



Názov:

**Komplexný psychologický manažment  
detského a adolescentného pacienta  
so selektívnym mutizmom (F94.0)**  
štandardný diagnostický, preventívny a liečebný postup

Autori:

**Mgr. PhDr. Eva Škorvagová, PhD.  
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.  
PhDr. Mgr. Gabriela Erhardtová, PhD.**

Špecializačný odbor:

**Klinická psychológia**

Odborná pracovná skupina:

**Klinická psychológia pre deti a dospelosť**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

## **Komplexný psychologický manažment detského a adolescentného pacienta so selektívnym mutizmom (F94.0)**

štandardný diagnostický, preventívny a liečebný postup

| <b>Číslo ŠP</b> | <b>Dátum predloženia na Komisii MZ SR pre ŠDTP</b> | <b>Status</b>    | <b>Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR</b> |
|-----------------|--|------------------|--|
| 298             | 24. október 2023                                   | <i>schválené</i> | 15. november 2023  |

## **Autori štandardného postupu**

### **Autorský kolektív:**

Mgr. PhDr. Eva Škorvagová, PhD.; doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; PhDr. Mgr. Gabriela Erhardtová, PhD.

### **Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu**

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM

### **Recenzenti**

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** MUDr. Ingrid Dúbravová; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

### **Technická a administratívna podpora**

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek, MBA, MPH; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ludmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Martina Šimonovičová

**Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

behaviorálne metódy, diagnostika, kognitívne metódy, mutizmus, psychoterapia, selektívny mutizmus

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>APA</b>               | American Psychiatric Association  |
| <b>AR</b>                | Aritmetický priemer   |
| <b>DSM III</b>           | Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch Americkej psychiatrickej spoločnosti   |
| <b>DSM-5<sup>©</sup></b> | Diagnostický a štatistický manuál duševných chorôb, V. edícia/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition |
| <b>IQ</b>                | Inteligentný kvocient/Intelligence Quotient   |
| <b>MKCH-10</b>           | Medzinárodná klasifikácia chorôb/International Classification of Disease  |
| <b>N</b>                 | Počet participantov   |
| <b>ORL</b>               | Otorinolaryngologická ambulancia  |
| <b>SSRI</b>              | Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu  |

## Kompetencie

Diagnostika a terapia selektívneho mutizmu si vyžaduje medziodborovú spoluprácu, a to: **klinického logopéda, liečebného pedagóga, klinického psychológa, detského psychiatra a psychiatra.**

Pohľad klinického logopéda v interdisciplinárnej spolupráci zohráva dôležitú úlohu v procese hodnotenia komunikácie v oblasti percepcie a produkcie reči a jej používania v rôznych sociálnych kontextoch. Klinickí logopédi sa aktívne podieľajú na diferenciálnej diagnostike dieťaťa najmä v zmysle posúdenia symptómov selektívneho mutizmu od symptómov ďalších diagnóz z oblasti narušenej komunikačnej schopnosti. Tréningom komunikačných zručností znižujú dopad na sociálnu oblasť. V oblasti rozvoja komunikačných spôsobilostí poskytujú poradenstvo a edukáciu aj pre rodinných príslušníkov aj odborníkov (Moškurjaková, 2021).

Liečebný pedagóg môže byť kvalitným členom interdisciplinárneho tímu, v oblasti celkovej podpory kvality života pacienta a podpory jeho ekosystému (rodina, škola, sociálne fungovanie pacienta) v kontexte liečebnopedagogickej intervencie.

Nakoľko selektívny mutizmus nie je logopedickou diagnózou je nevyhnutnou súčasťou starostlivosti o pacienta multidisciplinárny tím. Pedopsychiater, prípadne psychiater v závislosti od veku pacienta s klinickým psychológom sa venujú liečbe komorbidných úzkostných porúch (Moškurjaková, 2021).

## Úvod

Mutizmus (z latinského slova mutus, znamená nemý) Hartmann, Lange (2008) definujú ako mlčanie po ukončení rečového vývinu, pri existujúcej schopnosti rozprávania a reči, je to stav situačnej neschopnosti alebo neochoty hovoriť. Podľa Moškurjakovej (2021) je v terminologickom vymedzení selektívny mutizmus narušená komunikačná schopnosť

zaradená do kategórie mutizmu. Mutizmus je syntetizujúci termín, ktorý zahŕňa všetky prípady náhlej straty artikulovanej reči. Pre úplnú stratu reči a hlasu sa používa termín totálny mutizmus. Pre výberové mlčanie prítomné v určitom prostredí, určitej situácii a v styku s konkrétnou osobou (osobami) sa používa termín selektívny mutizmus (prípadne elektívny, v závislosti podľa výberu klasifikačného systému, krajiny) (Moškurjaková, 2021). Dieťa so selektívnym mutizmom môže rozprávať, ale vyznačuje sa neustálym nedostatkom reči v dôležitých sociálnych situáciách (Americká psychiatrická asociácia, 2000) (napr. v materskej škole, v škole), zatiaľ čo v iných situáciách (napr. doma) dokáže hovoriť voľne (Lang, Nir, Gothelf et al., 2016). Chápe sa ako porucha sociálnej adaptácie, porucha sociálnych vzťahov, nejde o primárne postihnutie reči, ale o poruchu jej používania (Konečný, Bouchal, 1966; Vágnerová, 2005; Perczel Forintos, Mórotz, 2006). Súhlasne s Hartmannom, Langeom (2008) Brigham, Cole (1997), Bremsová (2018), Vágnerová (2014), Dvořák (2001) píšú, že mutizmus je prejavom zábrany hovoriť, i keď jednotlivец hovoriť vie, z určitého dôvodu, obyčajne dočasne, komunikovať nedokáže, nejde o postihnutie rozvoja jazyka a reči, ale o poruchu ich používania. Matějček (1991), Matějček (2011) uvádza, že ide tiež o poruchu oznamovacieho procesu v zmysle onemenia (stratu reči, útlm rečovej funkcie) v dôsledku neurotických zábran u dieťaťa, ktoré hovoriť vie a žiadnou skutočnou poruchou reči netrpí. Na základe uvedeného poznania preto taktiež nie je mutizmus radený v medzinárodnej systematike chorôb k poruchám reči, ale k poruchám sociálneho fungovania so začiatkom špecifickým pre detstvo a dospievanie (MKCH-10). Jeho vznik je emocionálne podmienený selektívnymi zábrami používať reč (Vágnerová, 2012) a jeho začiatok možno zvyčajne datovať do obdobia medzi 3. až 8. rokom života dieťaťa (Perczel Forintos, Mórotz, 2006) a najčastejšie medzi 2,5. a 4. rokom (Lang, Nir, Gothelf et al., 2016; Garcia, Freeman, Francis et al., 2004) a koniec do 14. roku života (Malá, 2000). Hoci býva začiatok poruchy väčšinou v čase pred piatym rokom veku, môže byť klinikom zaznamenaný až na začiatku školskej dochádzky.

Niekedy dieťa s mutizmom môže komunikovať neverbálne, napr. gestikulovaním, kývaním, otáčaním hlavy (DSM III, 1989). Fylogeneticky staršie komunikačné kompetencie sú ovládané inými oblasťami mozgu a sú pravdepodobne i menej zraniteľné (Vágnerová, 2005). V situácii subjektívnej záťaže sa stráca schopnosť verbálnej komunikácie a aspoň čiastočne sa udržuje fylogeneticky oveľa staršia neverbálna komunikácia, napr. už uvedená gestikulácia (Vágnerová, 1999). Dieťa obyčajne odmieta hovoriť iba s niekým, najčastejšie s cudzími ľuďmi, v určitom prostredí. V prostredí, ktoré pozná rozpráva bez väčších problémov (Vágnerová, 2012) a môže byť až zhovorčivé (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009). Ťažkosti sa najčastejšie objavujú pri nástupe do materskej školy alebo základnej školy (eventuálne po určitej stresovej situácii v škole: kritika učiteľa, výsmech od spolužiakov alebo skúsenosti opakovaných neúspechov) a postupne sa generalizuje i do podobných situácií, pričom dieťa, ktoré nehovorí, môže pôsobiť nepríjemne, môže vyvolávať bezmocnosť a neistotu, ako sa k nemu správať (Vágnerová, 2012; Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009).

Majerechová (2013) píše, že dieťa s mutizmom je nezriedka opisované ako extrémne plaché a úzkostné (Andersson, Thomsen, 1998; Hesselman, 1983; Kolvin, Fundudis, 1981; Wilkins, 1985), často sa vyhýba očnému kontaktu, zvykne ustrnúť, ak na neho niekto prehovorí a cíti sociálne zahanbenie (Black, Uhde, 1995; Dummit, Klein, Tancer et al., 1997; Ford, Sladeczek, Carlson et al., 1998; Hesselman, 1983). Z uvedeného poznania je zrejmé, že mutistickú reakciu

niekedy môže vyvolať traumatický zážitok (Vágnerová, 2014), čo podporuje i vyjadrenie Kaplana, Sadocka, Grebba (1994), ktorí v zhode s Vágnerovou (2014) píšú, že mutizmus vzniká v následnosti na závažnejšiu emocionálnu alebo telesnú traumu a označuje sa tiež ako traumatický mutizmus. Takisto Andersson, Thomsen (1998) píšú, že traumatický zážitok v priebehu vývinu reči bol prítomný u tretiny klinickej vzorky ( $n = 37$  detí so selektívnym mutizmom s priemerným vekom  $AR = 9,43$  rokov). Podľa Pečeňáka (2002) sa mutizmus považuje primárne za psychogénne podmienenú poruchu a môže sa interpretovať ako maladaptívny obranný mechanizmus, ktorý je reakciou na akútny psychotraumatizujúci podnet alebo chronickú frustráciu, keď sa neuspokojujú základné psychické potreby dieťaťa, ako je potreba bezpečia saturovaná rodičmi a inými jednotlivcami poskytujúcimi dieťaťu stálu starostlivosť. Potreba vyváženého množstva podnetov pre kognitívny a emocionálny vývin, potreba osamostatnenia sa od rodičov a socializácie v skupine rovesníkov, potreba blízkeho, bezpečného vzťahu, v ktorom dieťa cíti, že je milované, potreba mať možnosť bezpečne vyjadrovať svoje potreby a emócie a nenaplňovať na prvom mieste potreby iných, potreba akceptácie svojej autonómie, kompetencie, vlastnej identity a zároveň nadobudnutie vnímania spolupatričnosti, potreba mať možnosť byť spontánny, hravý bez strachu z chýb a zlyhania a potreba stanovených realistických hraníc, limitov a kontroly (Šlepecký, Praško, Možný et al., 2018). Ako ďalšie príčiny vyvolávajúce vznik mutizmu sa uvádzajú telesné tresty, prejavy agresívneho správania, priama verbálna a telesná agresia medzi rodičmi, či výsmech a ponižovanie zo strany dospelých jednotlivcov (rodičov, učiteľov a pod.) a rovesníkov (Pečeňák, 2002). Tichá (2016) v zhode s Hartmannom, Langeom (2008) opisuje dva základné faktory, ktoré sú príčinou mutizmu, a to psychologické a organické. Psychologické príčinné faktory vysvetľujú mlčanie ako neurotickú stratégiu zvládania existujúceho psychického problému alebo konfliktu. Mutizmus môže vzniknúť ako reakcia na traumatizujúci zážitok, ako strach zo straty, ako pomsta, ako sociálna fóbia, mutizmus ako následok zvýšenej psychickej senzitivity voči vlastnému výkonu, ako následok extrémne vystupňovaných obáv zo zlyhania v kontakte s určitou osobou alebo situáciou, ako tendencia vnímať situácie ako stresujúce s nemožnosťou identifikovať a uplatňovať copingové stratégie, mutizmus ako reakcia na pozitívne konzekventy mlčania, ako snaha napodobňovať reakcie druhých a mutizmus spôsobený socioekonomickými faktormi (Tichá, 2016). Organické príčinné faktory pôsobia v spojení mutizmu s vývinovými poruchami, s psychózou, s genetickými dispozíciami k uzavretosti a sociálnej izolácii (Tichá, 2016). Pre klinickú orientáciu Pečeňák (2002), Tichá (2016) zhrňajú etiopatogenetické faktory do troch skupín, pričom je zdôraznené, že hranice medzi jednotlivými okruhmi sú neostré:

1. faktory, o ktorých sa uvažuje, že mutistické prejavy bezprostredne vyvolali (akútna psychotraumatizácia):
  - a. najčastejším faktorom je začiatok školskej dochádzky,
  - b. iný psychotraumatizujúci spúšťač (napr. zmena prostredia, sťahovanie, imigrácia, hospitalizácia, konflikt medzi rodičmi, výsmech zo strany spolužiakov), pritom Remschmidt, Poller (2001) zistili vysoký výskyt rodinných konfliktov, pričom patologické psychosociálne podmienky sa zistili v 42 % rodín detí so selektívnym mutizmom a 7 % rodín žilo v extrémnej sociálnej izolácii, tiež sa preukázalo, že v 47 % prípadov sa vyskytovali ťažkosti počas tehotenstva, pôrodu alebo po pôrode,

2. predispozičné faktory, ktoré spôsobili, že sa mutistické prejavy objavili u konkrétneho dieťaťa:
  - a. faktory, ktoré ovplyvňujú celkovú funkčnosť dieťaťa, jeho schopnosť včleniť sa do skupiny rovesníkov a adaptovať sa na zmeny,
  - b. rodinné faktory súvisia s rodinnou atmosférou, komunikačnými spôsobilosťami a stratégiami, ktoré používajú rodičia a výchovný štýl (napr. hyperprotektívna výchova spojená so separačnou anxiozitou, ľahostajní otcovia, závažné konflikty medzi rodičmi, súrodenecká rivalita),
  - c. osobnostné rysy (spoločenská citlivosť a nevšímavosť, anxiózne dieťa, emócia viny, strach z neschopnosti, opozičné správanie, úsilie o manipuláciu s okolím),
  - d. chronické stresové faktory sú vnímané ako konštantne negatívne pôsobiace faktory sociálneho prostredia dieťaťa so selektívnym mutizmom (nadmerne prísni učitelia, strach zo zlyhania, strach z trestu, z výsmechu a agresivity spolužiakov),
3. udržiavacie faktory:
  - a. reakcia okolia na mutizmus (výsmech, sociálna izolácia, nátlak na dieťa, aby hovorilo),
  - b. pretrvávajúce vplyvy uvedených vyššie.

Z etiologického hľadiska riziko vzniku mutizmu zvyšujú určité osobnostné vlastnosti, ktoré môžu byť geneticky podmienené, napr. zvýšená úzkostlivosť, hanblivosť, v 5 % sociálna úzkosť (Chansky, 2004), odťažitosť, ťažkosti v separácii, sklon k opozičnému konaniu, negativistické tendencie (Sovák, 1978; Vágnerová, 2012) a faktory rodinné (často hyperprotektivita rodičov) (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009). Mutizmus sa nezriedka prejavuje v spojení s úzkostnou poruchou (Vágnerová, 2012; Vágnerová, 2014), s generalizovanou úzkostnou poruchou alebo s depresiou (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009). Mutizmus postihuje približne 0,3 % až 0,8 % z 1 000 detí detskej populácie (Vágnerová, 2005), pričom niektoré štúdie (Cunningham, McHolm, Boyle et al., 2004; Dummit, Klein, Tancer et al., 1997; Kumpulainen, Räsänen, Raaska et al., 1998; Steinhausen, Juzi, 1996; Pečeňák, 2002) hovoria, že sa častejšie vyskytuje pri dievčatách než pri chlapcoch, ale rozdiel nie je významný (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Oerbeck, Johansen, Lundahl et al., 2011). Porucha môže mať vývinový charakter, kedy dieťa vykazovalo v období batolaťa zvýšený strach z cudzích ľudí, než je obvyčajne a nikdy s ľuďmi, ktoré nepozná nehovorilo. Pri deťoch predškolského veku nie je mutizmus vzácnosťou (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann et al., 2001), zároveň je často odbornou verejnosťou vnímaný ako porucha, obzvlášť rezistentná intervencii (Standart, Le Couteur, 2003). Postihuje najčastejšie úzkostné, precitlivené deti a je obvyčajne viazaný na situácie spoločensky náročné a osoby, ku ktorým má dieťa citový odstup. Takýto mutizmus sa označuje ako selektívny (elektívny, výberový mutizmus, pričom používanie pojmu selektívny a elektívny mutizmus je nejednoznačné, závisí od zvoleného klasifikačného systému chorôb) (Matějček, 1991; Matějček, 2011) a jeho opis prezentujeme ďalej v texte. Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch Americkej psychiatrickej spoločnosti 3. revízie (1989) zdôrazňuje situačný charakter mutizmu, ako aj chápanie mutizmu ako poruchy, pri ktorej deti neodmietajú rozprávať svojhlavo. Selektívny mutizmus potom definuje ako pretrvávajúcu neschopnosť rozprávania, resp. reči v špecifických sociálnych situáciách, kde sa rozprávanie očakáva, zatiaľ čo sú deti schopné rozprávania v iných situáciách a sú schopné porozumieť reči. Selektívny mutizmus sa v MKCH-10 radí

do kapitoly F94.0. Charakterizuje ho výrazná emocionálne determinovaná výberovosť v hovorení, takže dieťa v niektorých situáciách ukazuje rečovú schopnosť, ale v iných (definovateľných) odmieta rozprávať. Hoci by sa z názvu „selektívny“ dalo usúdiť, že mlčiaci sám rozhoduje, s kým sa bude, resp. nebude rozprávať, spravidla tomu tak nie je. O tom, v akej situácii dieťa rozprávať bude, nerozhoduje ono, ale situácia samotná (Hartmann, Lange, 2008). Porucha sa ďalej spája s normálnym alebo skoro normálnym chápaním jazyka, schopnosťou rečového vyjadrovania, ktorá je dostačujúca pre sociálnu komunikáciu, s dôkazom o tom, že dieťa môže rozprávať a rozpráva v niektorých situáciách normálne alebo takmer normálne a prejavy sú prítomné najmenej po dobu jedného mesiaca, pričom sa časový údaj neviaže na prvý mesiac školskej dochádzky. V závažnejších prípadoch v komunikačných situáciách môže chýbať aj metakomunikácia (mimika, gesto, písomná komunikácia) (Perczel Forintos, Mórutz, 2006).

Selektívny mutizmus nezahŕňa:

- pervazívne vývinové poruchy (F84.-),
- schizofréniu (F20.-),
- špecifické vývinové poruchy reči a jazyka (F80.-),
- prechodný mutizmus, ktorý je súčasťou strachu z odlúčenia u malých detí (F93.0) (MKCH-10).

Hayden (1980) píše o štyroch subtypoch selektívneho mutizmu, ktoré vychádzajú z psychodynamických faktorov a behaviorálnych prejavov:

1. *symbiotická forma*: podskupina podmienená rodinnými vzťahmi (matka, ktorá žiarlivo reaguje na vzťahy dieťaťa s inými jednotlivcami, málovravný, pasívny otec, dieťa javiace sa ako submisívne, ktoré je vďaka svojim prejavom v rámci rodinnej dynamiky výrazne manipulatívne),
2. *pasívno-agresívna forma*: mlčanie dieťaťa je prostriedkom na vyjadrenie vzdoru a hostility, vyskytujú sa aj prejavy agresie,
3. *reaktívna forma* spájajúca sa s prejavmi depresie,
4. *forma spojená s logofóbiou* sprevádzaná strachom z vlastného hlasu.

Zvláštnosťou selektívneho mutizmu je, že v približnej miere postihuje chlapcov i dievčatá a zriedka pretrváva dlhšie než do deviatich rokov (Matějček, 1991). Kutáľková (1996) podľa pozorovateľných prejavov selektívneho mutizmu v podmienkach predškolského zariadenia identifikovala dve jeho podoby. Ľahšia forma sa prejavuje tým, že dieťa v sociálnej situácii verbálne nekomunikuje, ale neverbálna komunikácia je zachovaná. Dieťa plní požiadavky kladené inými jednotlivcami, prijíma dotyk v podobe pohladenia či ponúknutej ruky. Jeho správanie je primerané jeho veku, avšak verbálne nekomunikuje. Ťažšia forma integruje kŕčovité držanie tela pri sedení na stoličke s neurčitým výrazom tváre a zjavne identifikovateľným strachom a svalovým napätím. Dieťa vôbec nereaguje na predložený hrový materiál a ani sociálne apely, či prizvanie do sociálnej interakcie. Strach a napätie sa stupňuje pri iniciovaní dotyku či pri zdieľaní blízkosti. Dieťa nekomunikuje ani neverbálne.

Zriedkavejšie ako selektívny mutizmus sa vyskytuje totálny mutizmus (progresívny, špecifický mutizmus), ktorý sa vyznačuje úplnou neschopnosťou komunikácie, kedy dieťa nerozpráva

ani v rodine, ani mimo nej (Matějček, 2011), pričom dôležitým symptómom je nápadné úsilie o nadviazanie komunikácie dieťaťa inými spôsobmi (napr. gestami, písaním). Dieťa chce rozprávať nehanbí sa, ale i napriek neprítomnosti strachu nemôže prehovoriť (Dvořák, 2001).

Spoločným znakom oboch foriem mutizmu je dôsledné mlčanie jednotlivca, ale rozdiely spočívajú v šírke situácií, v ktorých jednotlivec zachováva mlčanie (Tichá, 2016). Totálny mutizmus sa môže vyvinúť buď postupne, ako následok selektívneho mutizmu začínajúceho v detstve, alebo môže vzniknúť náhle, po prežití nejakej psychickej traumy, alebo sa objavuje ako symptóm v rámci nejakej psychiatrickej choroby (ako napr. katatónna forma schizofrénie, endogénna depresia) (Matějček, 1991; Hartmann, Lange, 2008). Sociálne dôsledky (sociálny ústup, izolácia) totálneho mutizmu sú závažné a až ďalší vývin ukáže, v akom rozsahu sa komunikačná schopnosť obnoví, pričom sa môže vyvinúť do obrazu selektívneho mutizmu, môže nastať úplná náprava komunikačnej schopnosti alebo mutizmus zostane významným, ale nie vedúcim symptómom a do popredia vystúpi napr. depresívna symptomatika (Pečeňák, 2002). Tiež existuje silný empirický dôkaz o tom, že ide o úzkostnú poruchu (Hartmann, Lange, 2008). Takmer všetky deti so selektívnym mutizmom spĺňajú taktiež diagnostické kritériá pre sociálnu fóbiu (65 až 100 %) (Vecchio, Kearney, 2009; Cohan, Chavira, Stein, 2006) a asi polovica z nich taktiež spĺňa kritériá pre ďalšie úzkostné poruchy (Black, Uhde, 1992; Carbone, Schmidt, Cunningham, 2010; Ford, Vecchio, Kearney et al., 1998; in: Carbone, Schmidt, Cunningham et al., 2010) ako je sociálna úzkostná porucha (65 až 100 %), separačná úzkostná porucha (17 až 32 %), špecifické fóbie (30 až 50 %), poruchy komunikačnej anamnézy (50 %) a poruchy eliminácie (16 až 29 %) (Arie, Henkin, Lamy et al., 2007; Kristensen, 2000; Kristensen, Torgersen, 2001). Kristensen (2002) zistila oneskorenie psychomotorického vývinu u 69 % detí so selektívnym mutizmom a viacero autorov (Andersson, Thomsen, 1998; Kolvin, Fundudis, 1981; Kristensen, 2000; Steinhausen, Juzi, 1996) uvádza aj zvýšený výskyt porúch reči a oneskorenie vo vývine reči. Andersson, Thomsen (1998) v štúdií, v ktorej skúmali sociodemografické a klinické aspekty detí (37 detí, priemerný vek 9,43 rokov) odoslaných do psychiatrickej liečebne so selektívnym mutizmom zistili, že 50 % detí malo ťažkosti s rečou a vo výskume Remschmidta, Pollera (2001) boli oneskorený vývin reči a poruchy reči diagnostikované v 33 % prípadoch, pričom v 18 % prípadov išlo o vážne rečové poruchy. Miera komorbidity selektívneho mutizmu s externalizujúcimi poruchami, ako sú opozičné poruchy, je oveľa nižšia (6 až 10 %) ako miera komorbidity s úzkostnými poruchami (Manassis, Tannock, Garland et al., 2007). Zdá sa teda, že selektívny mutizmus je častejšie spájaný s úzkostným spektrom.

## **Psychologické vysvetlenie selektívneho mutizmu**

Selektívny mutizmus je primárne psychogénne podmienená porucha a vo všeobecnej rovine ho možno interpretovať ako maladaptívny obranný mechanizmus, ktorý je reakciou na akútny psychotraumatizujúci podnet alebo chronickú frustráciu, kedy nie sú uspokojené základné psychické potreby dieťaťa (Pečeňák, 2003; in: Lechta, Mikulajová, Kerekrétiová et al., 2003). Selektívny mutizmus sa spája s úzkosťou a behaviorálne inhibovaným temperamentom (u dieťaťa sa prejavuje strach, vyhýbanie sa alebo až stiahnutie sa od nových ľudí, situácií či objektov). Selektívny mutizmus je v tomto poňatí spájaný s ranou manifestáciou sociálnej fóbie. Carbone, Schmidt, Cunningham et al. (2010) zisťovali rozdiely v behaviorálnom a sociálno-emocionálnom fungovaní medzi skupinou detí so selektívnym mutizmom, skupinou



detí so zmiešanou úzkostnou poruchou a medzi kontrolnou skupinou. Zhodne so zisteniami Cunningham, McHolm, Boyle (2006), deti so selektívnym mutizmom dosahovali signifikantne nižšiu úroveň verbálnych sociálnych spôsobilostí v porovnaní so zvyšnými dvoma skupinami a signifikantne sa nelíšili od skupiny detí so zmiešanou úzkostnou poruchou vo viacerých sociálnych spôsobilostiach (ako napr. sociálna spolupráca, sociálna asertivita či sebakontrola) ani v miere úzkosti (konkrétne napr. v miere separačnej úzkosti, miere vyhýbania sa škole). Zistenia tak podporujú koncept chápania selektívneho mutizmu ako úzkostnej poruchy, s primárnymi deficitmi v sociálnom fungovaní a zvýšenou mierou sociálnej úzkosti. Cieľom štúdie Cunningham, McHolm, Boyle (2006) bolo porovnať úroveň sociálnej fobie, úzkosti, opozičného správania, sociálnych spôsobilostí a sebapoňatia v troch skupinách detí. Prvú skupinu tvorilo 28 detí so špecifickým mutizmom (deti, ktoré sa nerozprávali so svojimi učiteľmi, ale komunikovali s rodičmi a rovesníkmi doma a v škole), druhú skupinu 30 detí s generalizovaným mutizmom (ktorých rozprávanie bolo obmedzené len na ich domov) a tretiu skupinu tvorila kontrolná skupina detí. Deti s generalizovaným mutizmom dosahovali v porovnaní so zvyšnými dvoma skupinami vyššiu úroveň úzkosti v škole, vyššiu úroveň separačnej úzkosti a vykazovali taktiež viac symptómov obsedantno-kompulzívnej poruchy ako i depresie. Rodičia a učitelia detí so špecifickým i generalizovaným mutizmom uvádzali vyššie skóre sociálnej fobie a úzkosti v porovnaní s kontrolnou skupinou a deti so špecifickým a generalizovaným mutizmom mali taktiež väčšie deficity vo verbálnych i neverbálnych sociálnych spôsobilostiach v porovnaní s deťmi z kontrolnej skupiny. Rozdiely v úrovni neverbálnej sociálnej kooperácie a v úrovni riešenia konfliktov medzi jednotlivými skupinami však neboli signifikantné, a taktiež autori nenašli žiadny dôkaz preto, že by bol selektívny mutizmus spojený s vyššou úrovňou externalizácie problémov, či už v podobe opozičného správania alebo hyperkinetických porúch. K podobným výsledkom dospeli uvedení autori i v predošlej štúdii (Cunningham, McHolm, Boyle et al., 2004), v ktorej boli deti so selektívnym mutizmom podľa hodnotenia učiteľmi menej opozičné a dosahovali taktiež menej ťažkostí s pozornosťou v škole v porovnaní s kontrolnou skupinou. Učitelia taktiež uvádzali nižšiu úroveň hyperkinetických porúch a poruchy opozičného vzdoru v porovnaní s rodičmi, ktorí uvádzali vyšší výskyt týchto porúch. Tieto výsledky môžu byť podľa autorov dôsledkom toho, že deti so selektívnym mutizmom sa doma správajú impulzívnejšie a verbálne opozičnejšie v porovnaní s prostredím školy, kde sú viac behaviorálne inhibované (Majerechová, 2012). Behaviorálna inhibícia je ďalším dôvodom na označenie selektívneho mutizmu za úzkostnú poruchu. Mutizmus, tak ako aj úzkostné poruchy, sa podľa empirických zistení spája s rovnakým temperamentom, ktorý je charakterizovaný práve touto inhibíciou. Štúdie (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Cohan, Chavira, Stein, 2006) poukázali na podobnosti detí so selektívnym mutizmom s deťmi s behaviorálnou inhibíciou, kedy deti prejavujú strach, vyhýbanie sa alebo až stiahnutie sa od nových ľudí, situácií či objektov. Na podobné závery poukázala aj štúdia Kristensena, Torgersena (2002), ktorá sa zaoberala charakteristikami temperamentu detí so selektívnym mutizmom. Autori zistili, že deti s mutizmom boli v porovnaní s deťmi bez prítomnosti poruchy plachšie (prejavovali väčšiu inhibíciu a neobratnosť v sociálnych situáciách) a menej spoločenské (viac preferovali byť sami ako s inými). K podobným výsledkom dospeli i Steinhausen, Juzi (1996), ktorí zistili, že 85 % detí s mutizmom v ich štúdii prejavovalo vysokú mieru plachosti. Niektorí odborníci (Cohan, Chavira, Stein, 2006) sa domnievajú, že selektívny mutizmus môžeme najlepšie vysvetliť ako symptóm úzkosti, ktorý spôsobuje rôznu mieru vulnerability. Ako posledný fakt,

ktorý svedčí pre chápanie selektívneho mutizmu ako úzkostnej poruchy, je empirický dôkaz o tom, že selektívny mutizmus, ako aj úzkostné poruchy, majú rovnaké psychoterapeutické i farmakoterapeutické postupy (Cohan, Chavira, Stein, 2006; Standart, Le Couteur, 2003).

## **Diagnostika/Postup určenia diagnózy**

Vyšetrovanie dieťaťa s mutizmom je podľa Matějčka (1991) náročné. Nutné je zdôrazniť, že pravdepodobnosť vzniku poruchy nezávisí od inteligencie, i keď častejšie ide o deti v pásme inteligenčných schopností podpriemeru či v pásme inteligenčných schopností nižšieho priemeru (Graham, Turk, Verhulst., 1999; Vágnerová, 2005).

Oporou pre odhad inteligencie sú výsledky v nonverbálnych testoch a spoľahnúť sa môžeme na rodinnú a osobnú anamnézu dieťaťa (Matějček, 2011), pričom na prvé sedenie Pečeňák (2003; in: Lechta, Mikulajová, Kerekrétiová et al., 2003) odporúča pozvať podľa možností oboch rodičov, zatiaľ bez prítomnosti dieťaťa. Rodičov môžeme požiadať, aby priniesli rodinné fotografie, ktoré nám umožnia spoznať dieťa v známom prostredí a konfrontovať jeho prejavy v podmienkach vyšetrenia. Súčasne je vhodné pýtať si aj audio- alebo videozáznamy dieťaťa.

Na dieťa hovoríme s úplnou samozrejmosťou, ale nečakáme na jeho odpoveď. Po položení otázky sa na dieťa vyčkávacou nepozerala, a ak nám neodpovie, odpovieme si sami. Vo vzťahu k dieťaťu a k jeho konaniu v komunikácii reagujeme tak, ako by jeho rozprávanie vôbec nebolo dôležité (Matějček, 2011).

Celkovo osobná a rodinná anamnéza dieťaťa znamená prechod k špecifickej diagnostike mutizmu (Tichá, 2016). Rodinná anamnéza sa sústreďuje na identifikovanie povahových špecifik alebo porúch reči v širšom príbuzenstve s intenciou všimnúť si postavenie dieťaťa v rodine, rodičovské preferencie, osobitosti rodinnej atmosféry, výchovné stratégie rodičov a osobnostné charakteristiky dieťaťa hodnotené rodičmi.

Pozornosť sa zameriava i na výskyt psychiatrickej záťaže v rodine. Kolvin, Fundudis (1981) výskumne preukázali vysoký výskyt depresie u jedného z rodičov. Remschmidt, Poller (2001) vo svojom výskume opisujú, že neprítomnosť akejkoľvek psychopatológie sa dala zistiť u 18 (40 %) zo 45 (100 %) matiek detí so selektívnym mutizmom. Zvyšných 60 % matiek vykazovalo istý druh psychopatológie, od náhlych zmien nálad a narušenia sociálnych kontaktov, po chronickú depresiu, chronické neurotické poruchy či poruchy osobnosti. U otcov (n = 45) detí sa neprítomnosť psychopatológie dala konštatovať u 4 z nich, u 12 otcov boli zistené menej závažné a u 16 závažnejšie psychopatologické ochorenia, ako napr. závislosť od alkoholu či poruchy osobnosti. U 13 otcov bolo prítomné správanie charakterizované uzavretosťou, plachosťou, podráždenosťou alebo agresívnym správaním.

V osobnej anamnéze sa sústreďujeme na získanie informácií o priebehu tehotenstva a pôrode, posúdenie psychomotorického vývinu a vývinu reči s evidovaním času vzniku mutizmu a jeho kontinuitu s psychotraumatizujúcou situáciou (Pečeňák, 2002; Tichá, 2016).

Ponúkame záznamový hárok pre vyšetrenie mutizmu podľa Pečeňáka (2002), ktorý môže byť podnetom pre evidenciu anamnestických údajov.

## ZÁZNAMOVÝ HÁROK

PRE VYŠETRENIE MUTIZMU (Pečeňák, 2002, Škorvagová, 2022)

### A. HODNOTENIE VERBÁLNYCH A NEVERBÁLNYCH PREJAVOV

Ak je to vhodné, použite na hodnotenie verbálnej a neverbálnej komunikácie nižšie uvedené kódovanie. Ak kódovanie prejavy nevystihuje alebo ho treba doplniť, špecifikujte.

#### Verbálna komunikácia – kódovanie:

**VK 0** - bez zmeny predchádzajúcej úrovne

**VK 1** - obmedzená, napr. len jednoslovné odpovede na otázky, šepot

**VK 2** - úplné chýbanie verbálnych prejavov

#### Neverbálna komunikácia – kódovanie:

**NK 0** - dieťa kompenzuje neverbálnou komunikáciou rečový deficit v prostredí, kde nehovorí (komplexné gestá, vyjadrovanie potrieb, vyhľadávanie očného kontaktu)

**NK 1** - obmedzená, napr. prejav súhlasu, nesúhlasu

**NK 2** - prejavy odmietania kontaktu, negativizmus – vyhýbanie sa očnému kontaktu, odvrátenie sa, obranné postoje

#### I. V materskej škole alebo v škole (napr. s dospelými VK 1, NK 0; v prítomnosti detí VK 0, NK 0):

- s dospelými: .....

- s deťmi v prítomnosti dospelých osôb: .....

- s deťmi bez prítomnosti dospelých osôb: .....

Špecifikujte, ak sú prejavy rozdielne v závislosti od vyučujúceho, predmetu atď.: .....

Iné pozorovanie: .....

#### II. V rodinnom prostredí: .....

(Špecifikujte, ak sú prítomné rozdiely vo verbálnej komunikácii v prítomnosti jednotlivých členov domácnosti, napr. matka – VK 0, NK 0; otec – VK 2, NK 1)

- v prítomnosti príbuzných: .....

- v prítomnosti neznámych osôb (napr. návšteva, obchod): .....

Iné pozorovanie: .....

#### III. Pri klinickom vyšetrení:

- v prítomnosti rodiča/rodičov: .....

- bez prítomnosti rodičov: .....

Iné pozorovanie: .....

### B. VZNIK A VÝVIN PREJAVOV MUTIZMU

I. vek pri objavení sa mutistických prejavov: .....

II. trvanie: .....

III. doterajší priebeh (stabilizovaný stav, zlepšovanie, zhoršovanie, premenlivosť prejavov, iné): .....

IV. identifikovateľná psychotraumatizujúca okolnosť súvisiaca so vznikom prejavov: nie

áno: .....

### C. OSOBNOSTNÉ RYSY

(napr. utiahnutosť, submisívnosť, nedisciplinovanosť, opozičné správanie, dominantnosť, agresivita)

Iné (napr. rozdiel v prejavoch doma a v škole, vo vzťahu k dospelým a rovesníkom): .....

### D. ZMENA FUNKČNOSTI ZAPRÍČINENÁ MUTIZMOM

(narušenie bežného chodu domácnosti, klasifikácia v škole, opakovanie ročníka, problémy s disciplínou, vynucovanie si odmiern, úľav, začlenenie v skupinách rovesníkov): .....

### E. RODINNÉ PROSTREDIE, VÝCHOVNÉ PRÍSTUPY

I. celkové hodnotenie rodinnej atmosféry:

- harmonické

- konfliktové (špecifikovať): .....

II. prevládajúci výchovný štýl (štýly pri nejednotnom výchovnom prístupe): .....

### F. PRIDRUŽENÉ PORUCHY

I. rizikové faktory vzbudzujúce podozrenie na organické postihnutie CNS: .....

II. poruchy reči, špecifické vývinové poruchy: .....

III. mentálne postihnutie (IQ): .....

IV. ďalšie diagnózy: .....

### G. DOTERAJŠIE VYŠETRENIA A TERAPIA

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

### H. NÁVRH DOPLŇUJÚCICH VYŠETRENÍ

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

**ZÁVER:** selektívny mutizmus

iný typ mutistických prejavov:

Dátum:

Podpis:

Podstatou diagnostiky mutizmu sú kritériá, vychádzajúce z MKCH-10 a DSM III (1989). Pri stanovení správnej diagnózy je nevyhnutná spolupráca viacerých odborníkov: klinický psychológ, klinický logopéd, liečebný pedagóg, pedopsychiater a podľa potreby ďalší špecialisti, ako napr. detský neurológ. Popri podrobnej psychologicknej diagnostike by sme nemali vynechať ani diagnostiku reči logopédom. Popri mlčaní sú totiž časté i rečové nápadnosti, ako napr. poruchy artikulácie, dysgramatizmy, redukcia aktívnej a pasívnej slovnej zásoby, zajakávanie či poruchy hlasu (Hartmann, Lange, 2008), čo podporuje i výskum Hadleya (1994), ktorý zistil, že v skupine detí so selektívnym mutizmom má 38 – 71 % detí iné formy narušenej komunikačnej schopnosti, predovšetkým dysláliu, zajakavosť, poruchy hlasu, nedostatočnú aktívnu a pasívnu slovnú zásobu. Taktiež sa odporúča i neurologické vyšetrenie so zámerom vylúčenia organického poškodenia mozgu a ORL vyšetrenie pre vylúčenie poruchy sluchu (Hartmann, Lange, 2008).


Základnými parametrami pre stanovenie diagnózy sú kritéria podľa MKCH-10 a DSM-5<sup>©</sup> (2015) (Tabuľka č. 1, Tabuľka č. 2, Obrázok č. 1, Tabuľka č. 3, Tabuľka č. 4):

- veku primerané, alebo takmer veku primerané porozumenie reči,
- schopnosť verbálnej komunikácie je zachovaná a pre sociálny kontakt je dostačujúca,
- výrazný rozdiel v používaní verbálnej komunikácie v rôznych sociálnych situáciách,
- pretrvávanie mlčania v náročnejších situáciách, ktoré je dlhšie ako mesiac.

**Tabuľka č. 1**

|  <b>Kritéria podľa DSM-5<sup>®</sup> (2015)</b>   |  |  |
|--|--|--|
| <b>Diagnostické kritéria</b>   | <b>Diagnostické znaky</b>  | <b>Pridružené znaky podporujúce diagnózu</b>   |
| A. Stála neschopnosť hovoriť v špecifických sociálnych situáciách, v ktorých sa očakáva, že jednotlivec bude hovoriť, aj keď v iných situáciách hovoriť dokáže.  | Deti so selektívnym mutizmom sa pri sociálnej interakcii stretávajú s ostatnými, ale nezahajujú rozhovor, alebo pri rozhovore s druhými nereagujú priamo.  | Nadmerná hanblivosť, strach jednotlivca, že sa spoločensky znemožní, sociálna izolácia a stiahnutie sa, citová závislosť, nutkavé rysy, negativizmus, výbuchy hnevu, mierne opozičné správanie.  |
| B. Porucha narušuje školské, alebo pracovné výsledky či sociálnu komunikáciu.  | Absencia reči sa vyskytuje v sociálnej interakcii s deťmi alebo dospelými.   | Hoci deti so selektívnym mutizmom bežne disponujú normálnymi jazykovými schopnosťami, môže sa u nich niekedy objaviť pridružená porucha komunikácie, hoci sa nezistila žiadna konkrétna súvislosť so špecifickými poruchami komunikácie. |
| C. Porucha trvá aspoň jeden mesiac (nejde pritom o prvý mesiac školskej dochádzky).  | Deti so selektívnym mutizmom doma hovoria v prítomnosti najbližších členov rodiny, ale často nehovoria ani pred príbuznými ako sú starí rodičia, bratrance a sesternice a ani pred blízkymi kamarátmi.   | Prítomná môže byť i úzkosť.  |
| D. Neschopnosť hovoriť sa nedá pripísať nedostatku schopnosti alebo pohotovosti v hovorenom prejave, ktorý je požadovaný v sociálnych situáciách.  | Porucha sa často vyznačuje vysokou sociálnou úzkosťou.   | V klinických vzorkách majú deti so selektívnym mutizmom takmer vždy nejakú inú úzkostnú poruchu, najčastejšie sociálnu úzkostnú poruchu (sociálnu fóbiu).  |
| E. Porucha sa nedá vysvetliť poruchou komunikácie (napr. porucha plynulosti reči so začiatkom v detstve) a nevyskytuje sa u jednotlivca s poruchou autistického spektra, schizofréniou, alebo inou psychotickou poruchou.  | Deti so selektívnym mutizmom často nehovoria v škole, čo vedie k školskému neúspechu, pretože je ťažko hodnotiť výkony ako napr. v čítaní.<br>Deti so selektívnym mutizmom niekedy komunikujú neverbálne (napr. hmkaním, ukazovaním, písaním) a môžu sa snažiť zapojiť do sociálnych aktivít, pri ktorých sa nevyžaduje rozprávanie. |  |
| <b>Prevalencia</b>   |  |  |
| <p>Selektívny mutizmus je relatívne zriedkavá porucha a v epidemiologických štúdiách výskytu detských onemocnení nie je zahrnutý ako diagnostická kategória. Prevalencia v rôznych klinických alebo školských populáciách sa pohybuje od 0,03 do 1 % v závislosti od prostredia (napr. klinická vs. školská vs. všeobecná populácia) a veku jednotlivcov v súbore. Nezdá sa, že by sa prevalencia poruchy líšila podľa pohlavia alebo rasy/etnicity. Porucha sa častejšie prejavuje v ranom detstve ako v dospievaní alebo dospelosti.</p> |  |  |
| <b>Proces vývinu</b>   |  |  |
| <p>Selektívny mutizmus sa zvyčajne začína pred piatym rokom života, ale táto porucha si môže vyžadovať klinickú starostlivosť až po nástupe do školy, kde sa zvyšuje sociálna interakcia a úlohy, ako je napr. hlasné čítanie. Trvanie poruchy je rôzne. Hoci klinické štúdie naznačujú, že mnohí jednotlivci z poruchy „vyrastú“, dlhodobý priebeh poruchy nie je známy. V niektorých prípadoch, najmä u jednotlivcov so sociálnou úzkostnou poruchou, môže selektívny mutizmus vymiznúť, ale príznaky sociálnej úzkosti pretrvávajú.</p> |  |  |

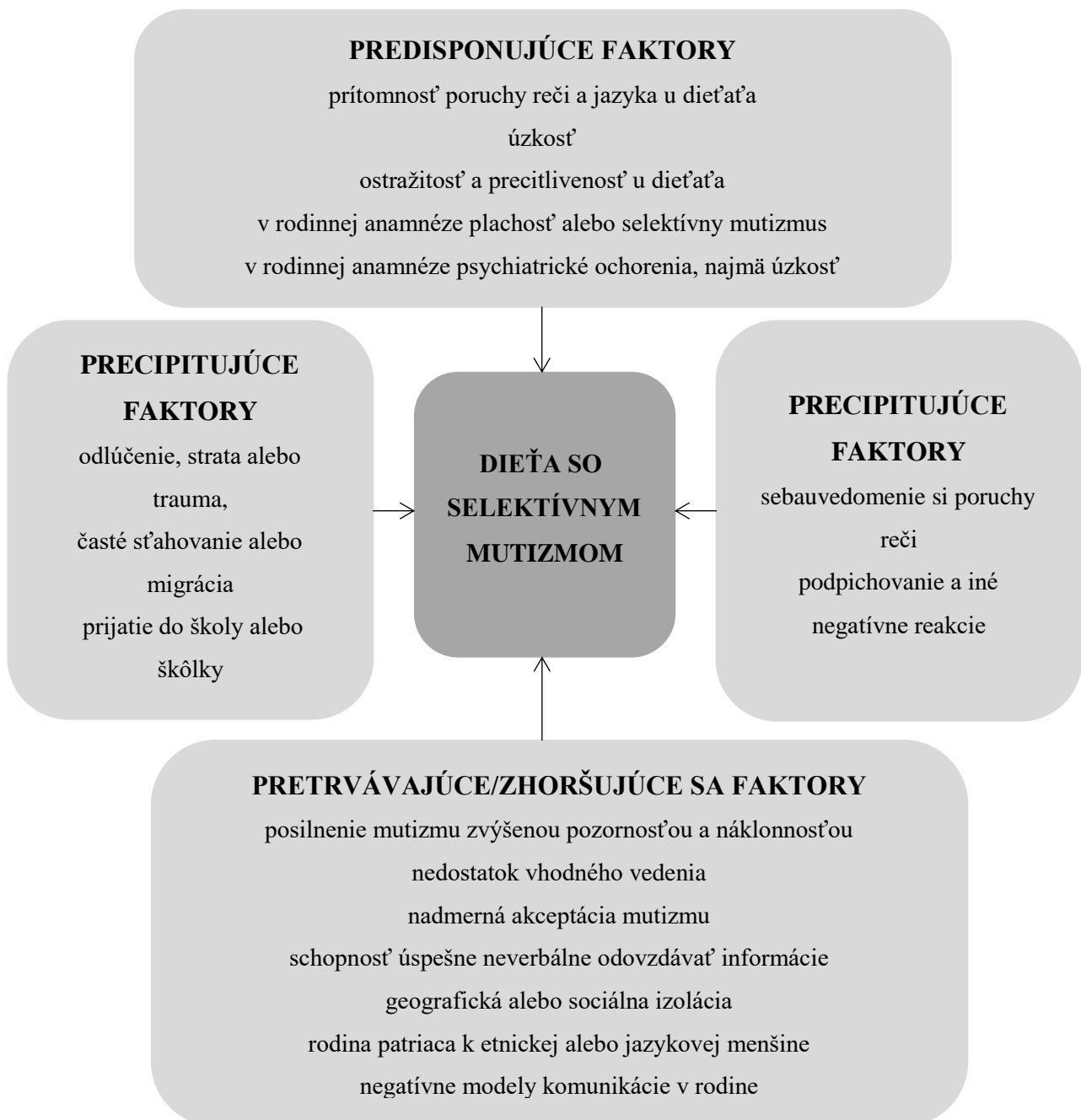
**Tabuľka č. 2**

|  <b>Rizikové a prognostické faktory (DSM-5<sup>©</sup>, 2015)</b> |  |
|--|--|
| <b>Faktory</b>   | <b>Charakteristika</b>   |
| <b>Temperamentové</b>  | Rizikové temperamentové faktory selektívneho mutizmu sa nedajú dobre rozlíšiť. Svoju úlohu môže zohrávať negatívna afektivita (neuroticizmus) alebo inhibícia správania, ako aj prítomnosť hanby rodičov, sociálna izolácia a sociálna úzkosť. Deti so selektívnym mutizmom môžu mať mierne ťažkosti s porozumením reči v porovnaní so svojimi rovesníkmi, hoci sociálne porozumenie je stále v norme. |
| <b>Environmentálne</b>   | Sociálne zábrany zo strany rodičov môžu slúžiť ako model pre sociálnu rezervovanosť a selektívne stiahnutie sa v detstve. Okrem toho boli rodičia detí so selektívnym mutizmom opísaní ako hyperprotektívni alebo viac kontrolujúci ako rodičia detí s inými úzkostnými poruchami alebo zdravých detí.   |
| <b>Genetické a fyziologické</b>  | Vzhľadom na značné prekrývanie sa selektívneho mutizmu a sociálnej úzkostnej poruchy môžu byť genetické faktory pri týchto poruchách spoločné.   |
| <b>Kultúrne</b>  | Deti v rodinách prisťahovalcov z krajín, kde sa hovorí iným jazykom, môžu odmietnuť hovoriť novým jazykom z dôvodu jeho nedostatočnej znalosti. Ak je osvojenie nového jazyka primerané, ale nechota hovoriť pretrváva, môže byť diagnóza selektívneho mutizmu opodstatnená.   |

Celkovo je ťažké určiť, čo je príčinou selektívneho mutizmu. Pravdepodobne neexistuje jeden príčinný faktor, ale ich kombinácia. Niektorí naznačujú dve hlavné oblasti – tie, ktoré pochádzajú zvnútra dieťaťa (konštitučné) a tie, ktoré pochádzajú zvonka (environmentálne) – hoci niekedy je ťažké tieto dve oblasti od seba oddeliť. Napríklad Goodman, Scott (1997) si kladú otázku, či je úzkosť geneticky podmienená alebo je výsledkom sociálneho modelovania zo strany úzkostlivých a príliš starostlivých rodičov. Pre sumarizáciu informácií môžeme príčiny rozdeliť do troch skupín: predisponujúce, precipitujúce a udržiavajúce. Niektoré podrobné charakteristiky, ktoré patria do predisponujúcich a precipitujúcich skupín sú opísané. Pokiaľ ide o udržiavajúce faktory, existuje mnoho anekdotických príkladov posilňovania, ktoré dostávajú deti so selektívnym mutizmom a ktoré je kontraproduktívne pre odstránenie ich mutizmu. Mimoriadnu pozornosť a náklonnosť (pozitívne posilnenie) môže dieťaťu, ktoré nehovorí, neúmyselne venovať celý rad ľudí v škole a doma. Negatívne posilnenie sa prejavuje aj v úľave, ktorú dieťa nachádza v tom, že nemusí rozprávať, pričom ticho vyvoláva oveľa príjemnejšie asociácie ako rozprávanie. Veľmi zriedkavo možno selektívny mutizmus vysledovať až k vedomému rozhodnutiu nehovoriť s konkrétnym človekom po období normálnej komunikácie. Mlčanie sa môže stať zvykom, ak sa dôvody takéhoto rozhodnutia plne nepreskúmajú a neriešia (Johnson, Wintgens, 2001).


Obrázok č. 1 zhrňa širokú škálu hlavných faktorov, ktoré môžu byť zodpovedné za selektívny mutizmus.

**Obrázok č. 1:** Faktory, ktoré prispievajú k selektívnemu mutizmu alebo ho spôsobujú (Johnson, Wintgens, 2001)






Tabuľka č. 3

|  <b>Funkčné dôsledky selektívneho mutizmu (DSM-5<sup>©</sup>, 2015)</b> |   |
|--|---|
| <b>Sociálne narušenie</b>  | Deti so selektívnym mutizmom môžu byť príliš úzkostlivé na to, aby sa zapojili do vzájomnej sociálnej interakcie s inými deťmi.   |
| <b>Sociálna izolácia</b>   | Keď deti so selektívnym mutizmom dospievajú, môžu čeliť rastúcej sociálnej izolácii.  |
| <b>Narušenie v učebnej oblasti</b>   | V školskom prostredí môžu tieto deti trpieť problémami v učení sa, pretože často nekomunikujú s učiteľom o svojich učebných alebo osobných potrebách (napr. nerozumejú úlohe, nepýtajú sa, či môžu ísť na toaletu). |
| <b>Funkčné narušenie v školskej a sociálnej oblasti</b>  | Časté je vážne funkčné narušenie v školskej a sociálnej oblasti vrátane narušenia spôsobeného posmechom rovesníkov.   |
| <b>Kompenzačná stratégia</b>   | V niektorých prípadoch môže selektívny mutizmus slúžiť ako kompenzačná stratégia na zníženie úzkostnej excitácie pri sociálnych stretnutiach.   |

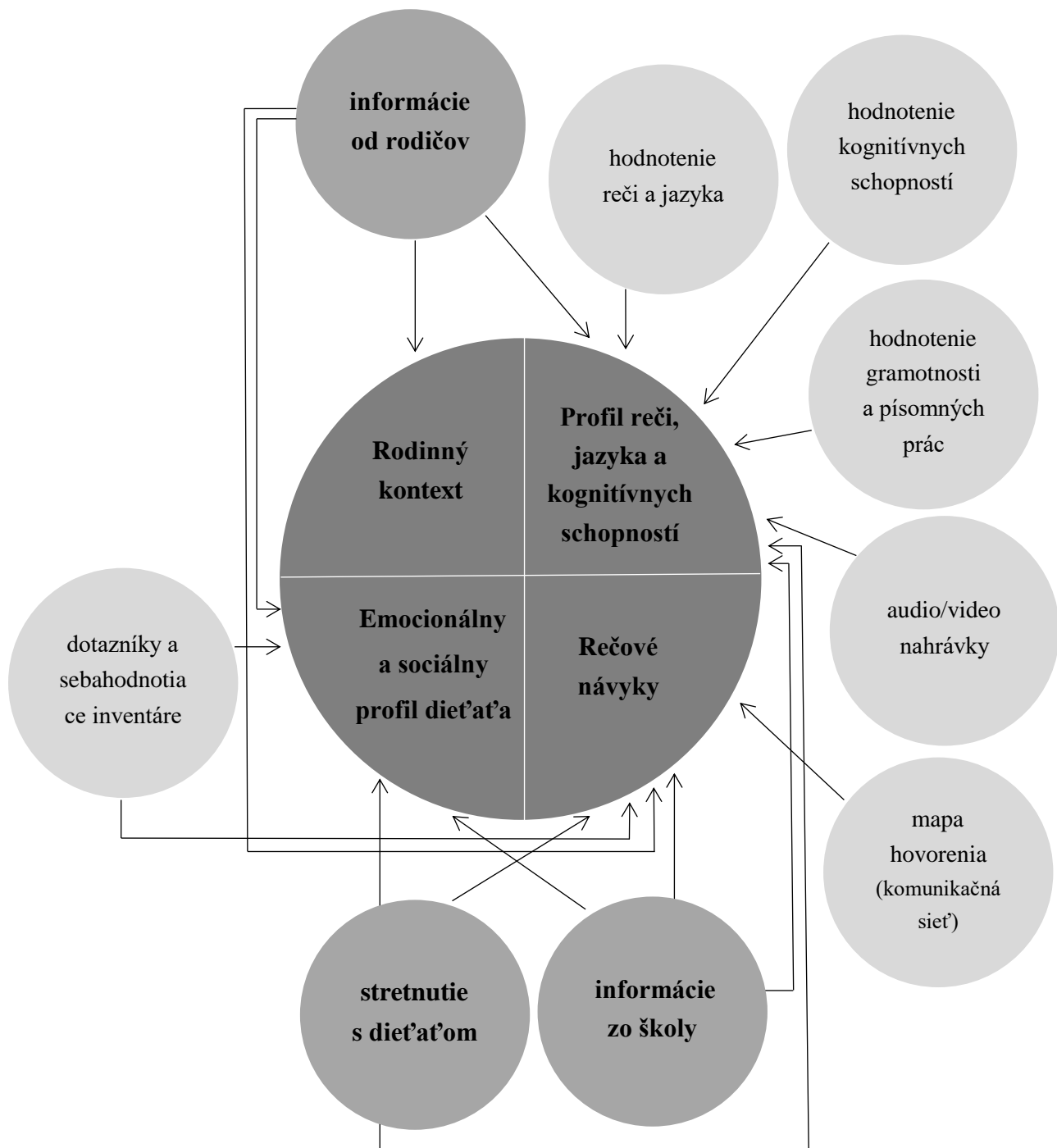
Tabuľka č. 4

|  <b>Diferenciálna diagnóza (DSM-5<sup>©</sup>, 2015)</b>  |  |
|--|--|
| <b>Poruchy komunikácie</b>   | Selektívny mutizmus by sa mal odlišovať od porúch reči, ktoré sa lepšie vysvetľujú poruchami komunikácie, ako je porucha jazyka a reči, porucha artikulácie reči (predtým fonologická porucha), porucha plynulosti reči so začiatkom v detstve (zajakavosť) alebo sociálna (pragmatická) porucha komunikácie. Na rozdiel od selektívneho mutizmu sa porucha reči neobmedzuje na konkrétnu sociálnu situáciu. |
| <b>Neurovývinové poruchy, schizofrénia a iné psychotické poruchy</b>   | Jednotlivci s poruchou autistického spektra, schizofréniou, inou psychotickou poruchou alebo ťažkým mentálnym postihnutím môžu mať problémy v sociálnej komunikácii a v sociálnych situáciách nie sú schopní primerane hovoriť. Naopak, selektívny mutizmus by sa mal diagnostikovať až vtedy, keď sa zistí, že dieťa je schopné hovoriť v určitých sociálnych situáciách (zvyčajne doma).                   |
| <b>Sociálna úzkostná porucha (sociálna fobia)</b>  | Sociálna úzkosť a sociálne vyhýbanie sa pri sociálnej úzkostnej poruche môžu súvisieť so selektívnym mutizmom. V týchto prípadoch môžeme stanoviť obe diagnózy.  |
| <b>Komorbidity</b>   |  |
| Najčastejšími komorbidnými poruchami sú iné úzkostné poruchy, najčastejšie sociálna úzkostná porucha, ďalej separačná úzkosť a špecifické fobie. U detí so selektívnym mutizmom sa zaznamenalo opozičné správanie, hoci sa môže obmedzovať na situácie, v ktorých je potrebné hovoriť. U niektorých detí so selektívnym mutizmom sa môžu vyskytnúť aj oneskorenia alebo poruchy komunikácie. |  |

Existujú rôzne spôsoby zhromažďovania komplexných informácií o dieťati, či už z domova, školy a od samotného dieťaťa, ktoré prispievajú k vytvoreniu jeho obrazu. Dôkazy o schopnostiach, ktoré sa prejavujú v písomných prácach, počítačovej gramotnosti, umeleckých zručnostiach, riešení problémov, uvádzaných rozhovoroch, sú rovnako dôležité ako formálnejšie metódy. Potrebujeme vedieť o závažnosti a funkcii mutizmu a o tom, čo sa doteraz urobilo, aby sa zmiernil. Najdôležitejšie je, že potrebujeme riešenie a kde začať intervenciu (Johnson, Wintgens, 2001). Na obrázku č. 2 je uvedený rámec hodnotenia, ktorý znázorňuje rozsah oblastí a nástrojov hodnotenia a výsledné získané informácie. Existujú dve možné úrovne hodnotenia:

1. *Štandardné hodnotenie zahŕňa* základné informácie od rodičov a školy, aby sa zistili rečové návyky dieťaťa, ako aj všeobecná úroveň jazykových, učebných a rozumových schopností dieťaťa, aby sa vylúčili významné vývinové ťažkosti. Formuláre pre rozhovory s rodičmi a školou sú k dispozícii v literatúre Johnson, Wintgens (2001), Škorvagová (2022).
2. *Rozšírené hodnotenie* obsahuje podrobnejšie informácie o rôznych oblastiach vývinu, emócií a správania dieťaťa. Môže zahŕňať aj špecifické posúdenie reči a jazyka, poznania a gramotnosti, ktoré bližšie opisuje Moškurjaková (2021). Štandardné aj rozšírené hodnotenie zahŕňa plánovanú interakciu s dieťaťom s cieľom pozorovať jeho reakcie, zistiť úroveň jeho dôvery a určiť východiskový bod intervenčného programu. Tento aspekt hodnotenia je uvedený v publikáciách Johnsona, Wintgensa (2001), Škorvagovej (2022).

Obrázok č. 2 Rámec hodnotenia (Johnson, Wintgens, 2001)



Vo vzťahu ku kognitívno-behaviorálnej terapii a screeningu mutizmu, by sme sa mali podľa Majerechovej (2012) taktiež postupne zamerať na tieto oblasti:

- a) **Súčasný problém.** Ako dlho mlčanie trvá? V ktorých situáciách sa mlčanie vyskytuje, pri ktorých ľuďoch dieťa mlčí, sú naopak ľudia, pri ktorých nemá problém rozprávať? Ktorí to sú? Ako často sa mlčanie vyskytuje? Identifikujeme telesné príznaky, ktoré mlčanie sprevádzajú, aké má kognície dieťa v tejto situácii, a aké emócie cíti. Dôraz kladieme i na presný opis behaviorálnych vzorcov dieťaťa v tejto situácii: Čo robí? Snaží sa situácii vyhnúť? Čo robí preto, aby situáciu zvládlo? Aké náhradné spôsoby

komunikácie dieťa používa? Môže mať jeho mlčanie svoj účel? Aké výhody mlčanie dieťaťa prináša? Ako na mlčanie reaguje okolie? Nápomocným pre porozumenie problému je opis konkrétnej situácie (môže byť i posledná takáto situácia) rodičmi, kde sa mlčanie vyskytuje.

- b) *Predchádzajúci vývin problému.*** Vyskytlo sa mlčanie už niekedy v minulosti? Bolo to pravidelne alebo len príležitostne? Ako na to vtedy reagovali rodičia? Tu pátrame aj po možnej traumatickej udalosti, ktorá mohla byť spúšťačom mutizmu, prípadne mohlo ísť aj o nahromadenie viacerých stresorov. Čo sa presne stalo? Objavilo sa mlčanie náhle alebo sa vyvíjalo postupne?
- c) *Doterajšie pokusy o riešenie problému.*** Podnikli rodičia v minulosti nejaké pokusy o riešenie problému? Navštívili iných odborníkov, hľadali si informácie o probléme? Čo robí dieťa preto, aby zvládlo svoj problém? Čo mu pomáha? Čo rodičia robia v prípade, že sa mlčanie objaví, ako reagujú?
- d) *Ochota spolupracovať, motivácia k liečbe.***

Psychologické vyšetrenie podáva okrem iného aj informácie o osobnostných črtách dieťaťa, emocionálnych motivačných kritériách mlčania (opisom emocionálnych motivačných kritérií sa analyzuje, z akého dôvodu dieťa s mutizmom mlčí, prípadne hovorí, aké emocionálne stavy mlčiaci vyhľadáva, akým sa vyhýba a ktoré sú spúšťače určitého správania) či štruktúre rodinných vzťahov (Hartmann, Lange, 2008). Veľkou pomocou sú súbory hračiek k Testu sveta Bühlerovej (1939; in: Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009), Scénotestu (von Staabs, Šturma, Humpolíček, 2001), neverbálne projektívne testy, ako napr. Baum test (Altman, 2002), Kresba postavy T-76 (Šturma, Vágnerová, 1982), Kresba začarovanej rodiny (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009), Nedokončené vety (Gajdošová, 1998) a dotazníky odporúčané Matějčekom (2011). Hartmann, Lang (2008) diagnostiku mutizmu dovršujú evaluáciou sociálno-interaktívneho komunikatívneho konania, ktorou sa s prihliadnutím na reálne každodenné situácie podchycujú a dokumentujú u dieťaťa s mutizmom sklony k negatívnym očakávaniam. Popri hodnotení každodenných komunikatívnych situácií implikuje okrem diagnostickej výpovedi paralelne meritorný bod pre terapiu a slúži v jej priebehu ako podporno-diagnostický argument (Hartmann, Lang, 2008).

## **Liečba**

Terapia selektívneho mutizmu je však náročný a dlhodobý proces a aj z toho dôvodu bolo potrebné tento všeobecný cieľ rozdeliť na niekoľko čiastkových cieľov (napr. zlepšiť sociálne spôsobilosti, zvýšiť frekvenciu želateľného správania). Najlepšie je, ak sú tieto čiastkové ciele odstupňované podľa náročnosti, od najjednoduchších k postupne čoraz zložitejším (Majerechová, 2012; Škorvagová, 2022).

Všeobecne v sumáre môžeme vymedziť a formulovať ciele terapie nasledovne:

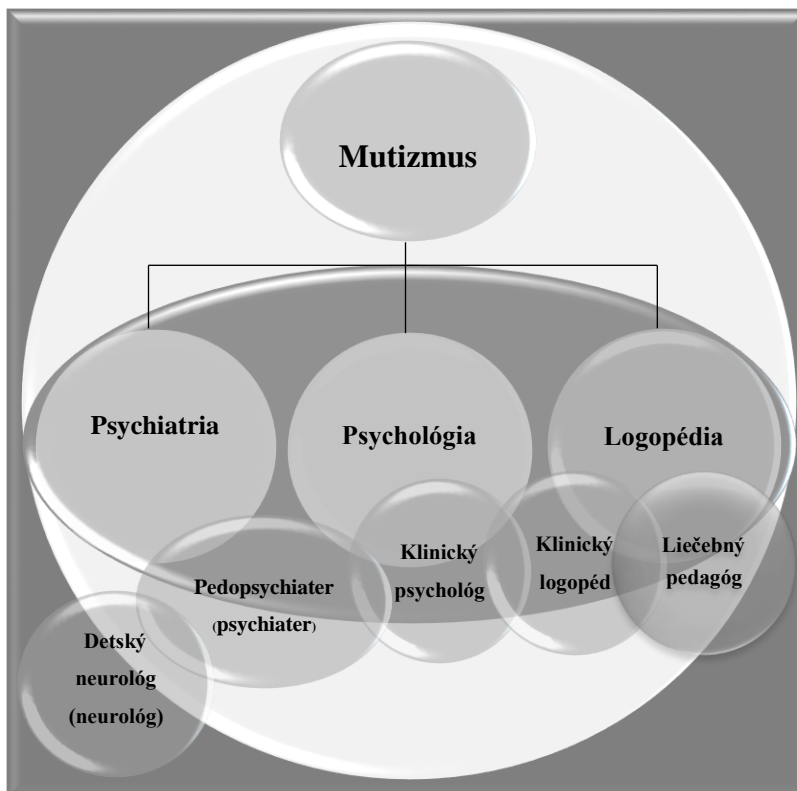
- 1. edukovať rodičov** (dôkladná edukácia o stave, vývine stavu, rizikách vo vývine, úprave režimu dňa, komunikácii),
- 2. edukovať a upraviť režim dieťaťa** (tréning prehodnotenia situácií – vytvorenie iného pohľadu, motivácie k verbalizácii, hodnotenie dôsledkov správania a primeranej – neprimeranej verbalizácie na pozitívnej i negatívnej úrovni, vypracovanie systému podmieňovania. Dieťaťu je potrebné vysvetliť postupy a očakávania zo správania z jeho strany, viesť ho k zmene terajších postojov. Ďalej je žiaduce realizovať podmieňovanie,

ocenenie zmien v komunikácii, postupne zvyhodňovať dieťa. Zároveň je náležité vypracovať systém postupnej expozície záťažovým sociálnym situáciám, realizovať tréning komunikácie, viesť záznam hodnotenia správania dieťaťa s odmenou v zmysle pozitívnych bonusov, postupne vystavovať dieťa komunikácii),

3. **stanoviť ciele správania na zvládnutie problémov** (tréning verbálnych spôsobilostí v domácom i mimoškolskom prostredí),
4. **eliminovať prejavy obmedzovania v správaní** (odporučená je kontrola, eliminácia nežiaducich foriem správania, vyhýbania sa nevhodným formám správania, opakovať usmernenia),
5. **trénovať stav dieťaťa v reálnom i imaginatívnom prostredí**,
6. **pracovať s kogníciami** (racionálne prehodnotenie situácie, zameranie pozornosti na faktory problémovo ovplyvniteľné, zameranie pozornosti na problémové sociálne vzťahy: odmietanie verbalizovať, odpovedať, uzavretosť, nezdieľnosť),
7. **rozvíjať záujmové aktivity** (rozvíjať záujmové aktivity s dieťaťom, s rodičmi, vhodné je vypracovať návrhy na konkrétne zapojenie sa do záujmových aktivít podľa úvah dieťaťa i na podklade reálnych možností).

Deti, mládež a dospelujúci so selektívnym mutizmom sú terapeuticky sprevádzaní troma odbornými disciplínami (Obrázok č. 3) (Hartmann, Lange, 2008; Moškurjaková, 2021; Škorvagová, 2022).

**Obrázok č. 3:** Selektívny mutizmus v interdisciplinárnej matici starostlivosti



Každá z týchto terapeutických koncepcií vychádza z organických, psychologických a rečových zistení a dovtedy už absolvovaných foriem terapie.

Liečba detí so selektívnym mutizmom sa v priebehu rokov líšila, pričom výskum (Johnson, Wintgens, 2001) a dlhodobé sledovanie neboli dostatočné na to, aby bolo možné určiť jednu vhodnejšiu metódu. Niekoľko štúdií (Anstendig, 1998; Dow, Sonies, Scheib et al., 1995; Pionek, Kratochwill, Sladeczek, 1996; Steinhausen, Juzi, 1996) skúmalo efekt liečby, ktorá bola deklarovaná ako účinná pre deti so selektívnym mutizmom. Mnohé z nich uvádzajú účinnosť multimodálnych prístupov a naznačujú, že je potrebné individualizovať liečbu (Johnson, Wintgens, 2001). Poukazujú tiež na dôležitosť účinného pohotovostného manažmentu, pričom je nepravdepodobné, že by sa objavil jeden špecifický liečebný prístup, hoci najčastejšie sa odporúčajú behaviorálne metódy. Niekoľko štúdií však naznačuje, že expozičná terapia môže byť pri selektívnom mutizme účinnejšia ako pohotovostný manažment (Vecchio, Kearney, 2009; Bergman, Gonzalez, Piacentini et al., 2013).

Hlavné typy liečby pri selektívnom mutizme, ktoré sa používajú buď samostatne, alebo v kombinácii, sú psychodynamické, rodinné, farmakologické intervencie, behaviorálne a kognitívne metódy, projektívne a expresívne prístupy. Randomizované klinické štúdie preukázali účinnosť multimodálnych prístupov (Johnson, Wintgens, 2001) a kognitívno-behaviorálnej terapie (Silverman, Pina, Viswesvaran, 2008; Viswesvaran, 2008; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel et al., 1997; Kendall, Hedtke, 2006; Kendall, 1994; Kendall, Hudson, Gosch et al., 2008; Barrett, Dadds, Rapee, 1996; Barrett, Duffy, Dadds et al., 2001; Hirshfeld-Becker, Masek, Henin et al., 2010; James, Reardon, Soler et al., 2020; Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian et al., 2016; Vecchio, Kearney, 2009; Bergman, Gonzalez, Piacentini et al., 2013), pričom naznačujú, že liečba má byť individuálna. Napríklad v metaanalýze 39 štúdií zahŕňajúcich takmer 2 700 subjektov (vek < 19) s primárnymi úzkostnými poruchami viedla kognitívno-behaviorálna terapia k vyššej miere remisie ako v čakacej listine alebo bez liečby (James, Reardon, Soler et al., 2020).

**Psychodynamické metódy:** Imrich (1998) prehľadne sumarizuje používanie psychoterapie alebo terapie hrou a vysvetľuje jej oblúbenosť a úspešnosť. Poznomenáva, že keďže selektívny mutizmus je špecifický pre danú situáciu, je nevhodné vykonávať intervenciu v neznámom a neskôr irelevantnom prostredí, čo môže byť dôvodom jej neúčinnosti. Ďalším dôvodom môže byť skutočnosť, že psychoterapia sa spolieha na schopnosť slobodne komunikovať a rozprávať, čo je práve zručnosť, ktorú dieťa so selektívnym mutizmom nevykazuje (Summers, 1999; in: Johnson, Wintgens, 2001).

**Terapia hrou:** Efektivita nedirektívnej terapie hrou bola potvrdená početnými rozsiahlymi výskumami (Landreth, Sweeney, Ray et al., 2010) i pri selektívnom mutizme a podporená stratégiami odporúčanými Tichou (2016), podľa ktorej je terapia hrou jedným z účinných prístupov pri liečbe selektívneho mutizmu, najmä u detí. Hra je prirodzeným spôsobom, ako deti komunikujú a učia sa a môže byť významným nástrojom na podporu rozvoja komunikačných zručností a rozširovania slovníka. Terapia hrou vytvára deťom bezpečné a neohrozujúce prostredie, kde môžu začať prežívať pohodlie pri komunikácii, môžu sa cítiť komfortne a bez tlaku, čo podporuje ich ochotu sa postupne otvárať a prekonávať obavy spojené

s hovorením. Hra umožňuje budovať dôveru medzi psychoterapeutom a dieťaťom, čo je kľúčové pri liečbe selektívneho mutizmu. Psychoterapeut môže v rámci hry inšpirovať deti k rozprávaniu príbehov, popisovaniu situácií a komunikácii s postavami v hre. Hra môže byť zameraná na komunikáciu prostredníctvom akcie a gest, čo môže byť významné pre deti, ktoré majú obavy z priamej komunikácie slovami. Hra tiež pomáha pri rozvíjaní schopnosti riešiť problémy a konflikty. Psychoterapeut môže zapájať do hry rodičov, aby sa zabezpečila kontinuita liečby a aby sa rodina stala súčasťou procesu liečby. Je dôležité poznamenať, že terapia hrou by mala byť individuálne prispôbená potrebám každého dieťaťa so selektívnym mutizmom. Deti môžu mať značné ťažkosti vo verbálnom popise toho, čo cítia alebo ako ich skúsenosti ovplyvnili, no ak sú vytvorené dostatočné a nevyhnutné podmienky, v procese terapie hrou budú odhaľovať svoje vnútorné emócie prostredníctvom hračiek a materiálov. Hra je detským symbolickým jazykom sebavyjadrenia a môže odhaliť: (a) čo dieťa zažilo, (b) reakcie na to, čo prežilo, (c) pocity, emócie o tom, čo bolo prežitie, (d) čo si dieťa želá, chce alebo potrebuje a (e) detské vnímanie seba. Toto sú významné správy, ktoré psychoterapeut hľadá v detskej hre a v skúsenosti terapie hrou (Landreth, 2012). Cieľom niektorých hrových terapeutov je „primäť dieťa k rozprávaniu“. Terapia hrou nie je limitovaná na liečbu hovorením. Hračky deti používajú ako slová a hra je ich jazykom. Prostredníctvom hry si môže dieťa v bezpečnom prostredí terapeutickej miestnosti uvedomiť, vyjadriť a spracovať svoje pocity: uvoľniť napätie a frustráciu, vybiť hnev a agresiu, spracovať smútok (Landreth, 2012).

**Arteterapia:** V rámci psychoterapie u detského a adolescentného pacienta so selektívnym mutizmom je efektívnou liečbou arteterapia (Šicková-Fabricsi, 2002). Arteterapia je považovaná za metódu voľby v rámci nápravy, liečby a resocializácii psychických porúch (Krasulová, 2006). Popri terapii hrou je považovaná za dôležitú terapeutickú techniku (Michalidesová, 2008). Pomáha nielen pri ventilácii úzkosti, depresie a hnevu, ale umožňuje i ich uvoľnenie, čím prispieva k ich zvládaniu a pomáha načerpať energiu (Sejčová, 2016, Dostálová, 2001). Samotná arteterapia má za cieľ posilniť pozitívne sebahodnotenie detí, posilniť ich sebavedomie a zlepšiť vzťahy s rovesníkmi. Týmto spôsobom je možné očakávať zmiernenie neurotických prejavov, psychomotorického nepokoja a zlepšenie v rečovom prejave a výtvarnom vyjadrení (Sejčová, 2016). Arteterapia môže pomôcť deťom s rozvojom ich kreativity, uvoľňovaním ich psychických blokov, podporou ich sebadôvery, rozvojom komunikačných schopností, ako i schopností k vytváraniu si funkčných stereotypov na zvládanie rôznych situácií (Sejčová, 2016, Uhlíř, 2004). Pre zabezpečenie úspešnosti psychoterapie je veľmi dôležitý výber vhodných arteterapeutických techník, ktoré sa využívajú na odstránenie alebo zmiernenie emocionálnych problémov, na zlepšovanie sociálnej interakcie a rozvoj konkrétnych schopností (Probstová, 2002). Medzi efektívne zaraduje autorka prstomaľbu, tematickú výtvarnú tvorbu, prácu s hlinou, spoločnú kresbu, rozhovor kresbou, techniky na rozvoj schopností dieťaťa.

**Rodinná terapia:** Je ťažké nájsť konkrétne správy o výhradnom využívaní rodinnej terapie u detí so selektívnym mutizmom a ich rodín, aj keď je nepochybné, že súčasťou mnohých liečebných balíkov sú aj rodinné terapie. Podobne ako v prípade psychoterapie, špecifická povaha selektívneho mutizmu v spojení s neschopnosťou dieťaťa rozprávať naznačuje, že

samotná rodinná terapia by priniesla určitý úžitok. Môže zblížiť rodiny, ale nie nevyhnutne prinútiť dieťa hovoriť, či už v rámci sedení alebo mimo nich (Johnson, Wintgens, 2001).

**Farmakologická intervencia:** Za posledné desaťročie sme zaznamenali využívanie farmakoterapie (t.j. aplikáciu liekov/liečiv). Vo viacerých štúdiách (Johnson, Wintgens, 2001) sa vedecky skúmala účinnosť selektívnych inhibítorov spätného vychytávania serotonínu (SSRIs). Ich používanie je v USA pomerne bežné, ale napriek nedávnomu záujmu je ťažké nájsť akékoľvek správy o ich používaní v Spojenom kráľovstve alebo inde. Správy o hodnote SSRIs sú rôzne, a to v rámci samotných štúdií aj zo správ od rodičov na internete. Niekedy sa lieky používali ako jediná intervencia, zatiaľ čo inokedy sa predpisovali spolu s inými formami liečby, najmä behaviorálnymi prístupmi.

Black, Uhde (1994) odporúčali fluoxetín v prípadoch, keď sú symptómy dlhodobé, spôsobujú významné poruchy a keď iné formy liečby zlyhali. Uvádzajú, že hodnotenia rodičov ukázali štatisticky významné zlepšenie mutizmu detí, zatiaľ čo hodnotenia lekárov a učiteľov nie. Výhody mohli byť väčšie, ak by sa lieky predpisovali dlhšie a dávkovanie by sa individuálne upravilo.

16-týždňová klinická štúdia s piatimi deťmi (vo veku 5 až 11 rokov) so selektívnym mutizmom nepreukázala žiadny rozdiel v zmene symptómov medzi skupinami liečenými sertralínom a placebom (Carlson, Kratochwill, Johnston, 1999).

Dummit, Klein, Tancer et al. (1996) použili fluoxetín, aby dosiahli zlepšenie u 76 % svojich subjektov po deviatich týždňoch. Guna-Dumitrescu, Pelletier (1996) uvádzajú úspešnú multimodálnu liečbu osemročného dievčaťa, ktoré dostávalo fluoxetín a behaviorálny program.

**Rečová a jazyková terapia:** Cline, Baldwin (1994) popisujú niekoľko neúspešných pokusov o logopedickú terapiu s deťmi so selektívnym mutizmom, pri ktorých bol mutizmus ignorovaný alebo ponechaný bez liečby. Existujú aj správy o tom, že deti so selektívnym mutizmom boli odoslané do logopedických skupín, kde sa pravdepodobne nemôžu zúčastniť na liečebnom programe a ich úzkosť sa posilňuje. Logopedické prístupy, ktoré sú flexibilnejšie a zamerané na dieťa, môžu mať väčšiu šancu na úspech. Roe (1993) opisuje pokrok dieťaťa so selektívnym mutizmom, ktoré navštevovalo interaktívnu terapeutickú skupinu pre sociálne izolované deti, v ktorej sa využívali nápady a techniky z rečovej, hudobnej, pohybovej a dramatickej terapie.

Príležitostne môže byť individuálna intervencia na nápravu narušenej reči účinná a užitočná pri odstraňovaní mutizmu dieťaťa (Smayling, 1995; Wintgens, 1999). Mutizmus však treba rozpoznať, posúdiť a zohľadniť – vyžaduje si iný prístup k tradičnej terapii. Pri zvládaní mutizmu sa odporúča súbežné poradenstvo doma a v škole. Zdá sa, že tento prístup najlepšie funguje u detí, ktoré sú mladšie a s miernejším mutizmom (Johnson, Wintgens, 2001).

**Sebamodelovanie:** Existuje niekoľko opisov liečebných prístupov, ktoré využívajú videonahrávky alebo audiokazety jednotlivých detí so selektívnym mutizmom, ktoré boli starostlivo upravené tak, aby zobrazovali deti hovoriace v situáciách, v ktorých boli nemé. Blum, Kell, Starr et al. (1998) opisujú úspešné použitie jednej z týchto metód – audio



feedforward – s tromi deťmi. Kehle (1998) odporúča rozšírené sebamodelovanie spolu s ďalšími behaviorálnymi prístupmi.

## **Behaviorálne metódy v liečbe selektívneho mutizmu**

Pred použitím behaviorálnych programov v liečbe selektívneho mutizmu bola prognóza pre túto poruchu nepriaznivá, nakoľko na základe zistení Richburga, Cobia (1994) tradičná psychoterapia, psychoanalýza a hypnóza nepriniesli dostačujúce výsledky. Behaviorálne liečebné programy naproti tomu priniesli podstatne väčší liečebný efekt (Cline, Baldwin, 1994; Johnson, Glasseberg, 1992; Johnson, 1999; Majerechová, 2012). Davies, Winter (1996) uvádzajú úspešné použitie behaviorálneho programu s malým chlapcom s poruchou reči a jazyka. Podobne behaviorálne techniky použil Watson (1995) v prostredí strednej školy. Imrich (1998) realizoval úspešný behaviorálny program založený na princípoch systematickej desenzibilizácie s päťročným dieťaťom, ktoré reagovalo približne po piatich týždňoch interaktívnej práce. Sledovali ho až do veku 14 rokov a zistili, že sa aktívne zúčastňuje na diskusiách v triede tým, že dobrovoľne predkladá svoje vlastné nápady a postrehy. Kolvin, Fundudis (1981) v niekoľkoročnej štúdií s deťmi s mutizmom uviedli, že až 46 % detí vykazovalo výrazné zlepšenie. Behaviorálne intervencie sa javia ako najkompatibilnejšie so školskými procedúrami (učitelia môžu byť školení a monitorovať liečbu a správanie oveľa ľahšie, ako ktorýkoľvek iný zásah). V doteraz najdôslednejšie navrhutej psychologickú intervenciu pre selektívny mutizmus Bergman, Gonzalez, Piacentini et al. (2013) uskutočnili randomizovanú kontrolovanú štúdiu porovnávajúcu účinnosť behaviorálnej liečby u detí so selektívnym mutizmom s kontrolami na čakacej listine. V tejto štúdií došlo u 21 detí so selektívnym mutizmom vo veku 4 až 8 rokov, ktoré absolvovali 24 sedení v rámci integrovanej behaviorálnej terapie, k výraznému zlepšeniu (terapia založená na expozícii zvýšila rečové správanie o 75 %) v porovnaní s kontrolami na čakacej listine a zlepšenie pretrvávalo najmenej 3 mesiace (Bergman, Gonzalez, Piacentini et al., 2013). Tiež Oerbeck, Stein, Pripp et al. (2014) vyvinuli kognitívno-behaviorálnu intervenciu v prostredí domova dieťaťa a školskú intervenciu a liečili 24 detí so selektívnym mutizmom vo veku 3 až 9 rokov po dobu 6 mesiacov (24 sedení). Po ďalšom roku po ukončení liečby 50 % detí už nespĺňalo kritériá selektívneho mutizmu a došlo k významnému zlepšeniu komorbidít u detí s psychiatrickými poruchami. Z mladších detí sa 78 % uzdravilo, zatiaľ čo miera zotavenia bola oveľa nižšia u starších detí (33 %). Lang, Nir, Gothelf et al. (2016) uskutočnili výskum, ktorého cieľom bolo preskúmať dlhodobý priebeh detí so selektívnym mutizmom, ktoré absolvovali v liečbe metódy zamerané na kognitívno-behaviorálnu terapiu. Zistenia naznačujú, že pri sledovaní, po liečbe kognitívno-behaviorálnou terapiou zameranej na selektívny mutizmus, dochádza k významnému zlepšeniu symptómov selektívneho mutizmu. Okrem zlepšenia symptómov u 84 % detí v priebehu terapie a po jej dokončení, sa zistil významný pokles v miere psychiatrických komorbidít vrátane sociálnej úzkostnej poruchy, špecifickej fobie a enurézy. Sledovanie udržania prírastkov liečby bolo pomerne dlhé – v priemere dva roky po ukončení liečby. Účinné metódy behaviorálnej terapie pri zvyšovaní počtu verbálnych odpovedí v prostredí, kde dieťa nerozpráva sú: pozitívne posilnenie, zoslabovanie neverbálneho správania, generalizácia, expozícia, metóda systematickej desenzitizácie, nácvik sociálnych spôsobilostí, modelovanie a sebamodelovanie, tvarovanie, domáce úlohy, meranie (Škorvagová, 2022).

## **Kognitívne metódy v liečbe selektívneho mutizmu**

Cieľom kognitívnej terapie selektívneho mutizmu je rozvíjať produktívne a funkčné, aj keď nie vždy stopercentne tvarovateľné alternatívne odpovede, ktoré by mali zmiernovať stres a zahŕňať riešenie a zvládanie problémov. Mechanizmy porozumenia a zvládania by mali aproximovať skutočný jazyk dieťaťa, aby bolo schopné ich použiť (Škorvagová, 2020). Napriek väčšej náročnosti je možné niektoré kognitívne metódy použiť i u menších detí, musíme ich však prispôbiť úrovni ich kognitívneho vývinu, mali by byť názorné a jednoduché na pochopenie (Stallard, 2002; Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007; Majerechová, 2012). Kognitívna terapia by u menších detí mala prebiehať skôr hravou formou, aby dieťa vedelo bez problémov vyjadriť svoje myšlienky (Ronenová, 2000). Inovatívne postupy založené na konvenčných kognitívnych zásahoch, ilustráciách, hrách a cvičeniach, ako uplatňovať kognitívnu terapiu u detí, bližšie opisujeme v knihe (Škorvagová, 2020).

Kognitívnymi metódami v liečbe selektívneho mutizmu sú: edukácia, identifikácia a zmena maladaptívnych presvedčení, vypracovanie copingovej stratégie pri zvládaní distresu, kognitívna reštrukturalizácia, odvedenie pozornosti, zastavenie myšlienok – „stop“ technika, zastavenie myšlienok – kartičky a nácvik sebainštruktáže (Škorvagová, 2022).

Uplatniť sa ďalej môžu kreatívne aplikácie kognitívnej terapie, ktoré ju môžu oživiť, ako je rozprávanie príbehov, práca v pieskovisku, práca s hlinou, rôzne aplikácie terapie hrou, ktorá je médium, pomocou ktorého sa otvárajú vnútorné dialógy a učia sa adaptívnejšie spôsoby zvládania. Použiť tiež môžeme hry založené na kognitívno-behaviorálnych metódach, rozprávkové knihy, bábkové, imaginatívne a spoločenské hry či výrobu masiek. Odporúčame vyskúšať uvedené nápady, o ktorých píše napr. Bloomquist (2013), Bremsová (2018), Caby, Caby (2014), Caby, Caby (2019), Friedberg, McClure (2002), Friedberg, McClure, Garcia (2009), Geldard, Geldard (2008), Chansky (2004), Ronenová (2000), Škorvagová (2020) a iní a upraviť si ich podľa vlastných potrieb.

## **Prognóza**

Stanovenie prognózy je závislé od individuálnych odlišností a ďalších vstupujúcich faktorov. Medzi najvýznamnejšie ukazovatele úspešnosti terapie patrí vek a rodinná záťaž. Úspech je v terapii dosiahnutý väčšinou u nepsychotických foriem selektívneho mutizmu. Pri zodpovedajúcej včasnej identifikácii bezrečnosti a adekvátnej diagnóze, primeranej poradenskej službe príbuzným a včasnej terapii môžu byť obávané sociálne konsekvencie akými sú izolácia a problémy v škole podchytené v začiatkoch (Moškuriáková, 2021).

Symptómy poruchy sa u dieťaťa vyskytujú už pred vstupom do školy, ale syndróm selektívneho mutizmu sa prejavuje väčšinou až počas školy, nakoľko vtedy deti čelia väčšiemu tlaku na verbálnu komunikáciu s učiteľmi a spolužiakmi (Majerechová, 2012). V škole sú problémy dieťaťa so selektívnym mutizmom často ešte závažnejšie ako v materskej škole (Hartmann, Lange, 2008). Učiteľ k dieťaťu s mutizmom často ťažko nachádza cestu a niekedy sa dokonca domnieva, že dieťa mlčí zámerne, aby ho vyprovokovalo (Majerechová, 2012). Čo sa týka školského prospechu, medzi autormi štúdií (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Oerbeck, Johansen, Lundahl et al., 2011; Cunningham, McHolm, Boyle et al., 2004; Cline, Baldwin, 1994; Nowakowski, Cunningham, McHolm et al., 2009) neexistuje jednoznačná zhoda. Zatiaľ

čo jedni autori (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Oerbeck, Johansen, Lundahl et al., 2011) zistili, že deti so selektívnym mutizmom dosahujú nižšie školské výsledky v porovnaní s ostatnými deťmi hlavne v oblasti jazykových schopností, iné štúdie (Cunningham, McHolm, Boyle et al., 2004; Cline, Baldwin, 1994; Nowakowski, Cunningham, McHolm et al., 2009) naopak uvádzajú, že deti so selektívnym mutizmom sa nelíšia od ostatných detí v úrovni fungovania v škole. Cunningham, McHolm, Boyle et al. (2004) uvádzajú, že učitelia majú síce tendenciu hodnotiť schopnosti čítania u detí so selektívnym mutizmom nižšie, no rozdiely v školskom prospechu sa vyrovnávajú prostredníctvom známok v matematike, ako aj následkom celkového priemerovania výkonu školskej triedy. Autori (Cunningham, McHolm, Boyle et al., 2004) na základe svojich zistení uvádzajú niekoľko mechanizmov, ktoré môžu chrániť deti so selektívnym mutizmom pred neúspechom v škole. V prvom rade je ním empirické zistenie, že deti so selektívnym mutizmom sa nelíšia v úrovni sociálnej kooperácie v škole od ostatných detí, čo im umožňuje uspieť v školských triednych aktivitách i bez rozprávania. Ako druhý dôvod uvádzajú autori taktiež ich zistenie, že deti so selektívnym mutizmom vo výskume vykazovali menšie ťažkosti s pozornosťou či opozičným správaním, čo tiež prispieva k úspechu v škole. Takisto sa nezistili žiadne rozdiely v domácej príprave do školy, ktoré by školský prospech ovplyvnili. Štvrtým dôvodom úspešnosti v škole je fakt, že podstatná väčšina rodičov týchto detí bola zamestnaná, čo predstavuje faktor, súvisiaci s úspechom v matematike a čítaní. No a nakoniec, deti so selektívnym mutizmom v porovnaní s kontrolnou skupinou neboli vo väčšej miere vystavení rizikám, akými je sociálne znevýhodnenie rodiny, nedostatočná rodičovská starostlivosť alebo dysfunkcia v rodine, ktoré by prispeli k vzdelávacím ťažkostiam. Cunningham, McHolm, Boyle et al. (2004) taktiež empiricky skúmali sociálne vzťahy detí so selektívnym mutizmom. Rodičia i učitelia uvádzali väčšie nedostatky vo verbálnom sociálnom správaní a deti s mutizmom skórovali signifikantne nižšie i v Škále sociálnej asertivity, ktorá obsahuje položky ako pripojenie sa dieťaťu a k skupine, predstavenie sa, začatie rozhovoru či pozvanie kamaráta k nim domov.

Pokiaľ ide o prognózu selektívneho mutizmu, Cohan, Chavira a Stein (2006) uvádzajú, že veľký počet detí zažíva chronický priebeh mutizmu, zatiaľ čo ostatné deti opakovane zažívajú zreteľný diskomfort v situáciách rozprávania, a to i napriek remisii poruchy (Kolvin, Fundudis, 1981; Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann et al., 2001). Bergman, Piacentini, McCracken (2002), Woodcock, Milic, Johnson (2007) píšú, že hoci u niektorých detí môže dôjsť k spontánnemu zlepšeniu počas školského roka, u väčšiny týchto detí pretrvávajú symptómy poruchy a zhoršenie v porovnaní s intaktnými rovesníkmi. Značná časť detí opakovane zažíva klinicky signifikantnú úroveň úzkosti, ako aj sociálne, školské a komunikatívne deficity. Časť detí so selektívnym mutizmom podľa Majerechovej (2012) trpí prechodnou formou mutizmu, ktorá zvyčajne odznieva bez liečby, zatiaľ čo v ďalšej skupine detí môže porucha reči pretrvávať až do adolescencie či ranej dospelosti a spontánna remisia selektívneho mutizmu je však skôr zriedkavá. Liečba sa často vyhľadáva až v prípade, keď dieťa nerozpráva 4 až 5 rokov, pričom v tomto období už zvyčajne zažilo i sekundárne sociálne a emocionálne problémy a liečba je o to zložitejšia. Výsledky z doterajších deskriptívnych štúdií Cohana, Chavira, Steina (2006) ukazujú, že len 60 % detí je diagnostikovaných či dostáva liečbu a veľa detí dokonca nedostáva správnu diagnózu či liečbu.

## **Stanovisko expertov**

Podľa Zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, je možné posúdiť také poruchy správania a emočné poruchy v detstve a počas dospievania, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť, a to na účely podľa § 15, ods. 1d, t. j. na účely dôchodkového poistenia opatrovateľa dieťaťa, ktorý sa riadne stará o dieťa s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom po dovŕšení šiestich rokov jeho veku, najdlhšie do 18 rokov veku. Uvedené je v súlade so zákonom o sociálnom poistení (Moškurjaková, 2021).

Selektívny mutizmus u dospelých môže viesť k pracovnej neschopnosti. Pre výrazne limitovanú verbálnu komunikačnú schopnosť, často dospelí pacienti nedokážu vykonávať svoju pracovnú činnosť a v týchto prípadoch je vhodná zmena ich pracovného zaradenia, na základe odporúčania klinického psychológa a indikácie tímu posudkovej eventuálne revíznej komisie (Moškurjaková, 2021).

Percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa určí pre zdravotné postihnutie podľa „Prílohy č. 4 k Zákonom č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov“ upraviť nasledovne: U dospelých jednotlivcov sa na účely invalidity posudzuje to psychické ochorenie, u ktorého jedným zo symptómov je mutizmus. Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa určí podľa Prílohy č. 4 k Zákonom č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (Moškurjaková, 2021).

## **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Starostlivosť o dieťa alebo adolescenta začína v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast. Lekár by mal pravidelne sledovať i sociálno-emocionálny vývin dieťaťa. Všeobecný lekár by mal byť dostatočne erudovaný v problematike selektívneho mutizmu, aby dokázal problém rozpoznať, účinne sa ním zaoberať a v prípade potreby odoslať pacienta k špecialistom (klinický psychológ, klinický logopéd, liečebný pedagóg, pedopsychiater/psychiater a podľa potreby ďalší špecialisti, napr. detský neurológ/neurológ).

## **Ďalšie odporúčania**

Selektívny mutizmus bráni dieťaťu rozprávať v škole alebo v inom sociálnom prostredí a môže ovplyvňovať jeho emocionálny, sociálny a vzdelávací vývin. Významnú úlohu v prevencii, intervencii a liečbe mutizmu majú psychológovia a psychoterapeuti, ktorí sú súčasťou multidisciplinárneho tímu (Škorvagová, 2022). Kooperácia, súčinnosť s predškolským a školským zariadením v prípade diagnostiky a terapie dieťaťa so selektívnym mutizmom je významným determinantom efektívnosti, nakoľko dieťa zlyháva v komunikácii najmä v sociálnych skupinách týchto zariadení (Moškurjaková, 2021). Na základe teoretickej a výskumnej literárnej analýzy (Škorvagova, 2022) v súlade s vyjadrením Bussea, Downeya (2014) usudzujeme, že následkom včasnej intervencie môže byť prevencia a zmiernenie mnohých výskytov selektívneho mutizmu. Nezastupiteľnú úlohu v procese dosiahnutia želateľnej zmeny majú rodičia, ktorí sú logickou a nenahraditeľnou súčasťou diagnostického a terapeutického procesu (Škorvagová, 2022).

## **Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán**

Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť s primárnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou na psychiatrických ambulanciách a pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe selektívneho mutizmu sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke [www.udzs-sk.sk](http://www.udzs-sk.sk)).

## **Alternatívne odporúčania**

Selektívny mutizmus je zriedkavé ochorenie, ale je dôležité, pretože deti, ktoré mlčia sú osobnostne a sociálne výrazne znevýhodnené, aj keď ich mlčanie má až takú silu, že ho je možné počuť. Selektívny mutizmus je tiež prekážkou pri učení sa, keďže v školách sa kladie zvýšený dôraz na verbalizáciu (Moškurjáková, 2021). Zdôrazňujeme dôležitosť láskavého, vľúdneho, trpezlivého a tímového prístupu, najmä pri poskytovaní podpory tým, ktorí úzko spolupracujú s deťmi. Za obzvlášť významnú je považovaná potreba supervízie.

## **Špeciálny dodatok štandardu**

Pri liečbe selektívneho mutizmu odporúčame knihy z predloženého bibliografického aparátu, ktoré kladú dôraz na teoretické, empirické dôkazy a praktické rady a informácie o hodnotení a liečbe, s priloženým sprievodným materiálom, ktorý možno kopírovať, s príkladmi prípadov a s diskusiou o postupe liečby, čím sa vyplňa významne medzera v dostupnosti vhodných zdrojov v tejto oblasti.

## **Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu**

Ďalší audit a revíziu štandardu odporúčame za päť rokov. Prehodnotenie tiež odporúčame uskutočniť pri aktualizácii terapeutických metód, ďalších intervencií alebo zmeny v cieľoch liečby na základe najnovších vedeckých poznatkov a osvedčených postupov. Rovnako je revízia potrebná hneď po zavedení MKCH-11 do systému zdravotnej starostlivosti.

## **Literatúra**

1. Altman, Z. (2002). Test stromu príručka 2. rozšírené vydání. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna s. r. o. 175 s.
2. American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Andersson, C. B., Thomsen, P. H. (1998). Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. In: *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(3), 231-238.
4. Anstendig, K. D. (1998). Selective mutism: a review of the treatment literature by modality 1980-1996. In: *Psychotherapy*, 35, 381-391.
5. Arie, M., Henkin, Y., Lamy, D., Tetin-Schneider, S., Apter, A., Sadeh, A., BarHaim, Y. (2007). Reduced auditory processing capacity during vocalization in children with selective mutism. In: *Biological Psychiatry*, 61, 419-421.
6. Barrett, P. M., Dadds, M. R., Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
7. Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 135-141.
8. Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., Keller, M. L. (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: a randomized controlled pilot study. In: *Behaviour Research and Therapy*, 51, 680-689.
9. Bergman, R. L., Piacentini, J., McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946.
10. Black, B., Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1090-1094.
11. Black, B., Uhde, T. W. (1994). Fluoxetine treatment of elective mutism; a double-blind placebo-controlled study. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1000-1006.
12. Black, B., Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856.

13. Bloomquist, M. L. (2013). *Skills Training for Struggling Kids: Promoting Your Child's Behavioral, Emotional, Academic, and Social Development*. New York: The Guilford Press. 273 pp. ISBN 978-1-60918-170-3.
14. Blum, N. J., Kell, R. S., Starr, L., Lloyds Lender, W., Bradley-Klug, K., Osborne, M. L., Dowrick, P. W. (1998). Case study: audio feedforward treatment of selective mutism. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 40-43.
15. Bremsová, Ch. (2018). *Dětská psychoterapie a poradenství: Komplexní průvodce*. Praha: Triton. 528 s. ISBN 978-80-7553-510-8.
16. Brigham, F. J., Cole, J. E. (1997). Selective Mutism: Definition, Issues, and Treatment. Salt Lake City, Utah: the Annual Meeting of the Council for Exceptional Children, 15.
17. Busse, R. T., Downey, J. (2014). Selective Mutism: A Three-Tiered Approach to Prevention and Intervention *Contemporary School Psychology: Formerly „The California School Psychologist“*, 15, 53-63.
18. Caby, F., Caby, A. (2014). *Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-0710-8.
19. Caby, F., Caby, A. (2019). *Přehled psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-262-1548-6.
20. Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., St. Pierre, J., Boyle, M. H. (2010). Behavioral and Socio-emotional Functioning in Children with Selective Mutism: A Comparison with Anxious and Typically Developing Children Across Multiple Informants. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1057-1067.
21. Carlson, J. S., Kratochwill, T. R., Johnston, H. F. (1999). Sertraline treatment of 5 children diagnosed with selective mutism: a single-case research trial. In: *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9, 293-306.
22. Cline, T., Baldwin, S. (1994). *Selective Mutism in Children*. London: Whurr.
23. Cohan, S. L., Chavira, D. A., Stein, M. B. (2006). Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1085-1097.
24. Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 245-255.
25. Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H., Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1363-1372.
26. Davies, C., Winter, P. (1996). Mute in mainstream. In: *Speech and Language Therapy Bulletin*, 530, 8-9.
27. Dostálová, Š. (2001). Kterou barvou hřeje slunce nejvíce. In: Pipeková, J., Vítková, M. (eds.). *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2. vyd., 105-106.
28. Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E., Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines of the assessment and treatment of selective mutism. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 836-846.
29. *DSM III. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti 3. revize. (1986)*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický. 332 s. ISBN 80-85121-00-X.
30. *DSM-5® - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch®. 1. české vydání. (2015)*. In: Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R. (eds.). Praha: Hogrefe – Testcentrum. 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.
31. Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653-660.
32. Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J. (1996). Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 615-621.
33. Dvořák, J. (2001). *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]. 2. upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum*. 223 s. ISBN 80-902536-2-8.
34. Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. In: *School Psychology Quarterly*, 13(3), 192-227.
35. Friedberg, D. R., McClure, M. J. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents v The Nuts and Bolts*. New York: The Guilford Press. 354 pp. ISBN 1-57230-723-4.
36. Friedberg, D. R., McClure, M. J., Garcia, H. J. (2009). *Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents: tools for enhancing practice*. New York: The Guilford Press. 326 pp. ISBN 978-1-60623-313-9.
37. Gajdošová, E. (1998). *Školský psycholog a jeho vstup do humanizácie našich škôl*. Bratislava: Príroda. 189 s. ISBN 80-07-01029-7.
38. Garcia, A. M., Freeman, J. B., Francis, G., Miller, L. M., Leonard, H. L. (2004). Selective mutism. In: Ollendick, T. H., March, J. S. (eds.). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*, 433-455. New York: Oxford University Press.
39. Geldard, K., Geldrad, D. (2008). *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál. 336 s. ISBN 978-80-7367-476-2.
40. Goodman, R., Scott, S. (1997). *Child Psychiatry*, Blackwell Science Ltd, London.
41. Graham, P., Turk, J., Verhulst, F. (1999). Introduction. In: Graham, P., Turk, J., Verhulst, F. *Child psychiatry. A developmental approach*. 3rd edn. New York: Oxford University, 1-42.
42. Guna-Dumitrescu, L., Pelletier, G. (1996). Successful multimodal treatment of a child with selective mutism: a case report [leter]. In: *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie*, 41, 417.
43. Hadley, N. (1994). *Elective Mutism: A Handbook for Educators, Counsellors and Health Care Professionals*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 244 pp. ISBN 0-7923-2418-8.
44. Hartmann, B., Lange, M. (2008). *Mutizmus v dětství, mládí a dospělosti. Rádce pro rodinné příslušníky, postižené, terapeuty a pedagogy*. Praha: Triton. 82 s. ISBN 978-80-7387-021-8.
45. Hayden, T. L. (1980). Classification of elective mutism. In: *American Academy of Child Psychiatry*, 129, 118-133.
46. Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877–1981: a literary summary. In: *Acta Paedopsychiatrica*, 49(6), 297-319.
47. Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., DePetrillo, L., Briesch, J., Ollendick, T. H., Rosenbaum, J. F., Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 498-510.
48. Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., Chorpita, B. F. (2016). Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.

49. Humpolíček, P. (2004). Scénotest - příručka pro praxi. Brno: M.S.D., spol. s r.o. 70 s. ISBN 80-86633-20-9.
50. Chansky, T. E. (2004). Freeing your child from anxiety. New York: The Rivers Press. 308 pp. ISBN 978-0-7679-1492-5.
51. Imrich, A. (1998). Selective mutism: the implications of current research for the practice of educational psychologists. In: *Educational Psychology in Practice*, 14, 52-59.
52. James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. In: *Cochrane Database Syst Rev*, 16, 11.
53. Johnson, M. (1999). A community-based intervention programme with selectively mute siblings, workshop presentation at the Afasic 3rd International Symposium, York.
54. Johnson, M., Glasseberg, A. (1992). Breaking down the barriers. East Kent Community NHS Trust.
55. Johnson, M., Wintgens, A. (2001). *The Selective Mutism Resource Manual*. United Kingdom: Speechmark. Publisher. 298 pp. ISBN 978-1-909-30133-7.
56. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry*. 7th edn. Baltimore: Williams and Wilkins. 1257 pp.
57. Kehle, T. J. (1998). Augmented self-modelling as a treatment for children with selective mutism. In: *Journal of School Psychology*, 36, 247-260.
58. Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110.
59. Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366-380.
60. Kendall, P. C., Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive Behavioural Therapy for Anxious Children: A Therapist's Handbook*, 3rd Edition. Ardmore, PA: Workbook Publishing. 104 pp. ISBN-13 978-1888805222.
61. Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282-297.
62. Kolvin, I., Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.
63. Konečný, R., Bouchal, M. (1966). *Psychologie v lékařství*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p. 316 s. 08-058-71.
64. Krasulová, R. (2006) Symbolické funkcie a využitie vizuálnych symbolov v arteterapii. In: *Postavenie arteterapie v komplexnej liečbe duševných porúch*. In: *Postavenie arteterapie v komplexnej liečbe duševných porúch*. Víkendové sympóziu organizované Ligou za duševné zdravie 13. – 14. mája 2006 v Dome umelcov Gugging v Rakúsku.
65. Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249-256.
66. Kristensen, H. (2002). Non-specific markers of neurodevelopmental disorder/delay in selective mutism. A casecontrol study. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(2), 71-78.
67. Kristensen, H., Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: a case-control study. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 648.
68. Kristensen, H., Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder. In: *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 347-353.
69. Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(1), 24-29.
70. Kutáľková, D. (1996). *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál. 213 s. ISBN 80-7178-115-0.
71. Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The Art of the Relationship*. New York: Routledge Taylor & Francis Group. 442 pp. ISBN 978-0-415-88681-9.
72. Landreth, G. L., Sweeney, D. S., Ray D. C., Homeyer, L. E., Glover, G. J. (2010). *Play therapy interventions with children's problems*. Maryland: Jason Aronson. 240 pp. ISBN-13 978-0-7657-0801-4.
73. Lang, C., Nir, Z., Gothelf, A., Domachevsky, S., Ginton, L., Kushnir, J., Gothelf, D. (2016). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. In: *European Journal of Pediatrics*, 175, 481-487.
74. Lechta, V., Mikulajová, M., Kerekreťiová, A., Nádorníková, V., Cséfalvay, Z., Pečeňák, J., Tarkowski, Z., Matějček, Z. (2003). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydanie. Praha: Portál. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
75. Majerechová, G. (2012). Možnosti využitia kognitívno-behaviorálnej terapie v liečbe selektívneho mutizmu. Manuál pre KBT – terapeutov. Liptovský Mikuláš: ABC- Inštitút pre výcvik v kognitívno-behaviorálnej terapii. 149 s.
76. Majerechová, G. (2013). Selektívny mutizmus ako úzkostná porucha? Stručný prehľad o etiológii selektívneho mutizmu. In: *Psychologie pro praxi 1-2, XLV III*, 33-41.
77. Malá, E. (2000). Porucha sociálných vzťahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci: Elektivní mutismus. In: Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. et al.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. s. 323-324. ISBN 80-7178-472-9.
78. Manassis, K., Tannock, R., Garland, E., Minde, K., McInnes, A., Clark, S. (2007). The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1187-1195.
79. Matějček, Z. (1991). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 334 s. ISBN 80-04-24526-9.
80. Matějček, Z. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál. 344 s. ISBN 978-80-262-000-0.
81. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*. (2000). *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vydání. Praha: Psychiatrické centrum. 306 s. ISBN 80-85121-44-1.
82. Michalidesová, E. (2008). Možnosti aplikácie arteterapie u onkologických detských pacientov. Rigorózna práca. Bratislava: Katedra špeciálnej pedagogiky Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského. 116 s..
83. Moškuriáková, Z. (2021). Elektívny mutizmus. [online]. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Štandardné postupy. [cit. 24.-01.-2022]. Dostupné na internete: <https://health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/17-03-2021/Elektivny-mutizmus.pdf>
84. Nowakowski, M. E., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Evans, M. A., Edison, S., Pierre, J. St., Boyle, M. H., Schmidt, A. (2009). Language and Academic Abilities in Children with Selective Mutism. In: *Infant and Child Development*, 18, 271-290.

85. Oerbeck, B., Johansen, J., Lundahl, K., Kristensen, H. (2011). Selective mutism: A home-and kindergarten-based intervention for children 3–5 Years: A pilot study. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 370-383.
86. Oerbeck, B., Stein, M. B., Pripp, A. H., Kristensen, H. (2014). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1-10.
87. Pečeňák, J. (2002). Diagnostika mutizmu. In: Lechta, V. (ed.). *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta. 267 s. ISBN 80-8063-100-X.
88. Perczel Forintos, D., Mórotz, K. (eds.). (2006). *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. o. 659-722. ISBN 963-242-966-4.
89. Pionek, B. C., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I. E. (1996). Selective mutism: a meta analysis of intervention outcomes. Presented at the 104th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto.
90. Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. et al. (2007). *Kognitívne-behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton. 1047 s. ISBN 978-80-7254-865-4.
91. Probstová, K. (2002). Možnosti využitia arteterapie u detí so špecifickými poruchami učenia. Diplomová práca. Trnava: Trnavská univerzita Filozofická fakulta. s. 46.
92. Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 284-296.
93. Richburg, M. L., Cobia, D. C. (1994). Using behavioral techniques to treat elective mutism: A case study. In: *Elementary School Guidance & Counseling*, 28, 3.
94. Roe, V. (1993). An interactive therapy group. In: *Child Language Teaching and Therapy*, 9, 133-140.
95. Ronenová, T. (2000). Psychologická pomoc dětem v nesnázi. Kognitívne-behaviorální přístupy při práci s dětmi. Praha: Portál. 159 s. ISBN 80-7178-370-6.
96. Sejšťová, L. (2016). Arteterapeutické techniky pre prácu s deťmi a dospievajúcimi. In: Timková, B. (ed.) *Paedagogica* 28. Bratislava: Univerzita Komenského, 28, 75-96. ISBN 978-80-223-4274-2.
97. Silverman, W. K., Pina, A. A., Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.
98. Smayling, J. M. (1995). Analysis of six cases of voluntary mutism. In: *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 24, 55-58.
99. Sovák, M. (1978). *Elementární logopedická diagnostika a prevence*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 130 s. ISBN 14-759-78.
100. Stallard, P. (2002). *Think Good - Feel Good. A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People*. England: John Wiley & Sons Ltd. 186 pp. ISBN 0-470-84290-3.
101. Standart, S., Le Couteur, A. (2003). The Quiet Child: A Literature Review of Selective Mutism. In: *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 154-160.
102. Steinhausen, H., Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614.
103. Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2009). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál. 792 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
104. Šicková-Fabrici, J. (2002). *Základy arteterapie*. Praha: Portál. 304 s. ISBN 978-80-262-1043-6.
105. Škorvavová, E. (2020). Kognitívno-behaviorálna terapia detí so strachom a úzkosťou. Žilina: EDIS-vydavateľské centrum ŽU. 462 s. ISBN 978-80-554-1628-1.
106. Škorvavová, E. (2020). Preventívne a intervenčné programy v kontexte sociálno-patologických javov - preventívny program Slnéčnice nádeje, druhé rozšírené vydanie. Žilina: EDIS-vydavateľské centrum ŽU. 147 s. ISBN 978-80-554-1696-0.
107. Škorvavová, E. (2022). Kognitívno-behaviorálna terapia mutizmu alebo Prečudesný vesmír mlčania. Žilina: Edis-vydavateľstvo UNIZA. 227 s. ISBN 978-80-554-1878-0.
108. Šlepecký, M., Praško, J., Možný, P., Kotianová, A., Vyskočilová, J. (2018). Třetí vlna v kognitívne-behaviorální terapii. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-1340-6.
109. Šturma, J., Vágnerová, M. (1982). *Kresba postavy T-76*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p. 102 s.
110. Tichá, E. (2016). Mutizmus. In: Kerekreťiová, A. et al. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. s. 179-194. ISBN 978-80-223-4165-3.
111. Uhlíř, J. (2004). Skupinová arteterapie jako součást komplexní péče o žáky se specifickými poruchami učení (SPU). In: *Arteterapie: Časopis české arteterapeutické asociace*, 5(1), 13-15.
112. Vágnerová, M. (1999). Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
113. Vágnerová, M. (2005). *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum. 430 s. ISBN 80-246-1074-4.
114. Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
115. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
116. Vecchio, J., Kearney, C. A. (2009). Treating Youths With Selective Mutism With an Alternating Design of Exposure-Based Practice and Contingency Management. In: *Behavior Therapy*, 40, 4, 380-392.
117. Watson, S. (1995). Successful treatment of selective mutism: collaborative work in a secondary school setting. In: *Child Language Teaching and Therapy*, 2, 163-175.
118. Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. In: *British Journal of Psychiatry*, 146, 198-203.
119. Wintgens, A. (1999). Tackling speech and language when assessing and treating children with selective mutism, workshop presentation at the AFASIC 3rd International Symposium, York.
120. Woodcock, E. A., Milic, M. I., Johnson, S. G. (2007). Treatment programs for children with selective mutism. In: Einstein, D. (ed.), *Innovations and Advances in Cognitive Behaviour Therapy*. Bowen Hills Queensland: Australia Academic Press, 69-81.



**Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

**Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2023.

**Zuzana Dolinková**  
ministerka zdravotníctva