. současný stav problému;
7. další odborná vyšetření: neurologické, foniatrické, otorinolaryngologické;
8. získané informace je dobré doplnit údaji ze mateřské školy/základní či jiné školy, jelikož jde o prostředí, ve kterém se mutismus nejčastěji objevuje a projevuje (Klenková 2006).

Vznikl-li mutismus náhle, je potřeba zjistit, jestli se vyvíjel postupně, nebo v souvislosti s určitým psychotraumatizujícím zážitkem. Pokud je možné identifikovat situaci, která by mohla vést ke vzniku elektivního mutismu, je třeba ji pečlivě analyzovat, a spolu s ní také pátrat

po možných předchozích psychotraumatech, které mohly aktuální zážitek evokovat (Lechta, 2003).

Důležité pro diagnózu elektivního mutismu nebo totálního mutismu je prokázat, že:

- v určitých definovatelných situacích se mlčení objevuje, zatímco v jiných typech interakce osoba s elektivním mutismem bez zábran hovoří (potažmo v případě totální formy dříve hovořit mohla);
- nevyskytuje se náhlé poranění lebky či mozku nebo neurologické onemocnění (s výjimkou akinetického mutismu);
- chápání řeči je pro komunikaci dostačující (Hartmann a Lange, str. 17, 2008).

Nezbytným diagnostickým krokem je vyšetření osoby s elektivním mutismem lékařem/specialistou v oboru ORL a neurologem. Je nutné vyloučit organické poškození mozku, ale také myslet na to, že i sebemenší sluchová porucha určité frekvence by mohla vést ke změně ochoty komunikovat (ibid).

Dalším bodem je zjištění určitých informací z osobní a rodinné anamnézy. Důležité pro nás je zjistit:

- jaký byl průběh těhotenství matky a narození dítěte;
- jaké jsou komunikativní a sociální kvality osoby s elektivním mutismem, jeho sourozenců, rodičů (i jejich sourozenců) a prarodičů ze strany otce i matky;
- předchozí medicínské a psychometrické nálezy;
- nápadné změny v biografii osoby s elektivním mutismem;
- začátek mutismu;
- duševní, sociální, komunikativní a sociální vývoj osoby s elektivním mutismem;
- reakce sociálního prostředí;
- náznaky sociální fobie;
- současný stav (ibid).

Psychologická diagnostika je prováděna na základě nonverbálních projektivních znakových testů a dotazníků, ve kterých zjistíme osobnostní rysy a strukturu rodinných vztahů. Mezi tyto

testy řadíme: Baum test⁶, Test kresba lidské postavy, Kresba začarované rodiny⁷ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Diagnostika bývá dovršena posouzením sociálně interaktivního komunikačního chování a popisem emocionálních motivačních kritérií. Osoby s mutismem mívají sklony k negativním očekáváním, které mohou být dokumentovány v dotazníku. Jejich vnímání událostí se může projevat buď kontrolovaným ovládním řeči nebo zraňujícím nezvládnutím (stresem podmíněné mlčení). Toto hodnocení každodenních komunikačních situací obsahuje první výchozí bod pro terapii. Při popisu emocionálních motivačních kritérií se zjišťuje jaký je důvod, proč osoba s mutismem nemluví, případně jaké emoční stavy vyhledává a jakým se vyhýbá, a které přicházejí v úvahu jako možné spouštěče určitého chování. Mezi pravděpodobnostní příznaky začínajícího vývoje mutismu řadíme stydlivost, ustrašenost, symbiotický vztah mezi matkou a dítětem, sociální ústup či zřetelné nabývání těchto faktorů v rodinné biografii (Hartmann a Lange, 2008).

2.6 Diferenciální diagnostika

Autorka Kutálková (2007), upozorňuje, že je především důležité rozlišit mutismus jako poruchu primární a mutismus jako poruchu sekundární.

Dle názoru Lechty (1990) je možné mutismus diagnostikovat až po jednoznačném vyloučení vývojové nemluvnosti, organického poškození mozku, ztráty sluchu, poruch centrální nervové soustavy a dalších.

Diferenciální diagnostika nám také v případě odborného vyšetření vyloučí, zda se na rozdíl od elektivního mutismu nemůže jednat o:

- opožděný vývoj řeči, specificky narušený vývoj řeči (vývojovou dysfázií/vývojovou jazykovou poruchu);
- syndrom Landau-Kleffnera⁸ – dětskou epileptickou afázií;
- poruchy autistického spektra (Aspergerův syndrom, dětský autismus a jiné);
- mentální postižení;
- dětskou afázií (Klenková, 2006).

⁶ Baum test = kresbou stromu člověk dává najevo své skryté postoje, odhaluje svoji minulost, i to, jak vidí svoji budoucnost (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015)

⁷ Kresba začarované rodiny = zvířata jasněji odhalí, jak koho dítě vnímá a jak vnímá své vlastní postavení v rodině. Také umístění osob na papíře, a pořadí v jakém dítě členy rodiny kreslí je důležité (ibid)

⁸ Landau-Kleffnerův syndrom = onemocnění, při kterém epileptická aktivita naruší komunikační centrum v mozku

Diferenciální projevy mezi mutismem a poruchami autistického spektra jsou dle Hartmanna a Lange (2008) ve stálosti, emocionalitě a v řečovém vývoji.

Někdy může být obtížné odlišit projevy mutismu od vědomého negativismu. Dítě v tomto případě na rozdíl od mutismu komunikovat běžným způsobem může, ale odmítá a používá absenci komunikace jako prostředek nátlaku na rodiče s cílem získat nějaké výhody.

Důležité je zmínit, že diagnóza nemusí být mnohdy jednoznačná, zejména v případech, kdy je jedinec všeobecně méně hovorný, nemluví příliš spontánně, ale na otázky nemá problém odpovědět (Tichá, 2009).

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-11 selektivní mutismus odlišuje od řady vývojových poruch řeči a jazyka, které se vyskytují při vyjadřování v sociálních situacích. Jako první klasifikace zmiňuje hranici s poruchou autistického spektra a poruchami intelektuálního vývoje. Někteří jedinci s poruchou autistického spektra (PAS) nebo poruchou intelektuálního vývoje mohou vykazovat poruchu řeči a sociální komunikace. Na rozdíl od selektivního mutismu však u PAS a poruch intelektuálního vývoje jsou přítomny poruchy komunikace a jazyka, které jsou viditelné a nápadné v různých sociálních situacích a různém prostředí jsou odborníky lépe odlišitelné.

Další diferenciací je u hranice se schizofrenií nebo jinými primárními psychotickými poruchami. U jedinců trpících schizofrenií či jinými psychotickými poruchami se může projevovat porucha řeči a sociální komunikace jakožto důsledek poruchy myšlení, a to ve všech sociálních situacích. Naopak u jedinců se selektivním mutismem se narušená komunikace nevyskytuje ve všech, ale pouze u některých jim nepříjemných sociálních situacích (MKN-11, 2023).

Jako poslední MKN-11 zmiňuje hranici se sociální úzkostnou poruchou (ibid).

2.7 Terapie

Pro správné a vhodné stanovení postupů terapie je nutné zjistit nejpravděpodobnější důvod nemluvnosti dítěte. Vzhledem k psychickému stavu dítěte je nutné postupovat co nejvíce citlivě.

Platí pravidlo, že čím déle se tato porucha přehlíží, tím náročnější bývá terapie. Pokud je tušení, že se může jednat o mutismus, na prvním místě je vhodné začít co nejdříve s terapií, jelikož každé další vyšetření oddaluje možné odeznění projevů. Vzhledem k tomu, že se jedná o psychogenní poruchu je potřebné dítě předat k vyšetření odborníkovi v tomto oboru, kterým je dětský psychiatr či psycholog (Preissová, 2018).

Tuto teorii doplňuje také Klenková (2006), dle jejího názoru dítě s mutismem vyžaduje týmový přístup.

Nezbytně důležitými osobami v rámci terapie jsou rodiče, ale také učitelé, jelikož právě oni často mezi prvními zpozorují projevy, že je s dítětem něco v nepořádku (z důvodu, že mutismus se nejčastěji projevuje při nástupu do mateřské školy/základní či jiné školy). V terapii této poruchy se vychází především z individuální terapie, některé děti ale nechtějí bez rodiče spolupracovat, proto vycházíme z rodinné psychoterapeutické péče spojené s klinicko-logopedickou terapií (Preissova, 2018).

Klenková (2006, str. 97) zmiňuje vhodné přístupy k dítěti, na které bychom se jak v terapii, tak v běžném životě měli zaměřit:

- neobviňovat dítě, ale dívat se na problém jako na možnost udělat v životě dítěte změnu;
- jednat s dítětem jako s rovnocenným partnerem;
- jednat s dítětem jako s ostatními dětmi;
- dovolit dítěti používat jakýkoliv způsob komunikace (ale vždy se ho snažit podněcovat k vyšší úrovni, k verbální komunikaci);
- zachovat trpělivost a klid;
- vědět, že terapie je často popisována jako „složitá“;
- používat sociálně-pragmatickou hierarchii při vybírání cílů;
- klást důraz na sociální interakci – zvyšovat úroveň náročnosti;
- nikdy se nevzdávat.

Jakým situacím je třeba se vyhýbat (ibid, str. 96):

- přemlouvat dítě a nutit jej k řečovému projevu;
- snažit se s dítětem nalézt logické vysvětlení mutismu;
- trestat dítě za absenci řečového projevu, obviňovat ho;
- izolovat či ignorovat dítě;
- příliš si všímat dítěte, když se snaží komunikovat.

Víme, že mutismus je převážně o narušení schopnosti verbálního vyjadřování, přesto je ale chápán spíše jako psychická porucha. Zejména u elektivního mutismu je navrhována dlouhodobá systematická psychoterapie, spolu s ní bývá optimálně indikovaná psychoterapie rodinná, individuální a dle možností také skupinová. Psycholog při terapii odstraní příčinu, a logoped naváže na foniatrické metody, vytvořený hlas využije k tvorbě hlásek, slov, vět

(Klenková, 2006, str. 96). Dle Kejkličkové (2011) léčba mutismu spočívá spíše v psychoterapii, druhotná a spíše pomocná je logopedická péče.

Na závěr Klenková (2006), uvádí, že by se nemělo zapomínat na to, že po překonání a vyléčení mutismu by měla psychoterapie pokračovat s cílem dosažení vyváženějšího osobnostního vývoje.

2.8 Prevence

Tichá (2009, str. 284) sděluje, že v období raného a předškolního věku, má sociální interakce s rodinou nejvýznamnější podíl, který ovlivňuje vývoj komunikačních schopností, emocionální vývoj, i sociální kompetence dítěte. V tomto užším rodinném prostředí je tedy dobré dodržovat preventivně následující strategie:

1. Předcházet nevhodným výchovným strategiím rodičů – nepřiměřené projevy autority rodičů, např. verbální agresivita.
2. Obeznamit rodiče s možným nebezpečím neurotizace⁹ u dítěte – vyhnout se strašení dětí z neznámého kolektivu či prostředí.
3. Obeznamit užší i širší sociální prostředí s problémem elektivního mutismu dítěte – v užším prostředí je potřebné vysvětlit jaké jsou projevy elektivního mutismu, a jaké jsou možné způsoby komunikace s dítětem. Před vstupem dítěte do kolektivu by měli rodiče zkonzultovat s pedagogem specifické způsoby komunikace.
4. Vytvořit u rodičů reálnou představu o elektivním mutismu – rodiče mohou mít pocit, že dítě s nimi vědomě odmítá mluvit. Je proto potřebné jim vysvětlit, že i přes specifickou komunikaci s dítětem je možné, že mutismus může být příznakem úzkosti.
5. Akceptovat mlčení dítěte, neupozorňovat na jeho mlčení a nenutit ho do verbální komunikace.
6. Neupozorňovat na případné verbální projevy dítěte.
7. Zaujmout postoj, že přestože dítě nemluví, vše je v pořádku.
8. Akceptovat dobrovolnou volbu dítěte mluvit nebo nemluvit v rámci širšího sociálního okolí.
9. Neslibovat odměny za verbální projev.
10. Často dítě chválit.
11. Úzce spolupracovat s předškolním nebo školním zařízením.

⁹ neurotizace = příznaky jsou úzkost a deprese (Dvořák, 2007)

V rámci širšího sociálního prostředí jsou dle Tiché (2009) doporučované tyto preventivní strategie:

1. Zrealizovat kritickou analýzu situace – jejímž cílem bude zjistit slabé a silné stránky dítěte a jeho způsoby vyjadřování.
2. Vytvořit s dítětem společnou komunikační rovinu – například využití znakového jazyka, znak do řeči, kresba, hra.
3. Vytvořit příznivou atmosféru ve třídě se spolužáky – vyloučit stresové situace; podporovat ho v činnostech, trpělivost.
4. Akceptovat jeho pozvolnou adaptaci v novém prostředí.
5. Umožnit přítomnost sourozence v novém prostředí.
6. Pozorovat charakter jeho volby volných aktivit.
7. Zadávat dítěti takové úlohy, u kterých není nutné mluvit.
8. Upřednostňovat kolektivní formy práce.
9. Nepoužívat přehnanou pochvalu a neprojevovat nadměrný zájem o dítě.
10. Při komunikaci s dítětem jej povzbuzovat při jeho neverbálním projevu.
11. Nepřehlížet snahu o komunikaci.
12. Vhodně formulovat otázky.
13. Povzbuzovat spontánní řečový projev.
14. Akceptovat všechny formy projevu.
15. Poskytnout pravidelné konzultace s pedagogem.
16. Upozornit personál mateřské školy/základní a jiné školy na specifickou komunikaci dítěte.

Také Škodová (2003) se přiklání k názoru, že nejdůležitější je seznámit s možnými komplikacemi zejména rodinu. Může se stát, že ambiciózní rodiče mohou předvádět, jak jejich dítě dovede mluvit, ovšem ale proti jeho vůli. To může mít za následek neurotizaci, zejména u introvertních dětí.

Hartmann a Lange (2008, str. 50-51) zmiňují možnosti, jak mohou pedagogové odbourat tzv. „zed' mlčení“:

- chválit dítě i za maličkosti, ihned od začátku (např.: „*Jsem ráda, že jsi tady.*“);
- nevystavovat dítě tlaku (např.: „*Pokud nebudeš hned mluvit, nám to nevadí.*“);
- nevyřazovat dítě ze skupinových činností;
- nevystavovat dítě, aby bylo středem pozornosti;
- když dítě promluví, reagovat normálně.

Autoři doplňují, že je důležité dítěti dodávat sebevědomí a odvahu. Rodiče by měli své děti pozitivně povzbuzovat (ibid).

Rodičům se doporučuje, aby dítě do řeči nenutili. Pokud od něj potřebujeme odpověď, otázku formulovat tak, aby mělo dítě možnost neverbálně odpovědět ano či ne, například pokývnutím hlavy. Dále se také nabízí možnost dávat dítěti na výběr mezi dvěma konkrétními možnostmi, aby si dítě přímo vybralo. Přítomnost sourozence nebo jiného dítěte, se osvědčila u závažnějších forem elektivního mutismu, kdy si děti začaly spontánně hrát a většinou i povídat, přičemž se pedagog či terapeut snažil mírně zapojit do komunikace (Kutálková, 2002).

3 Stres a obranné mechanismy

Seley (in Křivohlavý, 2004) vysvětluje, že termín stres nemá jednotný výklad. Můžeme ho vnímat z různých perspektiv. Od narušení vnitřní rovnováhy organismu, nadlimitní zátěže, až po definici, že stres je výsledkem interakce mezi silou, která působí na člověka, a jeho schopností organismu odolat tomuto tlaku.

Paulík (2017, str. 65) chápe stres jako: „*Stav, ve kterém míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek*“.

Pugnerová (2016) popisuje stres z fyziologického hlediska, jako odpověď našeho organismu na zátěž.

Selye (1966), vytvořil model, jenž popisuje stres jakožto specifickou odpověď organismu na jeho adaptaci, kterou naše tělo vyvine v reakci na stres. Podle autora se jedná o tzv. obecný adaptační syndrom, který se skládá ze tří fází:

- 1) **Poplach** = před touto fází, se organismus nachází v relativním klidu, dochází ke střetu se stresorem, a organismus se tím dostává do tzv. poplachové fáze. Tělo se nyní snaží konfrontovat stresor nebo se mu vyhnout. Zde můžeme zmínit také známou Cannonovu teorii nazvanou útok – nebo – útek (*fight – or – flight*).
- 2) **Rezistence** = nyní se tělo adaptuje na situaci, a aktivují se mechanismy, které stres odbourají. V této fázi je odolnost vůči stresu organismu na nejvyšší úrovni. Pokud se stane, že stres není eliminován, a stresor nadále působí, organismus již není schopen mu odolávat a zůstane tak v trvalém napětí. Dále následuje fáze vyčerpání.
- 3) **Vyčerpání** = stres je dle aktivační činitel, díky kterému jsou podporovány pozitivní změny a konstruktivní činnosti. V této fázi se však organismus a jeho odolnost postupně snižuje a slábne nebo rychle kolabuje, což se může odrazit v somatických potížích. Selye poukazuje také na to, že pokud se v organismu vyskytují slabší „části“ (orgány) nebo systémy, mohou být postiženy následkem selhání odolnosti vůči chronickému stresu.

Organismus, který stres zvládne, se vrací do stavu rovnováhy.

Dalším dělením stresu si vysvětlíme dva pojmy stresu. Existuje totiž stres, který se dá prožívat v podstatě příjemně – eustres. Dalším pojmem je distres – který je označován jako nepříjemný (Paulík, 2017).

3.1 Stresory

Podněty, které vyvolávají stres nazýváme stresory. Pugnerová (2016) rozlišuje stresory na vnější stresory (například nedostatek tekutin, špatná životospráva, nadměrná emocionální zátěž, problémové vztahy), a na vnitřní stresory (například nízké sebehodnocení, úzkostné rysy osobnosti, perfekcionismus).

Křivohlavý (1994) rozlišuje stresory na ministresory, makrostresory, fyzikální stresory a emocionální stresory. Podotýká také, že zátěžové situace mohou mít v některých případech také pozitivní vliv na člověka – mohou povzbudit sebevědomí, získat uznání a další.

Stresory můžeme rozdělit na náhlé (aktuálně ohrožující) a potenciální (situační aspekty, např. chlad, časová tíseň). Mezi faktory, které mají rozhodující vliv na to, zda se potenciální stresory stanou reálnými patří:

- sociální opora (dostupná pomoc od ostatních v případě potřeby);
- dosavadní zkušenosti jedince se stresem;
- individuální osobnostní charakteristiky jedince (odolnost, intelekt, neuroticismus);
- jejich subjektivní hodnocení (interpretace v souvislosti s individuálními hodnotami)
- způsob vyrovnávání se se zátěží (obránné reakce, coping);
- přítomnost či nepřítomnost nepříznivých životních událostí a denních nepříjemností;
- sociální status (Paulík, 2017).

Atkinsonová (2003) upozorňuje, že potenciální vliv stresu zvyšují čtyři faktory:

- nepředvídatelnost;
- neovlivnitelnost;
- subjektivně nepřiměřené nároky;
- vnitřní konflikty.

3.2 Obranné mechanismy

Dle Pugnerové (2016) jsou obranné mechanismy víceméně nevědomé strategie, které člověku poskytují zkreslení skutečnosti, a mohou potenciálně ohrozit sebepojetí jedince. Poprvé byly obranné mechanismy popsány Sigmundem Freudem, později byly více rozpracovány jeho dcerou Annou Freudovou.

Autorka by ráda zmínila charakteristiku obranných mechanismů. Těmi se zabýval autor Cramer (2008), který popisuje, které vlastnosti jsou pro všechny obranné mechanismy společné:

- Obranné mechanismy se vyvíjejí v předvídatelných sekvencích společně se zráním dítěte.
- Jsou součástí běžného fungování osobnosti.
- Používání obranných mechanismů se zvyšuje při stresu.
- Jsou vzájemně rozeznatelné.
- Mohou být definovány jako nevědomé mentální mechanismy, které jsou namířeny proti vnitřním posudkům a vnějším tlakům, zejména proti těm, které ohrožují naše sebevědomí.

Obranné mechanismy se uskutečňují při adaptaci. Považujeme je spíše za nevhodné postupy, v některých situacích mohou být ale opodstatněné (např. v případě náhlé a překvapující životní krize). Jedinec má většinou dané dispozice k určitému vzorci chování. Tyto dispozice bývají poměrně stálé, neměnné a nastupují automaticky. V dnešní době jich je popsáno více než čtyřicet, mezi nejznámější se ale řadí vytěsnění, regrese, racionalizace, projekce, popření a útěk (ibid, 2016).

Paulík (2017) popisuje obranné mechanismy jakožto adaptaci na subjektivně nepříjemné skutečnosti, které ohrožují obraz o sobě, a tím mimo jiné i pocit jistoty. Jedná se o neuvědomované způsoby omezování úzkosti, která pramení z ohrožení sebepojetí. Za základní stavební kámen obrany sebepojetí a pocitu jistoty, který se pojí s ustáleným a vnitřně konzistentním hodnocením sebe sama považujeme nevědomé vytěsnění a vědomé potlačení.

Paulík (2017, str. 116) k nejznámějším obranným mechanismům přidává ještě další:

- bagatelizace - snižování významu něčeho, co nemůžeme získat;
- odčinění – snaha o nahrazení něčeho, co jsme způsobili něčím jiným, v zásadě hodnotným;
- opačné postoje – snaha vyhnout se odpovědnosti zaujetím opačného stanoviska;
- reaktivní výtvoř – utváření a projevoování opačných postojů, než jaké ve skutečnosti zaujímáme, chování se protikladně, než tak jak bychom se chovali rádi;
- sociální izolace – uzavření se do sebe před kontakty s okolím;
- identifikace s agresorem;
- altruistická sebe prezentace – jedinec se stylizuje do přehnaně laskavého a respektujícího;
- vzdání se něčeho ve prospěch druhého.

Smysl v užívání těchto postupů původně spočíval v obraně ega neboli sebeúcty, tím že došlo ke zmírnění emočně negativních pocitů a tenzí (Vaillant in Paulík, 2017).

Existují situace, kdy je užití obranných mechanismů účelné a opodstatněné, a kdy nám pomohou vytvářet vyhovující sebepojetí v pozitivním slova smyslu. I v tomto případě, je však můžeme považovat za náhradní a neplnohodnotné způsoby, jak se adaptovat na danou situaci, na zátěž, a podlehnout tak zkreslení situace či klamu (Paulík, 2017).

V této souvislosti autor G. E. Vaillant (in Paulík, 2017) rozlišuje obrany zralé, které můžeme označit jako „nezdravé“ (jedná se o psychotické, neurotické obrany, vycházející z poruch osobnosti). Včetně nich podle autora existují ještě obrany nezralé, neboli „zdravé“ (např. odreagování se pomocí jiných pozitivních aktivit – sport, tvoření, humorný nadhled).

Autor Paulík (2017) konstatuje, že lidská adaptace se tedy uskutečňuje dvěma způsoby – obrannou reakcí a reakcí zvládací. Jejich charakteristika je obdobná, ale přeci jen rozdílná. K jejich společným znakům řadíme, že snižují nežádoucí stres, jsou potenciálně vratné, rozvíjejí se s věkem, ovlivňují emoce a jsou dynamické.

Tento názor můžeme doplnit tabulkou vytvořenou z publikace Čápa a Mareše dle Ericksonové, Feldmana a Steinera (2007, str. 532), kde autoři shrnují odlišné charakteristiky obranných a zvládacích reakcí.

Obranné reakce	Zvládací reakce
Obsahují implicitní operace.	Obsahují explicitní operace.
Aktivovány intrapsychicky.	Aktivovány prostředím, okolnostmi.
Obtížněji pozorovatelné.	Snadněji pozorovatelné.
Jedinec si je uvědomuje.	Jedinec je ovládá vůlí.
Determinovány osobnostními rysy.	Determinovány jak osobnostně, tak situačně.
Základem je instinktivní chování.	Základem jsou kognitivní procesy.
Nepředchází zhodnocení situace.	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností.
Výsledkem je automatické chování.	Výsledkem je promyšlené chování.

*Tabulka č. 1: Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí
Ericksonová, Feldman a Steiner (in Čáp a Mareš, 2007, str. 532)*

K obranám, které jsou uplatňovány v zátěži, můžeme řadit také naučenou bezmocnost a záměrné sebezvýhodňování. „Naučená bezmocnost znamená, že jedinec, který dospěl v přesvědčení, že nemá smysl řešit problémové situace vlastním úsilím, se může pod záminkou vlastní neschopnosti a slabosti poměrně účinně zbavovat nejrůznějších úkolů, na které údajně

nestačí, na úkor ostatních, za předpokladu, že je někdo z nich ochoten řešení převzít.“ (Paulík, 2017, str. 117).

V případě záměrného sebezvýhodňování se na rozdíl od většiny obranných mechanismů jedná o vědomý adaptační postup. Avšak povaha této strategie v zátěžových situacích je spíše úhybná či defenzivní, kvůli strachu ze selhání a následným obviněním ze strany okolí z neschopnosti (Paulík, 2017).

Mareš (2001) označuje toto chování za masku, která zakrývá snahu získat výhodu přihlášením se k jakémukoliv handicapu.

3.3 Typy obranných mechanismů

Jak již autorka zmiňovala v kapitole 3 Stres a obranné mechanismy, druhů celkově známe okolo čtyřiceti. Níže jsou vypsány pouze ty nejznámější:

1. Vytěsnění

Pugnerová (2016) tento obranný mechanismus popisuje jakožto situaci, myšlenku či postoj, který je nevědomě vytlačen naší vnitřní cenzurou z našeho vědomí. Často se jedná o událost, která bývá spojena se silně negativními nebo nepříjemnými situacemi.

Dle Paulíka (2017), vytěsnění negativní či nepříjemné události může nevědomě ovlivňovat chování i prožívání člověka.

2. Regrese

Tento pojem znamená jít o krok zpět na nižší vývojovou úroveň. Například ve stresové situaci se člověk uzavře do sebe, truceje, je agresivní, pláče. Tento způsob zvládnání těžkostí bývá typický pro dětství či dospívání (Křivohlavý, 1994).

Autor Paulík (2017) tento mechanismus vysvětluje s popisem návratu k projevům chování mladšího věku, než ve kterém se osoba nachází. Například u školáka se může stát, že při nástupu do první třídy se objeví enuréza¹⁰ (dítě regreduje na anální stádium) píše Cakirpaloglu (2012).

3. Racionalizace

Tuto obranu proti stresu Pugnerová (2016) vysvětluje jako hledání si racionálního zdůvodnění vlastního chování, které by bylo považováno za selhání a tím pádem by mohlo ohrozit sebehodnocení a sebeúctu jedince daného člověka. Například alkoholik si logicky zdůvodňuje, proč porušil abstinenci a napil se alkoholem.

¹⁰ enuréza = neudržení moči; mimovolný únik moči (Dvořák, 2007)

Pavlovský (2004) ji vidí jakožto snahu o ospravedlnování svého chování, emocí či tužeb. Na snahu o ospravedlnění člověk nemívá úplný náhled, v tomto se racionalizace liší od výmluvy.

4. Projekce

Jedná se o promítání vlastních přání, myšlenek do druhých: „*Podle sebe soudím tebe*“. Projekce je jakási forma ospravedlnění se na úkor druhých (Pugnerová, 2016).

Paulík (2017, str. 116) ji popisuje projevem jako: „*Hodnocení svého, morálním zásadám méně vyhovujícího chování, jako běžného či stejného i u jiných osob.*“.

Také Cakirpaloglu (2012) popisuje tento obranný mechanismus, při kterém jedinec připisuje svůj neúspěch, obavy či strach k jiným lidem či subjektům.

Příklad projekce (Pugnerová, 2016, str. 52): „*Odsuzování druhého za jeho nepatřičné chování, přestože je to sám aktér, který by rád takové chování provozoval, ale kvůli morálním zásadám je to pro něj nemožné.*“

5. Popření

Jedinec popírá existenci reality, která je pro něj příliš obtížná či nepříjemná. Nechce si připustit, jak závažná situace je, a jaké by mohly být její důsledky. Připuštění závažnosti by pro jedince bylo bolestivé. V některých situacích může být popření vhodné, může poskytnout čas, aby se jedinec s danou skutečností vyrovnal (Pugnerová, 2016).

6. Útěk do fantazie

Nahrazení nepříjemných zážitků těmi příjemnějšími, které se ale nestaly, jsou nereálné, tím pádem nedochází k vyřešení problému. Například: „*Po nepříjemném výstupu zakončeném rozchodem, dívka zpracovává situaci ve své fantazii. Přeměňuje tuto situaci, představuje si, co příteli řekne, jak ho zasáhne a ten bude trpět. V reálné situaci ale nic neudělá, problém se tedy nijak nevyřeší ani neposune, a dívka se bude dál trápit nevyřešenou situací.*“ (Pugnerová, 2016, str. 53).

3.4 Coping

Termín coping se do českého jazyka překládá jako zdolat, vyrovnat se, vypořádat se s něčím, nebo zvládnout. Zvládání stresu můžeme pojmenovat jako reakci, která má za cíl snížit, ovládnout či odstranit psychickou nebo fyzickou zátěž (Bratská, 2001).

Označení coping znamená aktivní a vědomý způsob zvládání stresu. Z terminologického hlediska je dobré rozlišit termín adaptace a coping. Rozdíl těchto dvou termínů tkví v rozlišení zátěže a stresu. „*Adaptace se vztahuje ke zvládání zátěže jako takové. Coping se uplatňuje*

v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadlimitní nebo podlimitní, a je tedy potřebné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní.“ (Paulík, 2017, str. 118). Můžeme říci, že označení coping znamená zvládání náročných či stresových situací.

Odborníci jako například Folkman, Lazarus a Gruen (1986, in Paulík, 2017, str. 572) zde popisují coping jako: „*behaviorální, sociální či kognitivní odpovědi související s úsilím osoby zvládat, eliminovat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osobnosti a prostředí*“. Termín coping tedy znamená faktor, který stabilizuje člověka, a může mu pomoci udržet jeho psychosociální adaptaci během stresové situace (Paulík, 2017).

Autor R.S. Lazarus (ibid, 2017) rozlišuje následovně čtyři kategorie strategií copingu:

1. apatie (pocit deprese, beznaděje, bezmocnosti);
2. útok na obtěžující a rušivý fenomén (noxa¹¹);
3. různé druhy aktivit směřující k posilování vlastní obranyschopnosti vůči noxám;
4. vyhýbání se noxám.

Průběh copingu ovlivňují dva typy hodnot, a těmi jsou mediátory a moderátory. Moderátor je proměnná, která existuje nezávisle na působícím stresoru, souvisí s osobnostními zvláštnostmi jedince. Mezi ně zahrnujeme např. pohlaví, věk, temperament, sociální vzdělání, stupeň socializace. Mediátor je proměnná, která úzce a bezprostředně souvisí se stresovou/zátěžovou situací. Patří sem míra pozornosti, kterou jedinec věnuje stresové situaci, kognitivní zhodnocení situace, posouzení vlastních schopností jedince se s danou situací vyrovnat (Mareš a kol., 2001).

Křivohlavý (1994) rozlišuje termíny adaptace a zvládání. Pojem adaptace vysvětluje, jako způsob vyrovnávání se se zátěží, která však pro jedince nepředstavuje takové ohrožení, které by nebyl schopen sám zvládnout, aniž by bylo nutné do řešení zapojit jeho copingové strategie. Termín zvládání je dle autora potýkání se s takovým typem zátěže, který je pro daného jedince mimořádně složitý a dlouhotrvající. Kvůli této zátěži je jedinec nucen aktivovat vyšší stupeň adaptace, kterými jsou copingové strategie.

3.5 Copingové strategie

Autoři Baštecká a Goldmann (2001) copingové strategie popisují jako způsoby chování, které nastupují v situacích, ve kterých je jedinec vystaven určité zátěži a snaží se pomocí těchto strategií zmírnit jeho nepříjemné pocity.

¹¹ noxa = látka vyvolávající poškození; škodlivina

Atkinson (2003) sděluje, že copingové strategie lze odvodit od základních reakcí na zátěž, kterými jsou – útok, útěk a ochromení. Mají dvě formy:

- Zvládání zaměřené na emoce = jde o zmírnění negativních emocí, bez snahy zátěžovou situaci, jakkoliv měnit. Většinou se objevují až v adolescenci.
- Zvládání zaměřené na problém = jedinec se zaměřuje na konkrétní problém, který nastal a hledá adekvátní řešení. Objevuje se již u malých dětí.

Křivohlavý (2009) zmiňuje šest bodů, které charakterizují copingové strategie:

- 1) snést či tolerovat nepříjemné pocity;
- 2) zachovat si emocionální rovnováhu;
- 3) zachovat si pozitivní sebeobraz;
- 4) snížit úroveň ohrožení člověka;
- 5) snažit se zlepšit podmínky pro regeneraci po prožití stresové situace;
- 6) pokračovat v sociálních interakcích.

Atkinson (2003) rozděluje copingové strategie zaměřené na emoce na kognitivní a behaviorální. Do behaviorálních strategií zahrnuje tělesné cvičení, relaxaci, meditaci, vyhledání sociální opory, zkrátka prostředky, které v danou situaci zmírní naléhavost problému. U kognitivních strategií dochází k dočasnému odsunutí problému z vědomí, čímž dojde k přehodnocení celé situace a tím pádem, ke snížení jejího významu. Tento proces Atkinson považuje za velmi náročný a může vést až k fyzickému onemocnění.

Křivohlavý (2009) popisuje 8 copingových strategií:

- 1) hledání sociální opory;
- 2) konfrontační způsob zvládání stresu;
- 3) plánované hledání řešení problému;
- 4) distancování se od dění;
- 5) hledání pozitivních stránek dění;
- 6) přijetí osobní zodpovědnosti za řešení situace;
- 7) snaha vyhnout se stresové situaci a utéct z ní;
- 8) sebeovládání (uklidnění emocionálního vzrušení).

Oba autoři Atkinson (2003) i Křivohlavý (2009) upozorňují na důležitost sociální opory. Dle Atkinsona (2003) výrazně a efektivně pomáhá sociální opora při snížení emočního stresu. Baštecká a Goldmann (2001, str. 285) označují sociální oporu jako: „*pocit, že jsme milováni*“

a oceňování, a naše osobní pohoda je i záležitost druhých“. Atkinson (2003) doplňuje, že nedostatek sociální opory může mít za důvod vznik psychických i fyzických poruch.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 Elektivní mutismus u osob ve vztahu k jejich možným obranným mechanismům a copingovým strategiím

V praktické části této bakalářské práce se autorka zabývá tématem elektivního mutismu a jeho vztahu k případným obranným mechanismům či copingovým strategiím. Výzkumné šetření praktické části probíhalo pomocí polostrukturovaného rozhovoru s participantkou, které byl diagnostikován elektivní mutismus. Vzhledem k nedostačujícím informacím participantky z období jejího raného dětství, byla závěrečná práce doplněna strukturovaným rozhovorem s matkou participantky. Pro účely této práce na základě zachování anonymity nebude participantka ani její matka oslovována jejím jménem.

Rozhovory s participantkou se zabývaly otázkami od útlého dětství po nynější období. Strukturovaný rozhovor s matkou od participantky se dotazoval na období prenatální, perinatální, postnatální a dále na období nástupu do mateřské školy a základní školy. V rozhovoru s matkou participantky byly také pokládány otázky na participantky chování, postoje k určitým situacím, řešení konkrétních situací a podobně.

Kompletní seznam otázek je blíže uveden v kapitole Seznam příloh.

4.1 Časový harmonogram

V následující tabulce č.2 je uveden časový harmonogram bakalářské práce:

Měsíc a rok	Konkrétní kroky
Září 2021	Zvolení tématu, volba vedoucí práce
Říjen 2021 – leden 2022	Konzultace s vedoucí práce, osnova práce
Únor 2022 – srpen 2022	Studium a rešerše literatury
Září 2022 – únor 2023	Hledání vhodných účastníků do výzkumu, výběr metody šetření
Červenec 2023 – únor 2024	Průběh a realizace výzkumného šetření, konstrukce otázek rozhovoru s participantkou
Říjen – prosinec 2023	Psaní teoretické části, konzultace s vedoucí práce
Leden 2024	Dopracování teoretické části, konzultace s vedoucí práce

Leden – únor 2024	Průběh a realizace výzkumného šetření, konstrukce otázek rozhovoru s matkou participantky
Únor – březen 2024	Konzultace s vedoucí práce, kódování rozhovorů, kompletizace praktické části, formulování závěrů, grafické zpracování práce
Duben 2024	Technická úprava, odevzdání bakalářské práce
Květen 2024	Příprava na obhajobu, obhajoba

Tabulka č.2: Časový harmonogram

4.2 Cíle výzkumu

Cílem výzkumného šetření této závěrečné práce bylo prozkoumat život zvolené participantky s diagnózou elektivního mutismu od jejího útlého dětství po přítomnost (dospělost), a zjistit jaké byly její případné obranné mechanismy či copingové strategie. Zda se mechanismy měnily nebo zda participantka od dětství používá jednu strategii. Autorku také zajímalo, jakým způsobem řešila participantka stresové situace, kdy nemohla/nechtěla mluvit.

Ve strukturovaném rozhovoru s matkou participantky bylo cílem výzkumu zaměřit se na období prenatalní, perinatální a raně postnatálně. Zjistit další podstatné informace i z pozdějších období (zda nenastaly jakékoliv komplikace, nebo jestli v rodině nastala událost která by přispěla ke vzniku elektivního mutismu u zvolené participantky). Cílem rozhovoru s matkou participantky bylo také zjistit, jak se participantka chovala v určitých situacích, a jaké využívala obranné mechanismy v situacích pro ni nepříjemných z pohledu matky.

Rozhovor s participantkou byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru, ve kterém se autorka práce dotazovala na otázky, kdy byla participantka například vystavena stresovým situacím, jaké byly v té chvíli její pocity, jaká byla adaptace na různá prostředí a podobně.

Autorka si pro tuto práci zvolila jednu výzkumnou otázku, a z ní následně vyvodila po zpracování dílčí otázku.

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jaké si participantka během života vytvořila obranné mechanismy nebo copingové strategie?

- **Dílčí otázka č. 1:** Měnily se u participantky během života obranné mechanismy nebo copingové strategie, které používala?

4.3 Metodika výzkumu

Pro zpracování výzkumného šetření v této bakalářské práci autorka zvolila formu kvalitativního výzkumu.

Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaného a strukturovaného rozhovoru.

Miovský (2006) považuje rozhovor za jednu z nejvhodnějších a současně nejobtížnějších metod pro získávání kvalitativních dat. Polostrukturovaný rozhovor má za cíl dle Švaříčka s Šed'ové (2007) získat detailní a komplexní informace vlivem dlouhých výpovědí participanta a terénních poznámek. Kvalitativní metodu vnímá v kontextu autor Miovský (2006) jako neopakovatelnost či jedinečnost. Autoři Švaříček a Šed'ová (2007) kvalitativní proces definují jakožto zkoumání problémů a jevů v autentickém prostředí, jejímž cílem je získat komplexní obraz těchto jevů, který je založen na specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Výzkumníkům záměr je provádět kvalitativní výzkum za pomoci celé řady postupů a metod, a snažit se rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé vytvářejí, prožívají a chápou danou problematiku a sociální realitu.

Participantka podepsala souhlas se zpracováním osobních údajů pro výzkumné šetření této bakalářské práce a souhlasila s jejich použitím pro účely závěrečné práce.

Před každou schůzkou si autorka sepsala témata, kterým se chce věnovat, a otázky které chce participantce pokládat. V průběhu rozhovoru na sebe otázky nenavazovaly, jejich pořadí se měnilo dle aktuální situace.

Rozhovory probíhaly prezenční kontaktní formou. Autorka práce dojížděla za participantkou do Prahy, kde nyní studuje, párkrát se sešly v Olomouci. Rozhovor nebyl nahráván, jelikož si to participantka nepřála, autorka si tedy veškeré poznámky průběžně zapisovala do sešitu. Rozhovor byl následně přepsán a použit v plném rozsahu pro výzkumné šetření této bakalářské práce. Pro přehlednost autorka sepsala jednotlivé otázky pro participantku do Seznamu příloh.

4.4 Etika výzkumu

Dle Miovského (2006) je důležité se zabývat při výzkumu tématem duševní, hmotné či jiné újmy účastníků. Proto je nezbytné, aby se výzkumník i participant chovali vzájemně tak,

aby nedošlo k nepříznivým a nevhodným situacím, které by mohly narušit etické zásady. Hendl (2005) považuje za nezbytnost ve výzkumu zachování soukromí a anonymity.

Přítomnost účastníků ve výzkumu byla dobrovolná a doprovázena informovaným souhlasem a dodatkem, že veškeré informace budou použity pouze pro účely výzkumu bakalářské práce a plně anonymizovány. Participantka i její matka měly možnost kdykoliv svůj souhlas odvolat, i v průběhu výzkumu. Informované souhlasy jsou k nalezení v kapitole Seznam příloh. Participantky byly dále před zahájením spolupráce informovány o tom, za jakým účelem je bakalářská práce realizována, dopředu měly k dispozici otázku, a mohly se vyjádřit k zaznamenaným odpovědím. Společně se také s autorkou předem domluvily, zda bude nebo nebude rozhovor zaznamenáván, a jakým způsobem bude realizován (diktafon, zápisky apod.).

4.5 Výběr a charakteristika participanta

Kritériem pro výzkumné řešení této bakalářské práce bylo najít osobu s elektivním mutismem, která bude ochotna spolupracovat a svolí k rozhovorům o této problematice, nahlédnutí k její osobě a životě za účelem výzkumu.

Na participantku dostala autorka kontakt na povinné souvislé praxi, kterou vykonávala během studia, na níž se zmínila, že hledá účastníka pro svůj výzkum. První kontakt proběhl telefonicky přes zprávy. Vzhledem k tomu, že autorka nevěděla, s kým participantce vyhovuje nebo nevyhovuje kvůli její diagnóze mluvit, byl první kontakt přes sociální síť dle autorky nejvhodnější prostředek komunikace.

Participantka ihned od začátku vycházela vstříc autorce a souhlasila se spoluprací na výzkumu bakalářské práce. Zprvu si s autorkou práce psaly textové zprávy a vzájemně o sobě zjistily základní informace. Autorka se dozvěděla, že participantka momentálně studuje na vysoké škole v Praze. Důležitým milníkem bylo zjistit, zda nebude problém v komunikaci. Autorka zjistila, že osobami, se kterými participantka nemluví jsou starší o 6-8 let než ona, autority či ve společnosti výše postavené osoby. Vzhledem k tomu, že autorka i participantka byly téměř stejně věkově staré, komunikace nebyla problém.

4.6 Konstrukce rozhovoru

S participantkou autorka vedla polostrukturovaný rozhovor, který neměl přesný počet otázek. Týkal se období od raného dětství, po předškolní a školní věk, studium na střední a vysoké škole, které se prolínalo do současnosti. Občasně rozhovor zaběhl do témat vztahů,

rodiny, přátel, či různých situací a příběhů ze života participantky. V úvodní fázi rozhovoru si autorka s participantkou spíše povídala o různých tématech pro uvolnění atmosféry a získání základních informací o ní. Postupně se přešlo k otázkám výzkumu. Jednotlivé otázky na sebe v rozhovoru nenavazovaly. Autorka se snažila pokládat otázky za sebou tak, aby se k sobě tematicky co nejvíce hodily, a také aby byly empaticky pokládány (veškeré otázky nalezneme v kapitole Seznam příloh).

Strukturovaný rozhovor s matkou participantky probíhal obdobně pouze s rozdílem, že otázky byly předem sepsané, tudíž se rovnou přešlo k odpovědím.

4.7 Proces sběru dat

Pro realizaci výzkumu závěrečné práce autorka prvně získávala potřebné vědomosti pro zpracování teoretické části, kde se zabývala studiem a rešerší literatury týkající se komunikace, elektivního mutismu, stresu, obranným mechanismům a copingovým strategiím. Autorka čerpala z odborné literatury, odborných článků, studií či výzkumů. Po důsledném dostudování literatury se začala zabývat praktickou částí své práce.

Praktická část byla realizována polostrukturovaným rozhovorem s participantkou, které byl elektivní mutismus diagnostikován. Pro širší pohled na participantky dětství byl výzkum doplněn strukturovaným rozhovorem s matkou participantky.

Jednotlivé rozhovory a schůzky byly prováděny v období od července 2023 po únor roku 2024. Schůzky probíhaly prezenčně v Olomouci nebo Praze, kde participantka studuje a kam autorka práce za participantkou dojížděla.

4.8 Průběh výzkumného šetření

První setkání se konalo v kavárně v Praze, kam autorka za participantkou přijela. Seznámení proběhlo hladce, příjemně. Participantka se nechovala nijak výrazně nervózně, nebyl viditelný problém ve vzájemném zrakovém kontaktu. Téměř ihned začala komunikovat. Komunikace byla uvolněná, pozitivní, příjemná, doplněná občasným zasmáním. Tón hlasu nebyl nijak stydlivý či zstrašený, řeč byla energická. Participantka na autorku působila sympaticky, výřečně. První setkání dopadlo z pohledu autorky velice dobře a předčilo její očekávání. Na základě studia literatury byla předpokládána větší nejistota, utlumená, tichá řeč, problém se zrakovým kontaktem, a nervozita ze strany participantky. Participantka však komunikovala přímě, nijak se nevyhýbala otázkám, naopak sama dávala možnost k otevření

dalšího navazujícího tématu. První schůzka trvala necelé tři hodiny. Během jednotlivých otázek se v komunikaci otevřela i jiná témata například koníčky, příběhy ze života a podobně.

Na první schůzce nastala situace, kdy během rozhovoru přišla starší paní s dotazem, zda bychom byly ochotné ji pohlídat kočárek. Při dotazu se paní dívala na participantku, která reagovala nervózním úsměvem a nebyla schopna komunikovat. Autorka se proto nabídla, že situaci vyřeší, což vedlo k úlevě participantky. Autorce poděkovala, že situaci vyřešila za ni, protože nedokázala paní odpovědět.

Následující schůzka proběhla o měsíc později v Olomouci, kdy se již eliminoval strach z neznámého, a byl vytvořen vztah mezi výzkumníkem a participantkou, což se projevilo na komunikaci.

Co se týče komunikace s cizími lidmi, například objednání nápoje v kavárně – komunikovala autorka na základě domluvy s participantkou. Ta komunikuje převážně skrze mobilní telefon, kde do poznámek napíše, co potřebuje a ukáže telefon dotyčné osobě. Dříve psala své potřeby, přání, či myšlenky na papír, ale bylo to pro ni ne tolik praktické a zdlouhavé. Nyní u sebe stále nosí mobilní telefon a s kým potřebuje mluvit, napíše, co potřebuje a telefon ukáže konkrétní osobě. Nosí jej sebou také k doktorům, do školy a podobně. Více je toto téma rozvedené v kapitole 5 Výsledky výzkumného šetření.

Další setkání probíhala buď v hlavním městě Praze nebo v Olomouci, podle časových možností participantky.

Autorka považuje za zajímavé, že participantka na sociálních sítích nevyhledává větší komunikaci, dopisuje stručně, krátce.

Jednotlivými schůzkami bylo pozorováno zlepšení uvolněnosti v konverzaci, snížení napětí, vzájemná otevřenost mezi odpověďmi participantky a otázkami autorky.

5 Výsledky výzkumného šetření

Autorka se snažila pro přehlednost rozdělit získaná data do jednotlivých období. Jedná se o období prenatální, perinatální a postnatální. Dále participantky dětství, nástup do mateřské a základní školy, období na střední škole a vysoké škole. Kapitola se uzavírá současností a momentálním studiem na vyšší odborné škole.

Jednotlivá období života jsou vyplněna odpověďmi participantky a její matky, které jsou v kapitolách rozděleny. Odpovědi účastnic jsou přepsány dle jejich výpovědí.

Jelikož si participantka nepamatuje příliš mnoho z dětství, převažují v těchto kapitolách spíše odpovědi matky.

5.1 Období prenatální, perinatální, postnatální

Odpovědi matky participantky:

1. Otázka: Když si vzpomenete na období těhotenství, objevilo se něco, co bylo jinak? Například komplikace, důležitá událost, která by mohla nějakým způsobem výrazněji ovlivnit těhotenství?

Odpověď: Matka se nedomnívá, že by proběhla jakákoliv zatěžující situace, která by ovlivnila těhotenství. Celý průběh byl bez komplikací, nemoci či medikace.

2. Otázka: Byl porod v termínu (případně předčasný, přenášený, vyvolávaný). Byl porod formou císařského řezu či přirozeně (byl proveden kleštěmi)? Bylo nutné participantku křísit?

Odpověď: Porod byl vyvolávaný, 12 dní po termínu porodu. Byl dlouhý a nerozbíhal se. Matka rodila sama, porodní asistentka se občas přišla podívat. V poslední fázi byl porod překotný, asistentka přiběhla na poslední chvíli, aby dítě zachytila.

Pro velkou ztrátu krve musela být matka ihned usnána, o křísení tedy nic neví, nikdo ji dle jejích slov neinformoval. Narodila se v 14:20, ukázat matce ji přinesli jen letmo pozdě večer, a potom na přiložení druhý den dopoledne. Na společný pokoj šli tentýž den odpoledne.

3. Otázka: Byla po porodu participantka v inkubátoru? Jak dlouho byla participantka kojena? Jak vzpomínáte na kojení?

Odpověď: Participantka v inkubátoru nebyla, prospívala dobře, kojena byla 18 měsíců. Chtěla jíst pořád a dlouho, ve dne v noci. Dudlík odmítala, zřejmě dle matky potřebovala nejtěsnější kontakt.

4. Otázka: Byla participantka (od narození do 6 let) hospitalizovaná?

Odpověď: Nebyla.

5. Otázka: Byl development vývoj fyziologický (tzn. šly po sobě jednotlivé fáze - zda bylo nejprve lezení, následně sed a poslední chůze, nebo byly v jiném pořadí)?

Odpověď: Ano, vývoj byl fyziologický.

6. Otázka: Vzpomenete si, jak jste se krátce po porodu v prvních dnech cítila? Vzpomenete si, jestli jste pociťovala například nějakou nejistotu, strach, úzkost, radost, veselí? Jaké byly Vaše emoce? Měla jste možnost, aby Vám bylo dítě přiloženo po porodu? Měla jste po porodu možnost přímého kontaktu s miminkem?

Odpověď: Jelikož byl porod dlouhý náročný, byla matka hodně unavená. Strach ani úzkost nepociťovala. Nejistotu pociťovala dle jejích slov jako každá máma prvního dítěte v prvních dnech, zvláště když pláče a nevíte proč. Na miminko se moc těšila a byla moc ráda, že ho má.

Těsně po porodu matce dítě přiloženo nebylo, vzhledem k okamžité narkóze kvůli ztrátě krve během porodu.

5.2 Období dětství

Odpovědi matky participantky:

1. Otázka: Byl dlouhodobý problém s vyslovováním a učením se některých hlásek v předškolním věku? Pokud ano, jakých?

Odpověď: S výslovností participantka problém neměla. Dle slov matky mluvila brzy a velmi pěkně.

2. Otázka: Kdy bylo první slovo (případně o jaké slovo se jednalo)? Vzpomenete si, kdy participantka řekla první slovo, a o jaké slovo se jednalo?

Odpověď: Matka si přesně nepamatuje, které slovo to bylo. Dle jejích slov šlo o běžný vývoj od lehce vyslovitelných slabik – mama, papá, ham, dětské říkanky, kolo kolo mlýnský, a podobně.

3. Otázka: Kdy participantka řekla první větu?

Odpověď: Matka si přesně nepamatuje.

4. Otázka: Kdy začala participantka samostatně bez opory chodit?

Odpověď: Dříve než v jednom roce.

5. Otázka: Měla participantka nějaké vážnější úrazy, zranění, dlouhodobější nemoci (případně jaké)?

Odpověď: Žádné neměla.

6. Otázka: Kdy byla participantka poprvé na „delší“ dobu odloučena? (déle než jeden den; například spaní u prarodičů, známých).

Odpověď: Matka si přesně nepamatuje. V předškolním věku to bývaly 2-3 noci, případně s mladší sestrou či o dva roky starší sestřenicí. Problémy nebyly, participantka byla spokojená.

7. Otázka: Setkala jste se někdy s negativní reakcí od okolí směrem k participantce? Pokud ano v jaké oblasti, čeho se to týkalo, a kdo byl tím kritikem?

Odpověď: Někteří dospělí jedinci měli tendence matce a jejímu dítěti „domlouvat“. Šlo o narážky, že by se měla naučit mluvit, zejména pozdravit, poděkovat, či odpovědět na otázku, když se jí někdo ptá. Když byla participantka menší, lidé se jí snažili uplácet slovy: „když řekneš, pak dostaneš“. Na to se participantka otočila a hrdě odešla pryč.

Možná nejhorší zkušenosti v tomto směru matka zaznamenala u odborné veřejnosti – pedagogicko-psychologická poradna, psycholog, psychiatr, lékaři.

8. Otázka: Nastala pro participantku v dětství nějaká nečekaná, nepříjemná, emočně silná situace/událost (která by ji psychicky zasáhla – rozvod, hospitalizace, úmrtí v rodině)?

Odpověď: Dle matky v podstatě ne, ale na druhou stranu od miminka neměla ráda žádné doktory. Běžná prohlídka byla emočně silnou událostí, vždy se vztekáním, pláčem, odmítáním. Stejně také nikdy nechtěla ke kadeřnici, to ale matka vzdala a nenutila ji.

9. Otázka: Jaká byla výchova? Byly stanoveny limity či hranice? Jakým způsobem bylo dbáno na jejich dodržování?

Odpověď: Výchova byla dle matky nejlepší, jakou uměla. Práce s dětmi ji vždy bavila, jelikož se jí věnovala ve volném čase studiem dvou leté pedagogické nástavby. Matka si je

o sobě vědoma, že je trpělivá, kreativní, empatická, a vždy se snažila hledat cesty, jak dosáhnout toho, co je třeba. To samé platilo i pro formu výchovy, která byla pro participantku přípustná.

Hranice stanoveny byly, ale matka věděla, že je participantka „svá“ a nikdy neuspěje se striktním příkazem nebo zahrnutím do kouta stylem „buď a nebo“, „uděláš to teď hned, protože jsem řekla...“.

Participantka prý vždy potřebovala svůj prostor a čas, aby úkol nebo požadavek mohla zpracovat, případně volbu pro rozhodování. Pokud pro ni bylo něco vnitřně nepřijatelné, byla neúplatná a nezdolná i za cenu trestu (jednalo se například o práci navíc, či zákaz, případně drobné „plesnutí“).

10. Otázka: Jaké byly tresty? Byl v rodině například trest odmítnutí komunikace (pokud ano, na jak dlouhou dobu) či trest fyzický?

Odpověď: Trest odmítnutí komunikace v rodině nikdy nebyl. Rodiče dávali přednost spíše praktikám typu zakázaná hra/hračka; „nebudeš se dívat na pohádku“, „nepůjdeš ven“, „když neuděláš tohle, pak ti...“. Nebo volba „vyber si, buď uděláš toto, nebo toto“, vždy doprovázeno vysvětlováním.

11. Otázka: Objevili se už před nástupem do mateřské školy lidé, se kterými participantka nechtěla mluvit?

Odpověď: Ano, participantka dokázala mluvit pouze s malou skupinou dospělých. Pouze rodiče, jedna babička s dědou, druhá babička jen někdy.

12. Otázka: Měla participantka tendenci si spíše vybírat lidi, se kterými mluvit chce, anebo tendenci si vybírat lidi, se kterými mluvit nechce?

Odpověď: Matky názor je, že si participantka nevybírala lidi, ale že blok byl „vyšší moci“.

13. Otázka: Objevil se někdo, s kým by participantka mluvit nechtěla, ale předpokládalo se, že by mohla? (např. rodina, širší rodina)? Čím si myslíte, že by to mohlo být?

Odpověď: Vždy se předpokládalo, že je-li dítě tázáno tak odpoví, přijde-li někam pozdraví, bolí-li ho něco, řekne, co a kde... Dle matky ale participantka mluvila jen s dospělými z rodiny (některými), a s dětmi sporadicky. Čím to bylo, rodiče nikdy nezjistili.

14. Otázka: I když byla participantka s Vámi, a pod Vaší ochranou, objevovala se přesto tendence s nikým nemluvit, anebo tomu tak bylo jen když byla participantka sama?

Odpověď: Dle matky, zda byla s ní nebo bez ní, nemělo na mluvení vliv.

15. Otázka: Když nastala situace, kdy participantka mluvit musela (např. u lékaře), jaká byla participantky reakce (jaký byl obranný mechanismus – např. vztek, pláč, ignorování daného člověka)?

Odpověď: Podle matky se nedalo přesně říct, že by musela mluvit, ale spíše měla. Pokud to nešlo, tak neodpověděla, případně kývla, ukázala nebo to pošeptala matce a ta tlumočila. Neobjevoval se u toho vztek nebo pláč, k tomu prý neměla důvod.

16. Otázka: Do jaké míry byla participantka poslušná/neposlušná při návštěvě odborníka? Jak jste to vnímala? Konkretizujte prosím, jakého odborníka.

Odpověď: Dle matky se nedá v souvislosti s nemluvením říct, že je dítě neposlušné. Pokud nemá schopnost promluvit, tak nepromluví. Její názor je, že pokud chce odborník odpověď musí hledat jinou formu komunikace.

Participantka obecně od miminka neměla ráda cizí lidi, kteří chtěli „manipulovat“ s jejím tělem, ať už se jednalo o dětského lékaře, který jí chtěl pouze vysvléct košilku, aby si mohl poslechnout srdce.

Bez pláče to nikdy nešlo, vždy bojovala ze všech sil. Když byli společně u psychologa, kam přišli z důvodu participantky nemluvení, první slova psychologů směřem k participantce byly: „Pojď, povykládaš mi, co tě trápí“. Matka v tom viděla v podstatě popření problému a nerespektování její osoby. Participantka vždy vzdorovala a daného člověka jako autoritu nepřijala.

17. Otázka: Do jaké míry byla participantka hádává? S kým se hádala nejčastěji? Do jaké míry se bála jako maličká? Čeho se například bála?

Odpověď: Matka by termín hádavost nepoužila, spíše prý participantka vždy potřebovala akceptovat svůj prostor, možnost volby, a vždy si stála za svým „nechci, ne, nebudu, nepůjdu“. Strach neměla, nebála se ani ve tmě.

5.3 Období nástupu do mateřské a základní školy

Odpovědi participantky matky:

1. Otázka: Byl dlouhodobý problém s vyslovováním a učením se některých hlásek v předškolním věku? Pokud ano, jakých?

Odpověď: S vyslovováním problém nebyl, mluvila brzy a velmi pěkně.

- 2. Otázka: Jak se participantka chovala ke svým vrstevníkům, např. v mateřské škole (hra, komunikace)? Jaké byly její kamarádké vztahy? Jak byste popsala vlastní sebevědomí participantky – jak hodnotila sama sebe? Byla participantka k sobě například přehnaně kritická, zaměřená na výkon, puntičkářská apod.?**

Odpověď: Do mateřské školy začala chodit ve třech a půl letech, chodila jen dopoledne. Z počátku se tam moc netěšila, nemluvila s učitelkami většinou ani s dětmi, ale do aktivit se zapojovala. Hrála si, tančila, kreslila, plnila úkoly, které jí byli zadané. Měla ráda zejména pohybové aktivity.

Dle matky rozhodně nebyla sama k sobě přehnaně kritická, puntičkářská ani zaměřená na výkon. Měla spíše vnitřně vyhraněné aktivity, které pro ni byly příjemné, a které naopak dělat nechce. Matka si dále myslí, že si participantka dokázala v mateřské škole najít aktivity, kdy byla spokojená. Pokud se stalo, že byla úzkostná tak ale ne sama ze sebe, spíše z tlaku, pokud jí někdo nutil mluvit nebo dělat něco, co pro ni bylo nepříjemné.

Pocitově nešla do sklíčenosti, ale do odporu a bloku. Na děti neútočila, nebyla ni agresivní či neukázněná. Pokud ovšem něco vnitřně opravdu dělat nechtěla, nebylo jednoduché ji přesvědčit.

- 3. Otázka: Nutil někdo participantku do komunikace? Pokud ano, kdo?**

Odpověď: Dle matky to byla většina dospělých, se kterými přišla participantka do kontaktu v rámci běžných každodenních situací: „pozdrav; poděkuj; řekni co chceš k obědu; řekni babičce; to musíš to se nedělá“. Nikdy nebyly užity donucovací prostředky typu: „bud' to řekneš, nebo...“. Maximálně šlo o ztrátu výhody typu: „když nepoděkuješ, nemůžeš si vzít čokoládu“. Na to se participantka otočila a šla pryč, jelikož věděla, že poděkovat nemůže.

- 4. Otázka: Jaká byla Vaše reakce na tendenci vybírat si lidi, se kterými chce mluvit, a se kterými nechce (jak jste se rozhodla situaci řešit; s kým jste se radila)?**

Odpověď: Matka se domnívá, že volba participantky, s kým chce nebo nechce mluvit nebyla v její kompetenci, že šlo o vyšší moc, ztrátu schopnosti. Určitě prý byli i lidé, se kterými chtěla mluvit, ale nedokázala to.

- 5. Otázka: Pokud participantka nemluvila, jak tedy komunikovala (např. zda používala gesta; ukázala, co chce, dovedla někam osobu apod.)?**

Odpověď: Podle slov matky si participantka poradila sama, buď že to nepotřebovala, a pokud nebylo zbylí, nejběžněji využívala gesta, později komunikaci skrze prostředníka.

6. Otázka: Jak byste popsala participantku jako předškolní dítě? Jaká byla? Jak se projevovala? Byla spíše klidné nebo aktivní dítě? Jak se chovala, když přišla domů z mateřské školy (vyprávěla co dělali ve školce; s kým a jak si hrála; jaké byly její emoce)?

Odpověď: Byla velice aktivní dítě. Neustále měla spoustu energie, hodně běhala, ráda házela cokoli (míč, kamínky, klacíky). Lezla po prolézačkách, po nábytku, poskakovala, smála se, jezdila ráda na kole, a koni, na bruslích, na lyžích. Plavala, hrála si na hřišti, na zahradě. Každou pohybovou aktivitu chtěla zkusit, byla ráda venku. Dokázala si ale také doma dlouho číst nebo si knihy jen prohlížet. Společně se také s matkou hodně věnovaly výtvarným aktivitám a pečení.

Ve školce nemohla spávat. Tím, jak tam nemluvila, zadržovala v sobě energii a po obědě rovnou ze školky musela jít ven, alespoň na hodinu nebo dvě, potřebovala se uvolnit pohybem. O dětech ze školky mluvila přiměřeně. Později si našla kamarádku, se kterou začala mluvit, ta jí pak dělala mluvčí. Emoce dle matky nebyly nijak výjimečné, někdy radostnější někdy méně ale nemyslí si, že by byly úzkostné nebo skličující.

7. Otázka: Jaký byl pohled učitelů v mateřské škole na danou situaci? Snažili se hledat kompromisy v komunikaci s participantkou?

Odpověď: Přístupy byly různé, někteří učitelé se snažili více, někteří méně. Někdo zpočátku hodně trval na odpovědích, ale když zjistil, že je to bezpředmětné, vesměs komunikaci prostřednictvím slov vzdal.

Participantka byla samostatná, hodná, pracovitá v úkolech, nedělala problémy, takže ji vesměs akceptovali. V mateřské škole bylo více dětí s různými problémy, takže tolik nevyčnívala.

8. Otázka: Co všechno bylo zkoušeno pro to, aby se rozmluvila (jaké odborníky navštívila, jaké metody zkoušela)? Kdo Vám pomohl, a kde to bylo naopak bez výsledků?

Odpověď: Dle matky zkoušeli leccos, návštěvy několika odborníků, kteří od participantky vesměs chtěli slyšet proč nemluví, a domlouvali jí, že by měla mluvit.

Když participantka cítila, že není přijímána, šla do opozice a ignorace než do vstřícné spolupráce.

Rodiče zkusili také ambulantně psychiatrii, kde jí předepsali léky na zmírnění tenze a úzkosti (matka dodává, že pravidelně doktorům tvrdila, že její dítě v úzkosti není, nechce být sociálně izolováno, a žije plnohodnotně s vrstevníky). Medikace naprosto nevyhovovala. Participantce se rozhodli veškeré vestavěné mechanismy, neakceptovala zásadní pravidla a byla sobě nebezpečná. Po třech týdnech rodiče medikaci zavrhli.

Dále našli jinou psychologku, která byla vstřícná a hledala jiné mechanismy. Participantka od ní dostávala úkoly, na které mohla „odpovídat“ kresbou, stavěním kamínků, skládáním obrázků, ale psychologce se řešení nalézt nepodařilo. Pouze potvrdila, že participantka není v tenzi, úzkostná, a že její nemluvení je pro ni nejspíše důležité „bezpečí“, a pokud ho sama vyrovnává, nejspíše není potřeba jej rozbíjet.

Rodičům se nejvíce osvědčilo neklást důraz na problém, ale stavět na tom, v čem je dobrá, a co jí baví. Participantka začala organizovaně sportovat, chodit do skautu kde překonávala překážky, trénoval, byla mrštná, silná, rozvíjela své schopnosti různými směry – samostatnost, odolnost.

9. Otázka: Zkoušeli jste nějaké alternativní způsoby, případně jaké? V kolika letech to bylo?

Odpověď: Participantka byla na alternativní konzultaci, kde daná osoba vnímala její energii a vždy po nějakém pocitu léčitelky, měla participantka něco provést, třeba stát na jedné noze a se zavřenýma očima počítat do XY, což participantce přišlo legrační a nijak terapeuticky to nevnímala. Bylo jí cca 7 let.

10. Otázka: Jak se chovala a spolupracovala participantka při vyšetřeních či konzultacích u odborníků?

Odpověď: Jak již bylo zmíněno, při vstřícném jednání, kde jí bylo umožněno odpovídat jinak, než slovy dle matky spolupracovala. U koho však participantka cítila despekt a tlak autority slovy „řekni!“, to vnímala jako manipulaci, a i jejich dotazy či úkoly dělala jen tak na půl, s neochotou a lehkým vzdorem.

Matka dodává, že participantka neměla problém s autoritou jako takovou, nebyl problém splnit jakýkoliv úkol, režim či výzvu například ve skautu, problém nebyl ani s komunikací, pouze s ústní formou.

11. Otázka: Byl odklad povinné školní docházky?

Odpověď: Ano.

12. Otázka: Jaká byla reakce a spolupráce učitelů na základní škole?

Odpověď: Dle slov matky měla 1.-3. třídu vynikající paní učitelku, která nejdříve leccos vyzkoušela, a pak si našla cestu skrze tlumočnicka, kdy participantka odpovědi šeptala spolužačce, a ta to tlumočila paní učitelce. Nedělala z toho neřešitelný problém, nechtěla nic lámat násilím. Dokázala to tak i nastavit v rámci třídního kolektivu, takže děti/spolužáci to akceptovali také.

13. Otázka: Stávalo se opakovaně, že měla participantka nějaké zdravotní komplikace (např. že by ji bolelo břicho, nebo hlava) cestou do školy? Měla jste podezření, že se obává jít do školy?

Odpověď: Ne.

14. Otázka: Jaké bylo zvykání si na školní prostředí?

Odpověď: Jelikož měla participantka podle matky skvělou paní učitelku, zvykání si nebyl problém. Do školy chodila ráda, zlepšili se i vztahy s ostatními dětmi. Cítila se v kolektivu přijímána.

Byly také dny či situace, kdy participantka prožívala nějaké své vnitřní konflikty, kdy měla nahromaděné emoce či napětí, a docházelo k emotivním plačtivým a vztekajícím se výbuchům, které neuměla ovládnout a musela jimi projít a nechat je odeznít.

15. Otázka: Jak vycházela se svými vrstevníky/spolužáky? Byla participantka oblíbená (např. zda byla na něčí narozeninové oslavě, zda si zvala kamarády k sobě, nebo byla naopak pozvaná, např. pozvání na přespání u kamarádky?)

Odpověď: V kolektivu neměla problém, byly skupinka cca 5 dívek. Chodily společně na narozeninové oslavy i k participantce domů, většinou bez přespání.

Koncem první třídy spolu začaly chodit do skautu. Participantka jela také na dvou týdenní tábor, na který se velmi těšila, užila si ho a byla tam nadšená.

Velmi ráda také navštěvovala skautské jedno či vícedenní akce, současně také trénovala skoky na trampolíně a jezdila na závody, kde měla další komunitu kde byla akceptována a cítila se tam dobře.

Odpovědi participantky:

1. Otázka: Jaký byl nástup do mateřské školy? Pamatuje si participantka, jaké vztahy s ostatními, měla v mateřské škole? Jak s ostatními komunikovala?

Odpověď: Do mateřské školy nastoupila později. Přisuzuje to k tomu, že v dětství se často vztekala, byla velice akční. Měla tendence vybíjet si doma vztek, jelikož jí to, že nemůže mluvit s některými lidmi frustrovalo. Vztek si vybíjela doma, boucháním do věcí, vzteklá byla kvůli tomu i na rodiče. Neuměla s emocemi pracovat. Někdy se vybíjela na jejím otci. Matka se snažila situace usměrňovat, a někdy jí dávala do studené sprchy.

Kamarádky měla v mateřské škole dvě, ostatní ve třídě jí nezajímali. Ráda si hrála na babu, ale nejradši si hrála sama.

2. Otázka: Jaké bylo pro participantku nejnáročnější období?

Odpověď: Dle jejích slov bylo nejtěžší období pro ni, a pro její rodiče na prvním stupni základní školy. Podstupovala veškerá vyšetření. Původně měla nastoupit do základní speciální školy pro sluchově postižené. Rodiče s tím nesouhlasili a zastala se jí také její tehdejší třídní učitelka, která potvrdila, že by pro participantku nástup do speciální školy byl zbytečný.

Zpětně tuto situaci hodnotí tak, že by se možná ani nedostala tam, kde je nyní.

3. Otázka: Jak zvládala studium na základní škole? Jak probíhala komunikace s učiteli?

Odpověď: Dle slov participantky bylo období na základní škole jedno z nejtěžších. Na základní škole měla spolužačku, která byla zároveň její tlumočnice a hodně jí během studia pomohla.

Učitelé nebrali nijak zvlášť v potaz její diagnózu, a často ji nutili číst před ostatními. Dodnes má psychický blok ze čtení nahlas.

Na druhém stupni jí učitelka na výtvarnou výchovu řekla: „Když nebudeš mluvit, nikam to nedotáhneš.“. Na tuto situaci reagovala pláčem, spolužačka se jí před učitelkou zastala. Od té doby se k učitelce chovala jinak. Nereagovala, když na ní učitelka mluvila, ani nekreslila to co se po ní chtělo.

Během hudební nauky ostatní děti zpívali, a ona musela psát testy. Připadalo jí to nespravedlivé. Cítila se, jak kdyby ji trestali za to, že nemluví. Jediná ze třídy se před hodinou hudební nauky učila – narušilo to přestávku a také se nemohla bavit s kamarádkou. Bylo to vyčleňující.

Když bylo nutné, aby participantka mluvila přede všemi (stálo se to párkrát) šeptala. Její třídní učitelka brala ohled na její diagnózu, a když měla mluvit před třídou, odešla třídní učitelka za dveře, a tam poslouchala.

4. Otázka: Navštěvovala participantka psychologa nebo jiného odborníka? Jak se při návštěvě odborníka cítila?

Odpověď: Ano, vystřídal je několik. V dětství jí byla diagnóza potvrzena, následně začali návštěvy logopedů, psychologů, psychiatrů či jiných odborníků. Nikdo jí ale nedokázal příliš pomoci.

Psychiatr pro ni byl prý spíše kontraproduktivní. Snažil se participantku léčit pomocí odbourávání jejích psychických bariér. To však mělo za následek to, že dle jejích slov přestala mít zábrany v životě. Ráda vyhledávala adrenalin, nebezpečné sporty apod.

Psychologa navštěvuje od třetí třídy na základní škole dodnes, dle jejích slov už ale žádné změny nepocítuje.

U odborníků se necítila příliš dobře. Nerada dělala to, co jí někdo jiný řekl. Často sezení mělo proběhnout bez přítomnosti matky, což se participantce nelíbilo, a nespolupracovala, dokud matka nebyla v místnosti s ní. To se s věkem postupně odbouralo. Dříve nedokázala komunikovat sama bez matky. Přítomnost matky byla dle participantky všude nutná. Nyní se všemi komunikuje participantka skrze mobilní telefon.

5.4 Období na střední škole

Odpovědi participantky:

1. Otázka: Jaký byl participantky nástup na střední školu?

Odpověď: Při nástupu na střední školu třídní učitelka vyžadovala potvrzení o dané diagnóze elektivního mutismu. Po doložení potvrzení, rodiče participantky třídní učitelce vysvětlili veškeré potřebné informace, a její způsoby komunikace apod.

Třídní učitelka vzhledem k obeznámení se s danou problematikou vysvětlila spolužákům, jak bude například probíhat ústní zkoušení, aby si nemysleli, že má vůči nim participantka nějaké výhody.

2. Otázka: Jak probíhala participantky maturita? Jaké byly její pocity?

Odpověď: U maturity měla možnost psát po celou dobu zkoušky své myšlenky a odpovědi na papír. U ústního zkoušení si porota její zápisky přečetla a případně se doptala. Participantka její odpověď opět napsala na papír.

Stres ventilovala neustálým opakováním učiva, aby se uklidnila. Dle slov participantky byla velmi vystresovaná, jelikož nevěděla, zda bude komise u maturity respektovat její omezení v komunikaci.

3. Otázka: Jak se participantka cítila v kolektivu třídy na střední škole?

Odpověď: Dle slov participantky byl kolektiv třídy menší, ale o to více si byli bližší. Oproti kolektivu na vysoké škole, se na střední škole cítila v kolektivu více přijata. Studovala technický obor – řezbářskou střední školu, měli ve třídě pouze tři dívky, zbytek byli chlapi. Komunikace dle slov participantky ve třídním kolektivu nebyl nikdy problém, všichni to tolerovali.

4. Otázka: Zkoušení na střední škole probíhalo vždy psanou formou?

Odpověď: Ano, veškeré testy, zkoušení, či závěrečné práce mohla participantka splnit psanou formou.

5.5 Období na vysoké škole

Odpovědi participantky:

1. Otázka: Využívala participantka na vysoké škole odbornou výpomoc? Jakožto student se specifickými potřebami?

Odpověď: Ano, participantka docházela do Centra podpory studentů dané školy. Pomohlo jí to zejména v komunikaci s učiteli, kteří k ní byli ze začátku skeptičtí.

2. Otázka: Měla participantka po dobu studia někoho, kdo by jí pomáhal s komunikací se spolužáky nebo učiteli?

Odpověď: Ano, měla spolužačku, která byla jejím tlumočnickem. Když participantka potřebovala někomu něco sdělit, pošeptala jí to do ucha, a spolužačka to přetlumočila dotyčnému.

3. Otázka: Jaká byla participantce nabídnuta pomoc u státních závěrečných zkoušek?

Odpověď: Dle slov participantky měla k využití tlumočníka, který jí ale nevyhovoval. Měl jinou intonaci hlasu, a myšlenky které mu participantka šeptala vyzněly jeho slovy jinak, než bylo míněno.

5.6 Současnost

Odpovědi participantky:

1. **Otázka: Jak nyní participantka tráví svůj volný čas?**

Odpověď: Její náplň přes den je studium vyšší odborné školy, dále pak hlídá chlapce, kterému je 5 let, a jeho 6měsíční sestru. Komunikace s nimi participantce nedělá problém. Jako její koníčky považuje řezbářskou práci, které se věnuje od střední školy. Nyní pracuje na zakázce loutek pro Barrandov v Praze.

2. **Otázka: Jaká je věková kategorie, se kterou participantka nekomunikuje?**

Odpověď: Dle slov participantky musí být daná osoba starší cca o 8 let než ona. Problém s komunikací jí dělají také lidé s větší autoritou. Dodává, že autorita u ní možná převažuje nad tím, zda je daná osoba starší nebo není.

Z okruhu rodiny mluví se všemi, které považuje za blízkou rodinu. Především sestra, matka, otec, babička, děda) jí nedělá problém. Ovšem například s prababičkou nemluví – dle jejích slov se vídají málo, a ne tak často, tím pádem mezi nimi nevzniká nijak bližší kontakt.

3. **Otázka: Pokud nastane situace, kdy je nezbytné komunikovat s okolím, jak tuto situaci participantka řeší?**

Odpověď: Dříve u sebe neustále nosila sešit s propiskou, a veškerou komunikaci převáděla do sešitu, který následně ukázala dotyčné osobě, se kterou mluvit potřebovala. Nyní tyto situace řeší pomocí mobilního telefonu, který nosí neustále u sebe. Do poznámek v mobilu napíše, co potřebuje, a druhé osobě jej ukáže. Participantka dodává, že přestože je dospělá, je klidnější, když k například k doktorům, na úřad apod. jde s matkou, která komunikuje za ní.

Často se tak stává, že si lidé myslí, že je neslyšící. Participantka dodává, že těmto lidem ale nemá, jak vysvětlit, že znakový jazyk neumí.

4. **Otázka: Pomocí čeho/jak zvládá situace, kdy musí s někým mluvit?**

Odpověď: Pomáhá jí, že jde do všeho bez většího přemýšlení. Je spontánní, má ráda akci. Vše se dá zvládnout, a jde si najít cestu, například komunikace skrze mobilní telefon. Je otevřená novým situacím, příležitostem.

5. Otázka: Bylo by pro participantku snazší komunikovat skrze mobilní telefon?

Odpověď: Od vysoké školy využívá mobilní telefon převážně pro komunikaci na sociálních sítích, nebo k psaní do poznámek, které pak ukáže dotyčnému, se kterým potřebuje komunikovat. Telefonuje pouze se svojí matkou, nyní už jí nedělá problém telefonovat s přítelem, ale dle slov participantky to trvalo delší časový úsek, než si s přítelem zavolala.

6. Otázka: Jaké ohledy berou na participantku komunikaci na škole, kterou právě studuje?

Odpověď: Svoji komunikaci může převádět do počítače, konkrétně píše do Wordu. Učitelé to tolerují, jen nechtějí, aby jim odpovídala na otázky slovy ano/ne, ale svoji odpověď více rozvedla.

6 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo pomocí polostrukturovaného rozhovoru s participantkou, které byl diagnostikován elektivní mutismus, a matkou participantky u které šetření proběhlo formou strukturovaného rozhovoru zjistit jaké využívala participantka během svého života obranné mechanismy či copingové strategie, a zda se jí během života měnily. Vzhledem k tomu, že si participantka z dětství příliš nepamatuje v kapitolách 5.1 Období prenatalní, perinatální a postnatální, a v kapitole 5.2 Období dětství, převažuje spíše rozhovor s její matkou, která si většinu milníků a důležitých situací či vzpomínek během dětství participantky zaznamenávala do deníku, což se pro výzkum velice hodilo.

V následujících kapitolách autorka popíše a zanalyzuje výsledky výzkumných otázek.

6.1 Výzkumná otázka č.1

Výzkumná otázka č.1: Jaké si participantka během života vytvořila obranné mechanismy nebo copingové strategie?

Již v dětství u participantky můžeme pozorovat určité „únikové“ reakce, kterými řešila dané situace. Autorka by pro přehlednost začala v raném dětství a nástupu do mateřské školy.

Pokud nastala situace, kdy na participantku byl vytvořen nátlak za účelem, aby promluvila, i když mohl být zaobalen formou, že za promluvení dostane odměnu, participantka reagovala dle slov matky hrdým odchodem s hlavou nahoru. Věděla, že nemůže promluvit a dotýkalo se jí, že je do komunikace nucena. Dle Křivohlavého (1994) bychom mohli hovořit o regresi, kdy se daný jedinec ve stresové situaci uzavře do sebe, truceje. Participantka užívala pláč a vztek, a to zejména u doktorů, kteří měli dle slov matky „manipulovat s jejím tělem“. Jednalo se o běžné prohlídky, ze kterých měla od dětství strach. Autorka považuje za celkem běžné, když mají děti strach u doktora. Co ovšem stojí za zmínku, že dle slov matky participantka bojovala ze všech sil, až do vyčerpání formou vzteku, pláče, vzdorování, odmítání, zkrátka se s ní nedalo pracovat ani formou uplácení či uklidnění. Autorka se domnívá, že tím, že participantka nemohla s daným odborníkem promluvit, se v ní ještě více prohloubil vztek a následný pláč. Dle autorky šlo o obrannou reakci. Pokud však odborník participantku nijak nevyšetřoval, a například se jí pouze na něco dotázal, odpověď formulovala gestem, . ukázáním, nebo matce pošeptala do ucha a ta její odpověď přetlumočila, bez pláče a vzteku. Autorka nabyla dojmu, že participantce je nepříjemná „manipulace“ s tělem, avšak pokud se jedná o rozhovor s odborníkem, který akceptoval její prostor a volbu komunikace, byla ochotna komunikovat skrze gesta, tlumočnicka apod. Jestliže však odborník či autorita

neakceptovala její komunikaci, snažila se jí do promluvení nutit, participantka to vnímala jako manipulaci, a dotaz či úkol dělala jen na půl, s neochotou a lehkým vzdorem. U osob, kde participantka cítila, že není přijímána šla do opozice a ignorace. Autorka v tomto chování vidí regresi s částečným vzdorem a opovržením vůči autoritě. Zde můžeme konstatovat, že se začal prohlubovat disrespekt vůči autoritám.

V mateřské škole se participantka naučila komunikovat skrze prostředníka, kterým byla její spolužačka. Tento posun dle autorky můžeme označit jako částečnou adaptaci na problém s komunikací. Participantka si vyhledala osobu, která jí je blízká (pokud nebyla možnost přítomnosti matky), a tu využívala jako svého tlumočnicka. Autorka by tento krok označila jako adaptaci, a vyrovnání se se zátěží (Křivohlavý, 1994). Jako vhodnou copingovou strategií by autorka přiřadila k této situaci dle Atkinsona (2003) zvládání zaměřené na problém, které se objevuje již u malých dětí, kdy se jedinec zaměří na konkrétní problém (v tomto případě problém s komunikací) a snaží se nalézt adekvátní řešení (využití tlumočnicka).

Na základní škole se dle slov participantky cítila dobře, jelikož její třídní učitelka ji dávala dostatečný prostor na komunikaci, předem vysvětlila jejím spolužákům diagnózu, se kterou participantka přišla, tudíž se cítila v kolektivu přijímána. Ovšem ne všichni učitelé byli vstřícní. Někteří jí nutili, aby četla před ostatními nahlas, jiní jí dávali za trest testy, když například nemohla zpívat na Hudební nauce. Participantka se cítila vyčleňována, a měla vztek. Často tedy, jako v mateřské škole, musela odpoledne trávit venku ideálně sportem, aby si svůj vztek vybila.

Zde si můžeme všimnout lehké změny v chování participantky. Namísto agrese na danou osobu, si svůj vztek přeformulovala do jiné aktivity. Nedařilo se to vždy, někdy přišla domů a vztek si vybila tam, boucháním do věcí, pláčem apod. Autorka se domnívá, že můžeme ale mluvit o adaptaci na danou stresovou situaci, a vyhledávání aktivit díky kterým participantka směřovala k posilování vlastní obranyschopnosti.

Během přechodu ze základní na střední školu se pro participantku mnohé změnilo. Naučila se psát, a díky tomu mohla využít další komunikační prostředek – komunikaci skrze papír či mobilní telefon. Tlumočnicka (její tehdejší spolužačku) využívala ve škole. Pokud však nastala situace mimo školní prostředí, u doktora, na ulici, v obchodě, naučila se komunikovat skrze psaní. Na střední škole využívala sešit, který stále nosila s sebou, a pokud měla s někým komunikovat, její odpovědi přepsala na papír. Často se tak stávalo, že si lidé mysleli, že je neslyšící. To participantku ovšem nijak netrápilo. Zde autorka vidí další posun ve zvládání běžných aktivit bez mluvené řeči. Jak již bylo zmíněno: „*Adaptace se vztahuje ke zvládání zátěže jako takové. Coping se uplatňuje v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti*

osobnosti nadlimitní nebo podlimitní, a je tedy potřebné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní.“ (Paulík, 2017, str. 118). Autorka by tento krok označila jako copingovou strategii, konkrétně reakci na zátěž, formou zvládnání zaměřené na emoce dle Atkinsona (2003). Jedná se o zmírnění negativních emocí, bez snahy zátěžovou situaci, jakkoliv měnit.

Pokud přejdeme do současnosti a studia na nejprve vysoké a následně vyšší škole, situace se už příliš nezměnily. Autorka začala využívat mobilní telefon, do kterého zapisuje svoji komunikaci. Dle jejích slov do sešitů psala rychleji, ale mobilní telefon je pro ni pohodlnější. Nadále sportuje, věnuje se skautu nyní jako vedoucí, a svoje občasně pocíty vzteku či nepochopení ze strany odborné veřejnosti již dokáže převést do sportu, kreativity, tvoření.

6.2 Dílčí otázka č.1

Dílčí otázka č.1: Měnily se u participantky během života obranné mechanismy nebo copingové strategie, které používala?

Obranné mechanismy i copingové strategie participantky se během jejího života přirozeně měnily. Během života se postupně formulovaly, až do nynější podoby.

V dětství například nemohla využít komunikaci písemnou formou, jelikož psát neuměla. Veškerá komunikace v té době šla skrze matku, která jí tlumočila. To však nefungovalo všude. V mateřské škole musela komunikovat sama, což ji značně omezilo, jelikož ji nešlo mluvit například s učitelkami. Hůře se jí pracovalo s emocemi. Připadala si jiná, ale nechtěla si tak připadat. Nevěděla, co je s ní špatně, a to její pocíty vzteku a vzdoru o to více prohlubovali.

V dětství až po střední školu dle slov participantky, byla nesmírnou podporou její matka, bez které jak sama tvrdí „bez matky by nekomunikovala“. Časem, a přibývajícím věkem však začala umět pracovat se svými emocemi, naučila se najít si jinou formu komunikace. Adoptovala se na stresové situace, naučila se komunikovat tak, aby k tomu nepotřebovala nikoho jiného. Nyní většinu komunikace zvládá s pomocí mobilního telefonu nebo zápisků do sešitů, či případnou pomocí od matky.

Dalo by se říct, že obranné mechanismy i copingové strategie participantky se formovaly i díky jejím rostoucím kognitivním schopnostem. Když se naučila psát, značně si v komunikaci pomohla, jelikož našla systém, jak se dorozumět bez něčí pomoci. Všechny odpovědi zaznamenávala do sešitů. V některých situacích, například ve škole potřebovala rychleji odpovědět, tak jí její tehdejší spolužačka dělala tlumočnici. Tato praktika se uplatnila

také u státních závěrečných zkoušek. Naučila se také lépe pracovat s emocemi. Našla si cestu, jak je přeformovat například do sportu, který ji v tom velmi pomáhal, a pomáhá doteď.

7 Diskuse

V této kapitole by autorka ráda zmínila, že je si vědoma určitých limitů této práce. Jako první je důležité zmínit nezkušenost autorky, jelikož se jedná o první závěrečnou práci, a jistě se zde najdou nedokonalosti.

Stěžejním pro autorku během vypracování práce bylo samotné téma. Jelikož se nejedná o příliš častou diagnózu, autorka se snažila čerpat z nejnovější literatury, či odborných článků a výzkumů. Avšak odborné literatury s tématem elektivního mutismu je velice málo, proto práce obsahuje starší literaturu.

Limitem bylo také najít vhodného participanta pro výzkumné šetření. Autorka si během hledání vhodného participantka uvědomila, o jak raritní diagnózu jde. Osob s elektivním mutismem není mnoho, a ne každý z dotázaných se chtěl stát součástí výzkumného šetření. Jelikož v této práci autorka šla po citlivých údajích, po vzpomínkách z dětství, a jádru celé problematiky, domnívá se, že z tohoto důvodu se někteří dotázaní nechtěli účastnit.

Z počátku se autorka chtěla zabírat pouze dětmi do věkové hranice 7 let. Vzhledem k tomu, že zjistila, že někteří měli za sebou teprve základní odborné vyšetření, pro závěrečnou práci by to nepřineslo tolik informací. Rozhodla se věkovou kategorií určit jako neomezenou. Díky tomu mohla sledovat vývoj participantky od jejího dětství až po současnost, a mít tak širší pohled na celou problematiku elektivního mutismu během života.

Zpracovávání práce neulehčila autorce práce ani vzdálenost mezi autorkou a participantkou. Byl problém se časově sejít, jelikož obě studují, a každá v jiném městě. Autorka za participantkou dojížděla do Prahy, a občas se jim podařilo se sejít přímo v Olomouci. S tím souviselo, že výzkum trval déle, než autorka předpokládala. Pro příště bude autorka vědět, že je lepší začít s výzkumem dříve.

Autorka v práci odkazovala na Mezinárodní klasifikaci nemocí 10.revize (MKN-10), a porovnávala ji také s Mezinárodní klasifikací nemocí 11.revize (MKN-11), která vstoupila v platnost 1.ledna 2022. Jelikož není stále 11.revize plně přeložena do českého jazyka, autorka dává přednost termínu elektivní mutismus, podle MKN-10.

Během rozhovorů s participantkou a matkou participantky si autorka všimla rozdílných odpovědí na dané otázky. Při otázce, zda si matka participantky myslí, že její přítomnost ovlivnila to, jestli participantka komunikuje nebo ne, odpověděla, že si není vědoma aby její přítomnost měla vliv na komunikaci participantky. Participantka však tvrdí, že je přesvědčena, že přítomnost její matky vliv na komunikaci měla. Přišla si díky tomu více „v bezpečí“, případně jí matka s komunikací pomohla. Participantka se setkala se situacemi, kdy bez

přítomnosti matky, dle jejích slov „odmítala promluvit“. Autorce přišlo přinejmenším zajímavé, jak rozdílný pohled na situaci každá z dotázaných má.

Jaký byl první spouštěč neuznání, či neúcty vůči autoritám se autorce zjistit nepodařilo, dle slov matky si ani ona sama není vědoma situace která by mohla zapříčinit vznik této problematiky, a následný vznik elektivního mutismu. Autorku téma elektivního mutismu i výzkum bavil, a je toho názoru, že by bylo zajímavé v něm případně pokračovat nadále.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou elektivního mutismu s propojením témat obranných mechanismů a copingových strategií. Práce byla rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou část.

Cílem teoretické části bylo uvést do problematiky elektivního mutismu. Jelikož elektivní mutismus spadá do narušené komunikační schopnosti, v první kapitole se autorka práce věnuje tématu komunikace, kterou dále rozvádí do podkapitol verbální komunikace, neverbální komunikace a narušená komunikační schopnost.

Druhá kapitola teoretické části se věnuje tématu elektivního mutismu. Autorka shromažďuje informace z různé odborné literatury, odborných článků, vědeckých výzkumů či publikací. Autorka se snažila nastudovanou literaturu propojovat, třdit a vzájemně srovnávat. Kapitola obsahuje podkapitoly terminologie, etiologie, klasifikace, symptomatologie, diagnostika, diferenciální diagnostika, terapie a prevence elektivního mutismu.

Třetí kapitola teoretické části obsahuje téma stres a obranné mechanismy. Kapitola má následné podkapitoly stresory, obranné mechanismy, typy obranných mechanismů, coping a copingové strategie. Kapitoly teoretické části korespondují s tématem praktické části. Cíl teoretické části byl naplněn.

Cílem praktické části bylo prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s participantkou a strukturovaného rozhovoru s její matkou zjistit informace o participantky životě a jednotlivých obdobích života, elektivním mutismu a jaké případně využívala obranné mechanismy či copingové strategie. S jakými lidmi je participantka schopná komunikovat a s jakými nikoliv. Autorka práce pro přehlednost oba rozhovory rozdělila do jednotlivých období – prenatální, perinatální a postnatální období, období dětství, období nástupu do mateřské a základní školy, období na střední škole, období na vysoké škole a kapitolou současnost. Formulovány byl hlavní cíl, který se týkal otázek, jak si participantka během života vytvořila obranné mechanismy nebo copingové strategie a otázky. Z něj vyplynul dílčí cíl, který se zajímal, zda se v průběhu života měnily obranné mechanismy či copingové strategie, které participantka používala.

Na základě rozhovorů autorka vyhodnotila že jednotlivé obranné mechanismy a copingové strategie participantky se přirozeně měnily a formulovaly společně s vývojem. Z počátku byl nejčastější obranou vztek, a negativní emoce. Jelikož v dětství neuměla psát, veškerá komunikace musela být ústní, což byl problém. V té době tedy nejčastěji a téměř všude

komunikovala její matka. S naučením psaní si začala participantka v některých situacích stačit sama, kdy si našla způsob převodu komunikace na papír. Tuto metodu časem zmodernizovala, a nyní komunikuje skrze mobilní telefon, kde komunikaci přepisuje do Wordu v telefonu. Pokud je třeba, například ve škole občasně využívala/ i stále využívá svoji spolužačku jako tlumočnici. Doteď je však u některých schůzek, nebo vyšetřeních participantky vyžadována přítomnost matky. Její chování se také změnilo. Své negativní pocity, emoce, či vztek se naučila ventilovat do pohybových aktivit. Hlavní cíl bakalářské práce byl naplněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANTUŠÁK, Emil a Josef VILÁŠEK. *Základy teorie krizového managementu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3443-2.
2. ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-640-3.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. 2001. ISBN 80-7178-550-4.
4. BRATSKÁ, Mária. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Práca. 2001. ISBN 80-7094-292-4.
5. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4033-1.
6. CRAMER, Phebe. Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2008, 2(5), 1963-1981. *Československá psychologie*, 45(4), 311-322. Dostupné z: <https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-9004.2008.00135.x>
7. ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
8. ČERVENKOVÁ, Barbora a Kateřina VITÁSKOVÁ. Neverbální komunikace kojenců narozených předčasně jako způsob hodnocení funkčního stavu centrální nervové soustavy. *Listy klinické logopedie*, 2022. Dostupné z: <https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2022/01/01.pdf>
9. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.
10. FICOVÁ, Lenka Theodora. *Od broukání k povídání: návod na rozvoj komunikace a řeči dítěte*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3346-8.
11. HÁJKOVÁ, Eva. *Rétorika pro pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1990-0.
12. HARTMANN, Boris a Michael LANGE. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-021-8.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.
14. HUBENÁ, Kristýna. *Komunikace a interakce v plavecké výuce*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2023. ISBN 978-80-246-5621-2.

15. JANOUSEK, Jaromír. *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4295-3.
16. JUDITH Law. *Anxiety Canada. Selective Mutism* [online]. *Anxiety Canada*, 2015. Dostupné z: <https://www.anxietycanada.com/disorders/selective-mutism/>
17. KAPALKOVÁ, Svetlana. Vývin řeči. In KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
18. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovateľskej praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-2835-3.
19. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Vydání 1. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3941-0.
20. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1994. ISBN 807169-121-6.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
23. KUČERA, Otakar. Elektivní mutismus u dětí. In Kol. aut. *Československá logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1956.
24. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-667-5.
25. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Mutismus: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-241-3.
26. MALÁ, Eva. Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (F94). In KOL. AUT. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
27. MAREŠ, Jiří. *Zvládání zátěže pomocí strategií záměrného sebeznevýhodňování*. 2001. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Jiri-Mares-2/publication/298932897_Coping_by_means_of_self-handicapping_strategies/links/582ac12208ae138f1bf3eec3/Coping-by-means-of-self-handicapping-strategies.pdf
28. MAREŠ, Jiří. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus. 2001. ISBN 80-86225-19-4.

29. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
30. MKN – 10. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
31. MKN-10, 2023. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F94.0>
32. MKN-11, 2023. Mezinárodní klasifikace nemocí 11.revize. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/167946871>
33. MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Základy logopedie a organizace logopedické péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3722-4.
34. MLČÁKOVÁ, Renata. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In: MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
35. MURIS, Peter, Leonie BÜTTGENS, Manouk KOOLEN, Cynthia MANNIËN, Noëlle SCHOLTES, a Wilma VAN DOOREN-THEUNISSEN. *Symptoms of Selective Mutism in Middle Childhood: Psychopathological and Temperament Correlates in Non-clinical and Clinically Referred 6 to 12-year-old Children*. *Child Psychiatry* [online]. 2023. Dostupné z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=83a6ff79-72aa-41b4-80da-4c4b68abe905%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHN0aWImYXV0aHR5cGU9c2hpYiZsYW5nPWZzJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=edssjs.A5BA6126&db=edssjs>
36. NADOLECZNY, Max. *Lehrbuch der Sprach – u. Stimmheilkunde*. Leipzig, 1926 In ŠROM, František, Karel OHNESORG, Miloš SOVÁK a Anna PAVLOVÁ-ZAHÁLKOVÁ. *Logopedie*. 3. upr. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974.
37. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2618-2.
38. PEČEŇÁK, Jan. Diagnostika mutismu. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
39. PREISSOVÁ, Irena. Mutismus. In: NEUBAUER, Karel a kol.: *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
40. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.

41. R. Lindsey BERGMAN et al. Selective mutism information in *Selectiefmutisme* [online], 2013. Dostupné z: https://selectiefmutisme.be/wp-content/uploads/2015/12/Integrated-Behavior-Therapy-for-Selective-Mutism_A-randomized-controlled-pilot-study_Bergman-Gonzalez-Piacentini-Keller_2013.pdf
42. RABOCH, Jiří et al. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. První české vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
43. SELYE, Hans. *Život a stres*. Přeložil Wiliam JONEC. Bratislava: Obzor, 1966. ISBN (Váz.).
44. SHU-LAN, Hung, Michael SPENCER a Rani DRONAMRAJU. Selective mutism: Practise and Intervention Strategies for Children. In *Children & Schools*, 2012. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/270441389_Selective_Mutism_Practice_and_Intervention_Strategies_for_Children
45. SVOBODA, Mojmír, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.
46. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
47. ŠKODOVÁ, Eva. Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus. In: ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
48. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
49. TICHÁ, Erika. Mutismus. In KEREKRÉTIÓVÁ, Aurélie. a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
50. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Fylogeneze a ontogeneze řeči*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3717-0.
51. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 5., aktualiz. vyd. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.
52. VRBOVÁ, Renáta, a kol. *Metodika práce se žákem s narušenou komunikační schopností*, 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3312-7.
53. VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4.

SEZNAM ZKRATEK

Tzn. = tak známo, to znamená

Např. = například

DSM – 5 = Diagnostický a statický manuál duševních poruch Americké psychiatrie
asociace

MKN – 10 = Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize

MKN – 11 = Mezinárodní klasifikace nemocí, jedenáctá revize

Aj. = a jiné

Atd. = a tak dále

Apod. = a podobně

NKS = narušená komunikační schopnost

str. = strana

ibid = *ibidem*: význam: taktéž

PAS = porucha autistického spektra

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1: Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí Erisksonová, Feldman a Steiner (in Čáp a Mareš, 2007, str. 532)

Tabulka č.2: Časový harmonogram

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 - Seznam otázek pro matku participantky

Příloha č. 2 – Seznam otázek z rozhovoru s participantkou

Příloha č.3 - Informovaný souhlas participantky s účastí ve výzkumném šetření

Příloha č.4 - Informovaný souhlas matky participantky s účastí ve výzkumném šetření

1. Příloha č.1 - Seznam otázek pro matku participantky

Jméno participantky je začerněno z důvodu anonymizace účastníků v bakalářské práci.

Období mezi početím a narozením dítěte:

1. Když si vzpomenete na období těhotenství, objevilo se něco, co bylo jinak? Například komplikace, důležitá událost, která by mohla nějakým způsobem výrazněji ovlivnit těhotenství?
2. Byl porod v termínu (případně předčasný, přenášený, vyvolávaný). Byl porod formou císařského řezu, či přirozeně (byl proveden kleštěmi)? Bylo nutné ■■■■■ křísit?

Období krátce po porodu:

1. Byla po porodu ■■■■■ v inkubátoru? Jak dlouho byla ■■■■■ kojena? Jak vzpomínáte na kojení?
2. Byla ■■■■■ (od narození do 6 let) hospitalizovaná?

Období od narození po nástup do mateřské školy:

1. Kdy bylo první slovo (případně o jaké slovo se jednalo)? Vzpomenete si, kdy ■■■■■ řekla první slovo, a o jaké slovo se jednalo?
2. Kdy ■■■■■ řekla první větu?
3. Byl Martiny vývoj fyziologický (tzn. šly po sobě jednotlivé fáze – zda bylo nejprve lezení, následně sed a poslední chůze, nebo byly v jiném pořadí)?
4. Kdy začala ■■■■■ samostatně bez opory chodit?
5. Vzpomenete si, jak jste se krátce po porodu v prvních dnech cítila? Vzpomenete si, jestli jste pociťovala například nějakou nejistotu, strach, úzkost, radost, veselí, jaké byly Vaše emoce? Měla jste možnost, aby Vám bylo dítě přiloženo po porodu? Měla jste po porodu možnost přímého kontaktu s miminkem?

Období nástupu do mateřské školy:

1. Jak se ■■■■■ chovala ke svým vrstevníkům, např. ve školce (hra, komunikace)? Jaké byly její kamarádké vztahy? Jak byste popsala vlastní sebevědomí ■■■■■ – jak hodnotila sama sebe? Byla ■■■■■ k sobě například přehnaně kritická, zaměřená na výkon, puntičkářská apod.?
2. Byl dlouhodobý problém s vyslovováním a učením se některých hlásek v předškolním věku? Pokud ano, jakých?
3. Jak byste popsala ■■■■■ jako předškolní dítě? Jaká byla? Jak se projevovala? Byla ■■■■■ spíše klidné nebo aktivní dítě? Jak se chovala, když přišla domů z mateřské školy (vyprávěla co dělali ve školce; s kým a jak si hrála; jaké byly její emoce)?
4. Měla ■■■■■ nějaké vážnější úrazy, zranění, dlouhodobější nemoci (případně jaké)?
5. Kdy byla ■■■■■ poprvé na „delší“ dobu odloučena? (déle než jeden den; například spaní u prarodičů, známých)
6. Setkala jste se někdy s negativní reakcí od okolí směrem k ■■■■■? Pokud ano v jaké oblasti, čeho se to týkalo, a kdo byl tím kritikem?
7. Jaká byla výchova? Byly stanoveny limity či hranice? Jakým způsobem bylo dbáno na jejich dodržování?
8. Jaké byly tresty? Byl v rodině například trest odmítnutí komunikace (pokud ano, na jak dlouhou dobu) či trest fyzický?
9. Objevili se už před nástupem do mateřské školy lidé, se kterými ■■■■■ nechtěla mluvit?

Předškolní věk:

1. V kolika letech nastoupila ■■■■■ do mateřské školy?
2. Jaké bylo zvykání si na mateřskou školu (byla ■■■■■ psychicky v pohodě; jak zvládala odloučení)?
3. Nastala pro ■■■■■ v dětství nějaká nečekaná, nepříjemná, emočně silná situace/událost (která by ji psychicky zasáhla – rozvod, hospitalizace, úmrtí v rodině)?
4. Jaká byla Vaše reakce na tendenci vybírat si lidi, se kterými chce mluvit a se kterými nechce (jak jste se rozhodla situaci řešit; s kým jste se radila)?
5. Měla ■■■■■ tendenci si spíše vybírat si lidi, se kterými mluvit chce, anebo tendenci si vybírat lidi, se kterými mluvit nechce?
6. Objevil se někdo, s kým by ■■■■■ mluvit nechtěla, ale předpokládalo se, že by mohla (např. rodina, širší rodina)? Čím si myslíte, že to mohlo být?

7. I když byla ■■■■■ s Vámi, a pod Vaší ochranou, objevovala se i přesto tendence s nikým nemluvit, anebo tomu tak bylo jen když byla ■■■■■ sama?
8. Když nastala situace, kdy ■■■■■ mluvit musela (např. u lékaře), jaká byla ■■■■■ reakce (jaký byl obranný mechanismus – např. vztek, pláč, ignorování daného člověka)?
9. Do jaké míry byla ■■■■■ poslušná/neposlušná při návštěvě odborníka? Jak jste to vnímala? Konkretizujte prosím, jakého odborníka.
10. Do jaké míry byla ■■■■■ hádává? S kým se hádala nejčastěji? Do jaké míry se bála jako malička? Čeho se například bála?
11. Nutil někdo ■■■■■ do komunikace? Pokud ano, kdo?
12. Pokud ■■■■■ nemluvila, jak tedy komunikovala (např. zda používala gesta; ukázala, co chce, dovedla někam osobu apod.)?
13. Jaký byl pohled učitelů v mateřské škole na danou situaci? Snažili se hledat kompromisy v komunikaci s ■■■■■?
14. Co všechno bylo zkoušeno pro to, aby se rozmluvila (jaké odborníky navštívila, jaké metody zkoušela)? Kdo Vám pomohl, a kde to bylo naopak bez výsledků?
15. Zkoušeli jste nějaké alternativní způsoby, případně jaké? V kolika letech to bylo?
16. Jak se chovala a spolupracovala ■■■■■ při vyšetřeních či konzultacích u odborníků?

Školní věk:

1. Byl odklad povinné školní docházky?
2. Jaká byla reakce a spolupráce učitelů na základní škole?
3. Jaké bylo zvykání si na školní prostředí?
4. Jak vycházela se svými vrstevníky/spolužáky? Byla ■■■■■ oblíbená (např. zda byla na něčí narozeninové oslavě, zda si zvala kamarády k sobě, nebo byla naopak pozvaná, např. pozvání na přespání u kamarádky)?
5. Stávalo se opakovaně, že měla ■■■■■ nějaké zdravotní komplikace (např. že by ji bolelo břicho, nebo hlava) cestou do školy? Měla jste podezření, že se obává jít do školy?

2. Příloha č. 2 – Seznam otázek z rozhovoru s participantkou:

Období nástupu do mateřské a základní školy:

1. Jaký byl nástup do mateřské školy? Pamatuje si participantka, jaké vztahy s ostatními, měla v mateřské škole? Jak s ostatními komunikovala?
2. Jaké bylo pro participantku nejnáročnější období?
3. Jak zvládala studium na základní škole? Jak probíhala komunikace s učiteli?
4. Navštěvovala participantka psychologa nebo jiného odborníka? Jak se při návštěvě odborníka cítila?

Období na střední škole:

5. Jaký byl participantky nástup na střední školu?
6. Jak probíhala participantky maturita? Jaké byly její pocity?
7. Jak se participantka cítila v kolektivu třídy na střední škole?
8. Zkoušení na střední škole probíhalo vždy psanou formou?

Období na vysoké škole:


9. Využívala participantka na vysoké škole odbornou výpomoc? Jakožto student se specifickými potřebami?
10. Měla participantka po dobu studia někoho, kdo by jí pomáhal s komunikací se spolužáky nebo učiteli?
11. Jaká byla participantce nabídnuta pomoc u státních závěrečných zkoušek?

Současnost:

12. Jak nyní participantka tráví svůj volný čas?
13. Jaká je věková kategorie, se kterou participantka nekomunikuje?
14. Pokud nastane situace, kdy je nezbytné komunikovat s okolím, jak tuto situaci participantka řeší?
15. Pomocí čeho/jak zvládá situace, kdy musí s někým mluvit?
16. Bylo by pro participantku snazší komunikovat skrze mobilní telefon?
17. Jaké ohledy berou na participantku komunikaci na škole, kterou právě studuje?

3. Příloha č.3 - Informovaný souhlas participantky s účastí ve výzkumném šetření:

Příjmení participantky je začerněno z důvodu anonymizace osobních údajů.



Pedagogická
fakulta

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření

Vážená slečno [REDACTED]

ráda bych Vás požádala o souhlas s účastí, a zpracováním informací ve výzkumném šetření, za účelem výzkumu bakalářské práce na téma *Elektivní mutismus u osob ve vztahu k možným obranným mechanismům a copingovým strategiím*.

Cílem je provést rozhovor, s účelem zjištění potřebných dat ohledně problematiky elektivního mutismu, a využití případných obranných mechanismů či copingových strategií v životě. Data budou následně zpracována, anonymně interpretována a použita pouze pro vědecké účely bakalářské práce.

Podpisem souhlasíte s účastí ve výzkumném projektu studentky Alžběty Tušicové v rámci výzkumu bakalářské práce na téma *Elektivní mutismus u osob ve vztahu k možným obranným mechanismům a copingovým strategiím* na Pedagogické fakultě, katedře Speciálněpedagogických studií na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Datum: 15. 8. 2023

Podpis: [REDACTED]

Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Žitovo nám. 5 | 779 00 Olomouc | +420 585 635 099 | +420 585 635 088
www.pdf.upol.cz

4. Příloha č.4 - Informovaný souhlas matky participantky s účastí ve výzkumném šetření:

Příjmení matky participantky je začerněno z důvodu anonymizace osobních údajů.

The document is a form for informed consent. At the top left is the logo of the Faculty of Education (Pedagogická fakulta) of Palacký University in Olomouc. The title of the form is "Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření". The recipient is addressed as "Vážená paní" followed by a redacted name. The text explains that the respondent is being asked for consent to participate in a research project on "Elective mutism in individuals in relation to possible defensive mechanisms and coping strategies". The purpose is to conduct an interview to gather data for a thesis. The data will be anonymized and used only for scientific purposes. The respondent is asked to sign the form to indicate consent. The date is handwritten as "5. 1. 2024". The signature area is redacted. At the bottom, contact information for the Faculty of Education is provided.

 Pedagogická fakulta

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření

Vážená paní 

ráda bych Vás požádala o souhlas s účastí, a zpracováním informací ve výzkumném šetření, za účelem výzkumu bakalářské práce na téma *Elektivní mutismus u osob ve vztahu k možným obranným mechanismům a copingovým strategiím*.

Cílem je provést rozhovor, s účelem zjištění potřebných dat ohledně participantky s diagnózou elektivního mutismu. Data budou následně zpracována, anonymně interpretována a použita pouze pro vědecké účely bakalářské práce.

Podpisem souhlasíte s účastí ve výzkumném projektu studentky Alžběty Tušicové v rámci výzkumu bakalářské práce na téma *Elektivní mutismus u osob ve vztahu k možným obranným mechanismům a copingovým strategiím* na Pedagogické fakultě, katedře Speciálněpedagogických studií na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Datum: 5. 1. 2024

Podpis: 

Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Žitkovo nám. 5 | 779 00 Olomouc | +420 585 635 099 | +420 585 635 088
www.pdf.upol.cz