

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mutismus – problematika mutismu v naší a zahraniční literatuře  
Mutism – the problematics of mutism in Czech and foreign literature

Bc. Jana Buláková

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika/Logopedie

Studijní obor: Speciální pedagogika/Logopedie

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Mutismus – problematika mutismu v naší a zahraniční literatuře potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 11. 7. 2024

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí své práce doc. PaedDr. Jirině Klenkové, Ph.D. za odborné vedení a trpělivý přístup.

Také děkuji příteli Vratislavovi za podporu během celého studia.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá pojetím mutismu v české a cizojazyčné literatuře. Jedná se o teoretickou práci, jejímž cílem je především analyzovat získané poznatky o mutismu a komparovat je mezi sebou. Práce je rozdělena do tří částí. První kapitola práce analyzuje poznatky o mutismu získané z české odborné literatury, mutismus vymezuje a dále se věnuje jeho nejnámější formě – selektivnímu mutismu. Zabývá se jeho etiologií, výskytem a prognózou, dále symptomatologií, diagnostikou, diferenciální diagnostikou, terapií a přístupem k jedincům s tímto onemocněním. Druhá kapitola rovněž provádí obdobnou analýzu, tentokrát ovšem vychází z německé odborné literatury. Závěrečná část práce je věnována komparaci získaných poznatků a jejich doplnění o moderní poznatky vycházející z anglickojazyčné odborné literatury. Všechny zkoumané oblasti, s výjimkou vymezení mutismu, jsou podrobněji rozpracovány v cizojazyčné literatuře, největší rozdíly se nacházejí v oblasti etiologie, diagnostiky a terapie. Zatímco v české literatuře bývá téma mutismu zpracováno spíše v obecné rovině, německojazyčné zdroje nabízejí celou řadu podrobně popsanych pojetí selektivního mutismu a přístupů k němu, nejvíce v oblasti terapie, kde v německojazyčné oblasti existuje několik zavedených podrobně rozpracovaných metodik, jaké v českém prostředí chybí. Jako cizojazyčná literatura je v práci preferována právě německojazyčná literatura, protože z anglickojazyčných zdrojů již byly v minulosti vytvořeny dvě diplomové práce na obdobné téma. Zohledněna je nicméně také anglická odborná literatura sepsaná až po vzniku obou z prací.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

mutismus, selektivní mutismus, elektivní mutismus, mlčení, diagnostika, psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie

## **ABSTRACT**

This bachelor's thesis focuses on how mutism is presented in Czech and in an other-language professional literature. The thesis is a theoretical one and its aim is primarily to analyse gathered knowledge about mutism and to compare it. The thesis consists of three parts. The first chapter analyses material from Czech professional literature; mutism is defined and then focus is directed towards the most known form of mutism – selective mutism. Its etiology, incidence and prognosis as well as its symptomatology, diagnostics, differential diagnostics, therapy and approach to individuals with this disorder are presented. In the second chapter, an analogical analysis based on German-language professional literature follows. The thesis' final part is dedicated to comparing the gathered material and adding recent knowledge from English-language professional literature. All the areas that are examined, with the exception of the definition of mutism, appear to be encompassed more thoroughly in the German-language material, with the starkest differences seen in the areas of etiology, diagnostics and therapy. While in Czech professional literature, the theme of mutism is mostly viewed from a more general perspective, German-language sources offer a series of detail descriptions of selective mutism and approaches towards it, primarily in the field of therapy, with several well-established and elaborate methodological approaches being available – something that is lacking in the Czech context. German-language literature is the preferred counterpart to Czech literature in this thesis since there have been two master's theses about a similar theme created in the past. However, English-language professional writings issued after both of the theses' creation are taken into account as well.

## **KEYWORDS**

mutism, selective mutism, elective mutism, muteness, diagnostics, psychotherapy, cognitive-behavioral therapy

## Obsah

Úvod .....	6
1 Pojetí mutismu ve vybrané české literatuře .....	8
1.1 Vymezení mutismu.....	8
1.2 Etiologie, výskyt a prognóza selektivního mutismu .....	12
1.3 Symptomatologie, diagnostika a diferenciální diagnostika selektivního mutismu	14
1.4 Terapie a přístup k jedincům se selektivním mutismem .....	19
2 Pojetí mutismu ve vybrané německé literatuře .....	23
2.1 Vymezení mutismu.....	23
2.2 Etiologie, výskyt a prognóza selektivního mutismu .....	26
2.3 Symptomatologie, diagnostika a diferenciální diagnostika selektivního mutismu	32
2.4 Terapie a přístup k jedincům se selektivním mutismem .....	39
3 Komparace přístupů doplněná o moderní poznatky o mutismu z anglickojazyčné literatury .....	55
3.1 Vymezení mutismu.....	55
3.2 Etiologie, výskyt a prognóza selektivního mutismu .....	56
3.3 Symptomatologie, diagnostika a diferenciální diagnostika selektivního mutismu	60
3.4 Terapie a přístup k jedincům se selektivním mutismem .....	64
Závěr.....	68
Seznam použitých informačních zdrojů .....	70
Seznam příloh.....	75

## Úvod

Mutismus je poměrně vzácně se vyskytující narušení komunikační schopnosti, které se vyznačuje nemluvností bez organického poškození centrální nervové soustavy. Jedná se o problematiku na pomezí psychiatrie, psychologie, speciální pedagogiky (logopedie), foniatry a neurologie. V české odborné literatuře je téma mutismu zpracováno spíše okrajově, proto je žádoucí doplnit poznatky o něm o další jazykové oblasti. Tato práce si tedy klade za cíl analyzovat poznatky o mutismu v české a zahraniční literatuře a komparovat je mezi sebou. Práce se zaměří na to, jak česká a dále především německá (v menší míře i anglickojazyčná) literatura na mutismus pohlíží, jak vnímá jeho symptomy, prognózu, etiologii, diagnostiku a terapii.

Práce je teoretického charakteru, jejím podkladem je rešerše české a cizojazyčné odborné literatury a analýza tohoto materiálu. Práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se věnuje mutismu tak, jak je pojat v české odborné literatuře: definuje jeho vymezení a dále se zabývá především nejčastější formou tohoto onemocnění – selektivním mutismem.<sup>1</sup> Zabývá se jeho etiologií, výskytem a prognózou, dále symptomatologií, diagnostikou, diferenciální diagnostikou, terapií a přístupem k jedincům s tímto onemocněním. Druhá kapitola provádí obdobnou analýzu, tentokrát ovšem vychází z německé odborné literatury. Třetí kapitola je věnována komparaci vybraných získaných poznatků, které jsou dále doplněny o moderní poznatky vycházející z anglickojazyčné odborné literatury.

V této práci jsou jako cizojazyčné zdroje preferovány německy psané literární zdroje, protože z anglicky psaných již byly v minulosti vytvořeny dvě diplomové práce na obdobné téma pod téže školitelkou: jedná se o diplomové práce Táni Čížkové *Diagnostika a terapie selektivního mutismu v české a vybrané anglické literatuře* z roku 2012 a Petry Páleníkové *Analýza současných názorů na mutismus v odborné české i cizojazyčné literatuře* z roku 2015. Tato práce doplňuje poznatky o mutismu o novou jazykovou oblast a též zohledňuje vybranou anglickou odbornou literaturu sepsanou až po vzniku obou z prací.

Za stěžejní pro svou práci považuji z českých odborných literárních zdrojů kapitolu o mutismu z *Kompendia klinické logopedie* od Preissové (2018), která je zároveň nejnovějším

---

<sup>1</sup> Pro toto onemocnění existuje také název elektivní mutismus, diskusi nad oběma termíny viz v kapitole 1.1.

odborným příspěvkem k tomuto tématu v našem jazykovém prostředí, a dále kapitolu o diagnostice mutismu od Pečeňáka (2003) z knihy *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*.

Z německojazyčných odborných zdrojů považuji za velmi přínosné komplexní pojetí selektivního mutismu od autorů Melfsen, Warnke a Walitza (2018), příspěvek autorů Plener a Spröber-Kolb (2020) a dále díla Borise Hartmanna. Zdrojem několika příspěvků analyzovaných v této práci je německý odborný časopis *Praxis Sprache* (především roč. 2016, č. 3), který se zabývá mimo jiné právě tématem selektivního mutismu a přináší nové poznatky od řady předních německých odborníků na toto onemocnění (stěžejní na poli terapie je např. článek autorů Subellok a Bahrfeck-Wichitill, 2016). Z moderních anglickojazyčných zdrojů lze vyzdvihnout především knihu o selektivním mutismu autorů Johnson a Wintgens (2017) a anglickojazyčné studie německého týmu Melfsen a kol. (2021, 2022).



# 1 Pojetí mutismu ve vybrané české literatuře

## 1.1 Vymezení mutismu

Mutismus je řazen mezi psychogenní poruchy, vyznačuje se nepřítomností nebo ztrátou řečových projevů, která není podmíněná organickým poškozením centrální nervové soustavy. Jeho hlavním příznakem je nemluvnost, přičemž šepot a jednoduché jednoslovné odpovědi mohou být u jedince v některých případech zachovány. Neverbální komunikace zpravidla nebývá poruchou postižena, nemocný ji často využívá i ve větší míře, než bývá běžné (Lejska 2003, 113). Jedná se o funkční ztrátu řečových projevů, které již byly zcela nebo alespoň částečně nabyty. Jedinec řeči rozumí, ale v některých konkrétních situacích verbální projev nevyužívá. Mutismus se nejčastěji vyskytuje u dětí předškolního a mladšího školního věku, může se však objevit i u mladistvých a dospělých. Problematika mutismu zasahuje do několika vědních disciplín: psychiatrie, psychologie, logopedie, foniatry a neurologie (Preissová 2018, 525).

Termín mutismus je odvozený od latinského výrazu *mutus* „němý“ (Pražák a kol. 1955, heslo *mutus*). Klinický obraz mutismu byl poprvé popsán německým lékařem Adolfem Kussmaulem roku 1877. Pojem elektivní mutismus pak zavedl roku 1934 švýcarský psychiatr Moritz Tramer; termín byl užíván až do roku 1994, kdy byl v rámci čtvrtého vydání *Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace* (DSM-IV) upraven na pojem selektivní mutismus (Preissová 2018, 525). V české odborné literatuře jsou oba tyto pojmy (selektivní i elektivní) většinou užívány synonymně. Jsou odvozeny od latinských sloves *seligo* a *eligo*. Tyto pojmy překládá např. i nejobsáhlejší latinsko-český slovník sestavený Pražákem a kol. (1955, hesla *seligo*, *eligo*) bez většího rozlišení významu jako „vybírat“. Oba termíny dokládají, že byl dříve mutismus chápán jako stav, který si jedinec zvolil dobrovolně. Nicméně Preissová (2018, 526) udává mezi termíny mírný rozdíl: elektivní je podle ní „výběrový a plánovaný“, selektivní „výběrový a náhlý, akutní“, i když toto rozdělení nepodkládá žádnou etymologií. Dále uvádí, že v evropském prostředí je běžněji užíván termín elektivní. Avšak vzhledem k tomu, že ve veškeré nedávné německo- a anglickojazyčné literatuře, z níž vychází tato práce, se preferuje termín selektivní mutismus, je použit i v této práci.

Podrobnější terminologie mutismu je v české literatuře značně různorodá a nejednotná. Dominují dvě schémata rozdělení mutismu na jednotlivé podtypy: širší (užívané v psychiatrické literatuře), které stanovuje více forem mutismu, a užší (užívané v logopedické literatuře), které uvádí tři typy mutismu (Preissová 2018, 526).

Nejširší schéma rozdělení mutismu můžeme v české literatuře najít u Dvořáka (2007, 122–123). Ostatní autoři od něj většinu typů přejímají, popřípadě k nim dodávají určité poznatky.<sup>2</sup> Dvořák (2007, 122–123) rozlišuje:

- **mutismus autistický:** vyznačuje se nedostatkem mluvní iniciace, který může vést až k úplné němotě. Zřejmě se jedná o symptom dětské schizofrenie.
- **mutismus perzistentní:** nemluvnost trvající minimálně jeden měsíc. Preissová (2018, 527) uvádí, že symptomy obvykle odeznívají do jednoho roku.
- **mutismus tranzientní:** přechodná ztráta řeči bez přesně stanoveného časového limitu; může se objevit např. s počátkem školní docházky a v průběhu prvního roku se většinou spontánně upraví. Škodová (2007, 208) uvádí, že se jedná v praxi o nejčastější obraz selektivního mutismu. Preissová (2018, 527) dává spontánní ústup tranzientního mutismu do souvislosti s postupným vyžíváním centrální nervové soustavy dítěte (dítě je schopné čím dál lépe zvládat problémové situace).
- **mutismus primární:** nesprávné označení pro absenci artikulované řeči od samého počátku vývoje dítěte.
- **mutismus psychotický:** většinou symptom nastupující psychózy.
- **mutismus reaktivní:** ztráta řeči vzniklá v jasné časové souvislosti s psychotraumatickým zážitkem. Lejska (2003, 113) řadí ve svém rozdělení reaktivní mutismus společně se situačním mutismem k podtypům selektivního mutismu.
- **mutismus traumatický:** mutismus, který vznikl jako důsledek jednoznačně vymezeného emocionálního nebo tělesného traumatu.
- **mutismus situační:** krátkodobá nemluvnost typická pro určitou náročnou situaci.<sup>3</sup> Škodová a kol. (2007, 208) uvádí, že omezení funkčnosti zde nebývá tak závažné,

---

<sup>2</sup> Významné poznatky ostatních autorů, pokud jsou k dispozici, jsou vždy uvedeny u jednotlivých typů mutismu za jejich základní charakteristikou sepsanou Dvořákem (2007).

<sup>3</sup> Např. pobyt v novém prostředí apod.

aby vyžadovalo specializovanou péči. Preissová (2018, 526) považuje situační mutismus za nejčastější formu selektivního mutismu.

- **mutismus neurotický:** neurotické zábrany znemožňují jedinci, aby v určitých náročných společenských situacích promluvil. Podle Preissové (2018, 527) se jedná o těžší formu situačního mutismu.
- **mutismus totální specifický:** úplná, náhlá ztráta schopnosti verbální komunikace, která vznikla v důsledku silného psychického traumatu. Jedinec se pokouší navázat komunikaci jinými způsoby.<sup>4</sup>
- **mutismus elektivní a selektivní:** útlum artikulované řeči, avšak pouze v kontaktu s určitými osobami nebo v konkrétním prostředí či situaci, přičemž neverbální komunikace bývá zpravidla zachována. V jiných situacích, s jinými lidmi jedinec verbální komunikaci využívá. Stav musí trvat nejméně jeden měsíc (blíže viz níže).
- **mutismus totální:** úplný útlum verbální komunikace ve všech situacích, prostředích a se všemi osobami. Může se do něj „rozšířit“ selektivní mutismus; jedná se o vzácnější formu.

Dvořák (2007, 122–125) dále uvádí, že pod pojem mutismus jsou nepřesně zahrnuty i další druhy narušení komunikační schopnosti, pro které je charakteristická náhlá absence artikulované řeči. Sem řadí **mluvní negativismus**, tedy úmyslné odmítání verbální komunikace vůči určité osobě (osobám) k vyjádření vzdoru a nepřátelství, např. za účelem potrestání dané osoby. Dále **logofobii**, neboli útlum či úplnou absenci řeči kvůli strachu z mluvení; popřípadě **fonofobii**: strach ze svého hlasu. A také **mluvní ostych**, který je typický pro samotářské, neprůbojné děti a vyznačuje se studem mluvit před neznámými lidmi, v neznámém prostředí apod. Jiní autoři se v pojetí typologie mírně odlišují, např. Pečeňák (2003, 252–253) řadí mluvní negativismus pod mutismus. Jako podobnou mutismu dále uvádí **psychogenní afonii**, tedy neschopnost produkovat přiměřeně hlasitý verbální projev, a tzv. **dobrovolnou nemluvnost**,<sup>5</sup> při níž je mlčení záměrné.

V logopedickém schématu jsou většinou pod pojem mutismus zahrnovány tři druhy narušení komunikační schopnosti. Jejich společným znakem je ztráta schopnosti promluvit. Jedná se

---

<sup>4</sup> Např. gesty, psaním apod.

<sup>5</sup> Odborně označenou jako *aphasia voluntaria*.

o **totální mutismus**, **selektivní mutismus** a **surdmutismus**. Totální a selektivní mutismus byly již popsány výše. Pro surdomutismus je typické, že útlum verbální komunikace je rozšířen i na oblast slyšení (Škodová 2007, 208). Preissová (2018, 526) uvádí, že ztráta sluchového vnímání mluvené řeči je v tomto případě doplněna nadprůměrnou schopností odezírání. Můžeme se proto domnívat, že jedinec naslouchá řeči podvědomě.

V 11. revizi *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*<sup>6</sup> je charakterizována pouze jedna forma mutismu: selektivní mutismus. Je uveden pod kódem 6B06 a řazen do podkategorie *Úzkostné poruchy nebo poruchy související se strachem* a širší kategorie *Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy*, které nesou souhrnný kód 06 (Světová zdravotnická organizace 2023). Z diagnózy selektivního mutismu je oproti předchozí 10. verzi klasifikace nemocí<sup>7</sup> vypuštěn poměrně přebytečný časový údaj o obvyklém vzniku poruchy: dříve byl totiž selektivní mutismus řazen do kategorie *Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání*. Rovněž název onemocnění byl mezi MKN-10 a MKN-11 upraven z „elektivní mutismus“ na „selektivní mutismus“. Již Klenková (2006, 93) ale upozorňuje, že zařazení do kategorie dětí a dospívajících nevyklučuje diagnostikování této poruchy v dospělosti. V případě selektivního mutismu u dospělého se však zpravidla má jednat o symptom jiného onemocnění (např. poruchy osobnosti, psychotické poruchy, sociální fobie, depresivního syndromu aj.).

Selektivní mutismus není poruchou řeči samé, ale poruchou jejího používání, proto je řazen mezi poruchy sociálních vztahů. Vývoj řeči u dítěte zpravidla nebývá výrazněji narušen (mohou se objevit artikulační poruchy lehčího typu či mírná neobratnost při verbálním vyjadřování). Jedinec v některých situacích mluví dobře, v jiných však verbálně nekomunikuje vůbec (Říčan a kol. 2006, 193). Nejčastěji nemluví ve škole nebo mateřské škole, popřípadě se všemi cizími dospělými, nebo ani s cizími dětmi. Výjimečně byl zaznamenán opačný průběh, kdy dítě nehovořilo doma, zatímco jinde ano, v takovýchto případech se však většinou jednalo o dítě vyrůstající v silně dysfunkční rodině (Preissová 2018, 181). Selektivní mutismus se může objevit i jako komorbidní porucha k jiným psychickým poruchám.<sup>8</sup> Problematickým aspektem je, že vzhledem k nápadnosti selektivního mutismu

---

<sup>6</sup> Ve zkratce MKN-11, vstoupila v platnost od 1. 1. 2023.

<sup>7</sup> Ve zkratce MKN-10.

<sup>8</sup> Např. generalizované úzkostné poruše nebo depresi aj.

a obtížím při vyšetření jedince mohou přidružená psychická onemocnění unikat diagnostice. Časté je též spojení selektivního mutismu s opozičními poruchami: např. s emoční odtažitostí nebo schizoidními rysy (Říčan a kol. 2006, 193). K rozvoji selektivního mutismu dochází poměrně často v dětském věku i u jedinců s autismem nebo Aspergerovým syndromem (Říčan a kol. 2006, 215).

## 1.2 Etiologie, výskyt a prognóza selektivního mutismu

Selektivní mutismus řadíme z hlediska společného etiologického základu do psychogenních poruch. Psychogenní poruchy nemají jednoznačně diagnostikovatelný organický podklad, vznikají na podkladě psychických obtíží a poruch, které ovlivňují komunikační proces. Do skupiny psychogenních poruch kromě mutismu dále řadíme kognitivně-komunikační poruchy u poruch autistického spektra, psychóz aj. (Neubauer 2018, 43). Obtíže spojené se selektivním mutismem se tedy sice manifestují jako řečový problém, ale jejich skutečné příčiny jsou psychogenního charakteru (Neubauer 2018, 529).

Etiologie selektivního mutismu je poměrně rozmanitá. Škodová (2007, 208) uvádí, že mutismus může vzniknout náhle po těžké psychotraumatizaci či jako reakce na přetěžování, nesprávný styl výchovy apod. Nevhodnými reakcemi okolí na mutistické projevy jedince se pak problém často prohlubuje a z mutismu se stává přetrvávající stav.

Pečeňák (2003, 253–255) dělí etiopatogenetické faktory selektivního mutismu přehledně do tří skupin:<sup>9</sup>

První skupinu tvoří **faktory, které projevy selektivního mutismu bezprostředně vyvolaly** a způsobily akutní psychotraumatizaci jedince. Nejčastěji se jedná například o začátek školní docházky, změnu prostředí, stěhování, konflikty v rodině, výsměch spolužáků apod. Projevy mutismu mohou vzniknout i v bezprostřední reakci na tělesné tresty a jiná závažnější emocionální či tělesná traumata. Pro tento typ mutismu užíváme někdy též označení traumatický (viz výše).

---

<sup>9</sup> Jaký podíl mají na vzniku poruchy jednotlivé faktory, které na jedince působí v rámci prostředí, lze však stanovit jen obtížně. Na každého jedince je třeba nahlížet zcela individuálně.

Zadruhé se na vzniku selektivního mutismu podílí **faktory predispoziční**, které jsou dané osobnostní konstitucí jedince, popř. dalšími vlivy. Tyto faktory vyvolávají u jedince spíše chronickou frustraci než akutní psychotraumatizaci. K predispozičním faktorům řadíme:

- **faktory ovlivňující celkovou funkčnost jedince:** tedy jeho schopnost začlenit se do kolektivu vrstevníků, adaptovat se na změny apod. Jedná se např. o intelektový deficit, přítomnost řečové vady nebo jiné tělesné odlišnosti.
- **faktory rodinné:** např. hyperprotektivní výchova, separační anxiozita, závažné konflikty mezi rodiči, „boj o dítě“ při nejednotné výchově, sourozenecká rivalita apod.
- **určité osobnostní rysy jedince:** především zvýšená anxiozita, pocity viny a neschopnosti, opoziční chování, zvýšená vazba na rodiče, vyhýbání se sociálním kontaktům aj.
- **chronické stresové faktory:** např. dlouhodobé obavy z trestu, nadměrná přísnost, strach ze spolužáků, výsměch. Vznik selektivního mutismu tedy může mít příčinu i v dlouhodobé frustraci dítěte, při které nejsou z důvodu chronické stresové zátěže dlouhodobě dostatečně uspokojovány jeho základní psychické potřeby.<sup>10</sup>

Třetí skupinu tvoří **faktory udržovací**, jedná se například o přetrvávání rodinných či chronických stresových faktorů uvedených výše. Kvůli jejich přetrvávání je mutistické chování jedince upevňováno. Pečeňák (tamtéž) zdůrazňuje především vliv nevhodné reakce okolí na mutismus jedince (trestání za to, že nemluví, výsměch okolí, sociální izolace, slibování odměn za mluvení aj.).

Jednodušší členění základních příčin vzniku selektivního mutismu předkládá Klenková (2006, 93). Příčiny dělí na **endogenní** a **exogenní**. Mezi endogenními příčinami uvádí např. velkou psychickou citlivost jedince vůči vlastním výkonům. K exogenním příčinám řadí pobývání jedince v prostředí, které je pro něj psychicky zatěžující, například má přehnané požadavky na jeho řečový výkon či chování.

Výskyt selektivního mutismu je poměrně vzácný. Neubauer (2018, 528) s odkazem na páté vydání *Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace*<sup>11</sup> uvádí, že

---

<sup>10</sup> Potřeba bezpečí, dostatečného množství podnětů pro kognitivní a emocionální vývoj, později potřeba socializace ve skupině vrstevníků, osamostatňování se od rodičů aj.

<sup>11</sup> Ve zkratce DSM-V.

selektivní mutismus se vyskytuje u 0,03 až 1 % jedinců, přičemž četnost výskytu je závislá na prostředí a věku jedinců. Pečeňák (2003, 252) udává, že v našem prostředí se selektivní mutismus vyskytuje přibližně u 3 až 8 dětí z 10 tisíc.

Selektivní mutismus se nejčastěji vyskytuje u dětí v předškolním věku, mírně převažuje výskyt u dívek. Může se však projevit i později (ve školním věku nebo i v dospělosti). Pokud se objeví v dospělosti, jedná se však zpravidla o tzv. psychotický mutismus, tedy symptom jiného psychického onemocnění (Škodová 2007, 208).

Prognóza onemocnění je velmi individuální a závislá na mnoha vstupních faktorech (zejména na věku jedince, rodinné zátěži apod.) (Preissová 2018, 535–536). Preissová (tamtéž) s odkazem na zahraniční studie<sup>12</sup> uvádí, že na úspěšnost terapie mají prokazatelně největší vliv následující faktory: včasnost zachycení poruchy, genetické dispozice a vhodně zvolený terapeutický postup. Škodová (2007, 212) dodává, že u jedinců se selektivním mutismem je prognóza lepší a terapie zpravidla úspěšnější než u psychotických forem mutismu. Selektivní mutismus může odeznít bez následků a při včasném zachycení někdy i za poměrně krátkou dobu. Čím déle jsou však příznaky fixovány (např. vlivem nevhodného působení okolí), tím se zpravidla proces terapie stává náročnějším a zdlouhavějším. Při velkém tlaku na řečový projev jedince dokonce existuje riziko, že se komorbidně k selektivnímu mutismu vyskytne i koktavost.

### **1.3 Symptomatologie, diagnostika a diferenciální diagnostika selektivního mutismu**

Dominantním příznakem selektivního mutismu je situačně vázaná ztráta schopnosti komunikovat mluvenou řečí. Jedinec mluvenou řeč využívat chce, ale v určitých situacích a prostředích (většinou v mateřské škole, ve škole či v jiném prostředí mimo domov) nemůže. Projevy onemocnění jsou stabilní, absence verbální řeči v určitém prostředí je velmi pravděpodobná a dá se předvídat (Škodová 2007, 209).

---

<sup>12</sup> Studie Lindsey Bergman z roku 2014 prokázala, že úspěšnost terapie závisí na věku jedince a závažnosti poruchy; nejúspěšnějším terapeutickým postupem se ukázala kognitivně-behaviorální terapie. Další studie Lindsey Bergman a jejího týmu z roku 2013 prokázala účinnost individuální psychoterapie u jedinců se selektivním mutismem (Preissová 2018, 535).

K nemluvnosti se může přidat i nadměrná stydlivost až strach jedince ze společenského zne-  
možnění, negativismus, výbuchy vzteku, opoziční chování, nutkavé chování, schizoidní rysy  
aj. Komorbidně k selektivnímu mutismu se u jedinců velmi často vyskytuje další psychická  
porucha, nejčastěji sociální fobie (Neubauer 2018, 529). Říčan (2006, 193) dále uvádí jako  
poměrně časté spojení selektivního mutismu s generalizovanou úzkostnou poruchou, depre-  
sí, opoziční poruchou aj. Rovněž upozorňuje, že tyto přidružené psychické poruchy mohou  
kvůli nápadnosti selektivního mutismu a obtížím při vyšetření jedince<sup>13</sup> zůstat skryty.

Diagnostika selektivního mutismu musí být založená na mezioborové spolupráci dětského  
psychiatra a psychologa, neurologa, foniatra a klinického logopeda (Neubauer 2018, 532–  
533).

- **dětský psychiatr nebo psycholog:** zastává hlavní úlohu při diagnostice, určuje dia-  
gnózu a provádí diferenciální diagnostiku, dále vyšetřuje intelekt jedince, zjišťuje  
přítomnost logofobie a zabývá se tím, zda jsou u něj patrné i prvky jiné psychické  
poruchy (např. dětské schizofrenie, depresivní afektivní poruchy aj.). Pokud je jiná  
psychická porucha přítomna, rozlišuje, zda je selektivní mutismus jejím sekundárním  
projevem, nebo je poruchou primární.
- **neurolog:** vyšetřuje vyzrálou centrální nervovou soustavu jedince, popř. její nerovno-  
měrný vývoj. U některých jedinců mohou být odhaleny např. epileptické záchvaty,  
které nejsou klinicky přítomné (Landauův-Kleffnerův syndrom; blíže viz níže).
- **foniater:** vylučuje přítomnost sluchové vady či hlasové poruchy jedince.
- **klinický logoped:** zabývá se tím, zda se v pozadí mutismu vyskytuje i jiné narušení  
komunikační schopnosti (např. specifická vývojová porucha jazyka aj.).<sup>14</sup>

Pro diagnostikování selektivního mutismu musí být dodržena následující čtyři kritéria. Jedi-  
nec musí mít běžné či téměř běžné porozumění řeči. Schopnost verbální komunikace u něj  
musí být zachována a musí být dostačující pro udržování sociálních kontaktů. Rozdíl v po-  
užití verbální komunikace v různých sociálních situacích musí být výrazný. Nemluvnost

---

<sup>13</sup> Jedinec např. odmítá nejen verbálně komunikovat, ale i spolupracovat u řady neverbálních činností.

<sup>14</sup> K diagnostice přidružených poruch, které jsou v pozadí selektivního mutismu, může klinický logoped využít  
např. poslech a následný rozbor nahrávek z prostředí, kde se jedinec uvolněně verbálně projevuje.



v náročnějších situacích přetrvává déle než měsíc (Neubauer 2018, 529). Klenková (2006, 95) dodává, že do tohoto období nezahrnujeme první měsíc školní docházky.

Podrobněji se zaměříme na diagnostiku logopedickou, která začíná zpravidla probíhat po stanovení diagnózy dětským psychiatrem, případně klinickým psychologem. Pokud je jedincem se selektivním mutismem dítě, je vhodnější (ač se to v běžné praxi příliš nestává), aby na první návštěvu byli pozváni pouze jeho rodiče (mohou s sebou přinést nahrávku verbálního projevu dítěte v domácím prostředí).

Během prvotního rozhovoru s rodiči klinický logoped zjišťuje rodinnou anamnézu, tedy např. výskyt narušené komunikační schopnosti, duševních poruch či povahových zvláštností (málomluvnost, sklon k izolaci, schizoidní povahové rysy, hostilní chování) v rodině, postavení dítěte v rodině (sourozenecké konstelace, vzájemné postavení rodiče a dítěte apod.), rodinnou atmosféru (skryté konflikty, závažná onemocnění, hyperprotektivní výchova, úzkostné postoje rodičů, nadměrně přísná či perfekcionistaická výchova, nadměrné zatěžování dítěte, promítání ambicí rodičů na dítě atd.), atmosféru v mateřské škole či škole (podrobnosti o docházce dítěte, změny v kolektivu, šikana atd.).<sup>15</sup>

Dále klinický logoped zjišťuje (podobně jako u vyšetření jiných narušení komunikační schopnosti) osobní anamnézu jedince, tedy informace o těhotenství a porodu (včetně rizikových faktorů, které by mohly vést k možnosti narušení centrální nervové soustavy).<sup>16</sup> Dále postoj rodičů k těhotenství (úvahy o interrupci, vytoužené dítě atd.), prodělaná onemocnění a absolvovaná vyšetření, případně hospitalizace, obtíže se stravováním, spánkem, pomočováním. Rovněž zjišťuje osobnostní charakteristiku jedince a jeho fungování v sociálních situacích a ve vrstevnických vztazích, reakce a chování jedince při kontaktu s neznámou osobou, průběh adaptace v mateřské škole (reakce na odloučení od rodičů, přítomnost dobrého kamaráda ve škole apod.).

V rámci vstupního sezení s rodiči klinický logoped posuzuje rovněž vznik a vývoj projevů selektivního mutismu. Zjišťuje, kdy projevy jedince poprvé zaznamenalo okolí, případně zda je možné zaznamenat nějakou souvislost např. mezi překonanými onemocněními jedince

---

<sup>15</sup> Klinický logoped přitom musí brát v potaz, že o atmosféře v mateřské škole či škole nemusí být rodiče dostatečně dobře informováni nebo mohou informace zkreslovat (Neubauer 2018, 530).

<sup>16</sup> Jedná se například o užívání alkoholu, nikotinu či léků v těhotenství, infekci matky, vysokou míru stresu v těhotenství aj.

a rozvojem mutistických projevů. Dále ve kterých situacích se mutismus typicky projevuje, a kdy naopak nikoli. Jaký byl dosavadní průběh onemocnění, zda se jedinec pokouší verbální komunikaci nahradit gesty nebo jinou neverbální komunikací apod. Dále zda má mutismus, pokud se projevuje v dětském věku, vliv na změnu výchovných postojů rodičů a pedagogů (více pozornosti pro dítě apod.). (Škodová 2007, 210; Neubauer 2018, 529–531; Pečeňák 2003, 257–259).

V českém prostředí máme k dispozici pouze jednu diagnostickou pomůcku k určení selektivního mutismu: Záznamový arch k vyšetření mutismu, který vytvořil Pečeňák (2003, 260–261; příloha č. 1). V záznamovém archu se hodnotí např. projevy jedince s podezřením na selektivní mutismus v mateřské škole nebo škole, v rodinném prostředí, při klinickém vyšetření (v/bez přítomnosti pečujících osob), vznik a vývoj projevů mutismu, osobnostní rysy jedince, výchovný přístup pečujících osob, přítomnost komorbidních poruch u jedince aj.

Po vstupní konzultaci již následuje přímá diagnostika jedince, kterou můžeme považovat zároveň za počátek terapie. Je velmi pravděpodobné, že jedinec nebude při úvodních setkáních komunikovat verbálně. Klinický logoped to musí brát v potaz a bránit stupňující se psychotraumatizaci jedince, protože další negativní zkušenost z vyšetření by dokonce mohla projevy mutismu posílit. Odborník by měl již před prvním setkáním znát základní charakteristiky a zájmy jedince a tato témata využít, aby s jedincem mohl navázat pozitivní vztah. Vyšetřující si přitom všimá u jedince projevů negativismu, zdánlivé lhostejnosti, hněvivosti, způsobu navazování očního kontaktu, míry zvědavosti, změn v mimice a gestikulaci při projevu a rovněž reakce na úsilí vyšetřujícího o komunikaci. Pokouší se rozvinout oblíbená témata jedince a „vyprovokovat“ ho ke kontaktu<sup>17</sup> (Pečeňák 2003, 257–259).

Škodová (2007, 211) uvádí, že selektivní mutismus je třeba v rámci diferenciální diagnostiky odlišit především od následujících onemocnění:

- **Landauův-Kleffnerův syndrom** (neboli dětská epileptická afázie): jedná se o vzácné v dětském věku získané onemocnění, které se vyznačuje ztrátou receptivní i expresivní složky řečové komunikace. Mezi symptomy syndromu patří verbální sluchová agnózie, rychlý úbytek rozsahu řečové exprese, časté poruchy chování, obtíže

---

<sup>17</sup> Klinický logoped např. sestavuje puzzle, záměrně udělá chybu a čeká, zda a jak vyšetřovaný zareaguje.

v psaní aj. Při zahájení antiepileptické léčby a úspěšné klinicko-logopedické terapii epileptické záchvaty postupně vymizí a rovněž řečové schopnosti jedince jsou obnoveny do konce základní školy (Neubauer 2018, 468). Pečeňák (2003, 256) dodává, že v raném stadiu nemoci nemusí být epileptické záchvaty klinicky přítomny, podstatné jsou výsledky elektroencefalografického vyšetření.

- **poruchy autistického spektra:** jedná se o pervazivní vývojové poruchy vyznačující se rovněž narušením verbálního projevu. Charakteristické příznaky onemocnění i narušený verbální projev je na rozdíl od selektivního mutismu možné zpravidla sledovat už před 3. rokem dítěte (Pečeňák 2003, 256). Řičan (2006, 215; 227) však uvádí, že u jedinců s poruchami autistického spektra, především těch s Aspergerovým syndromem, kteří zpravidla trpí úzkostí ze sociálních situací a vyhýbají se jim, se poměrně často obě poruchy (pervazivní vývojová porucha i selektivní mutismus) vyskytují současně. Selektivní mutismus se může u jedince rovněž vyskytovat komorbidně k tzv. vyhýbavé poruše, při které se jedinec vyhýbá nebo i aktivně brání kontaktu s neznámými lidmi (při vystupňování vyhýbavé poruchy dochází k rozvoji sociální fobie či právě selektivního mutismu).
- **mentální retardace:** u jedinců, kteří mají selektivní mutismus a současně u nich existuje podezření na mentální postižení, je navíc výrazně ztížena diagnostika mentálního postižení. Selektivní mutismus totiž znemožňuje vyšetření aktuální mentální úrovně jedince (Pečeňák 2003, 256).
- **mluvní negativismus:** při mluvním negativismu na rozdíl od selektivního mutismu jedinec mluvit nechce, má ke sdělovacímu procesu odmítavý postoj; většinou rovněž odmítá náhradní sdělovací prostředky.

Pečeňák (2003, 256–257) dále uvádí nutnost odlišení selektivního mutismu od:

- **specifické vývojové poruchy jazyka**
- **depresivní afektivní poruchy:** při propuknutí v dětství může mít depresivní afektivní porucha velmi atypický klinický obraz. Ze symptomů se může vyskytnout např. snížená koncentrovanost jedince, oslabení zájmu, poruchy spánku či příjmu potravy, agresivní a opoziční chování.

- **schizofrenie v dětském věku:** vyskytuje se velice vzácně; chování jedince s poruchou obsahuje bizarní prvky, ritualistické projevy, objevují se i poruchy vnímání a myšlení.<sup>18</sup>

Klenková (2006, 95; 86) dodává ještě nutnost odlišení selektivního mutismu od **dětské vývojové afázie**, při níž schopnost řeči ještě není plně vyvinuta (zatímco u mutismu ano).

#### 1.4 Terapie a přístup k jedincům se selektivním mutismem

Oblast terapie selektivního mutismu není v českých literárních zdrojích příliš podrobně rozpracována, pro terapii zde nenajdeme jednotný ucelený program. Panuje shoda, že pokud je porucha již zafixovaná, bývá terapie zpravidla zdlouhavým procesem, který vyžaduje mnoho trpělivosti a při kterém je nezbytná spolupráce nejen odborníků z různých oblastí,<sup>19</sup> ale i rodičů a pedagogů jedince se selektivním mutismem (Škodová 2007, 211–212).

Nejnovější příspěvek k terapii selektivního mutismu předkládá Preissová (2018, 533–534). Pro stanovení vhodného terapeutického postupu považuje za nezbytné nejprve porozumět nejpravděpodobnější příčině nemluvnosti jedince. Rovněž zmiňuje i správný postup klinického logopeda, pokud zachytí mutismus u vyšetřovaného jedince: odeslání k (pedo)psychiatrovi, popřípadě klinickému (pedo)psychologovi. Prvotní vyšetření jedince s podezřením na selektivní mutismus by totiž mělo být vždy lékařské (Škodová 2007, 211). Preissová (2018, 533–534) však zároveň varuje před nadbytečnými vyšetřeními, každé další vyšetření totiž pro jedince se selektivním mutismem znamená značnou zátěž, a série vyšetření by tak u něj mohla přispět spíše k oddálení odeznění příznaků onemocnění. Je tedy vhodné, aby další vyšetření (foniatrická, neurologická aj.) byla indikována pouze v případě potřeby podle individuálního přínosu pro každého jedince.

Jako nejrozšířenější přístup k terapii selektivního mutismu Preissová (tamtéž) udává spojení individuální, případně rodinné psychoterapie a klinicko-logopedické terapie. Úspěšnost terapie samozřejmě závisí také na rodičích a pedagozích, kteří zpravidla jako první příznaky poruchy u jedince zpozorují. Pokud se selektivní mutismus vyskytne u jedince v dětském věku, rodiče musí být seznámeni s jeho diagnózou, s důvody odesílání dítěte na další

<sup>18</sup> Při schizofrenii v dospělém věku se objevuje mutismus nikoli selektivní, ale psychotický.

<sup>19</sup> (Pedo)psychiatr, klinický psycholog, neurolog, foniatr, klinický logoped, příp. i jiní.

specializovaná vyšetření i zvolenými terapeutickými postupy. Z psychoterapeutických směrů Preissová (tamtéž) vyzdvihuje kognitivně-behaviorální terapii. Tento styl vedení terapie považuje u jedinců se selektivním mutismem za velmi vhodný, což dokládá i několika zahraničními výzkumy.<sup>20</sup> Tyto výzkumy ovšem prokázaly, že úspěšnost terapie závisí nejen na zvoleném psychoterapeutickém směru, ale i na věku dítěte, závažnosti poruchy, včasnosti jejího zachycení, genetických dispozicích apod. Zpravidla platí, že čím déle se porucha přehlíží, tím je terapie náročnější.

Škodová (2007, 211) rovněž klade důraz na individuální psychoterapii, která by měla být doplněna o foniatrickou a logopedickou péči. Preissová (2018, 534) i Škodová (2007, 211) krátce zmiňují také pozitivní dopady skupinové psychoterapie u dětí se selektivním mutismem a uvádějí, že skupinová forma psychoterapie má často rychlejší a výraznější pozitivní efekt. Tato forma terapie bývá zpravidla realizována ve větších zdravotnických zařízeních, v denních stacionářích nebo bývá zřizována např. pedagogicko-psychologickou poradnou. V malé skupině o čtyřech až šesti dětech se při hře dítě spontánně projeví častěji než při individuálním logopedickém nebo psychoterapeutickém sezení. Hospitalizace dítěte se selektivním mutismem není vhodná z důvodu traumatizace dítěte.<sup>21</sup> Řičan a kol. (2006, 193) a Klenková (2006, 96) též uvádějí skupinovou terapii jako možnou alternativu a dodávají, že by psychoterapie (rodinná, individuální, příp. skupinová) měla pokračovat i po překonání příznaků mutismu, protože pomáhá jedinci k vyváženějšímu osobnostnímu vývoji.

Preissová (2018, 533–534) předkládá bližší doporučení pro logopedickou terapii jedince se selektivním mutismem. Zdůrazňuje, že zejména v počátečním stadiu terapie je kvůli navození dobrého vztahu mezi logopedem a jedincem velmi vhodné užívat hlavně neverbální techniky. Jedinec je často ochotný od začátku lépe spolupracovat právě tehdy, pokud se terapie zaměřuje nejprve na neverbální techniky a logoped tedy nevyvíjí na jedince žádný nátlak k verbálnímu projevu. Prospěšné může být rovněž využití různých behaviorálních postupů (např. změny prostředí – pedagoga, třídy, školy apod.), moderních technologií v terapii, pozitivní motivace jedince nebo (pokud je jedinec se selektivním mutismem v dětském věku) nahrávání v domácím prostředí v interakci s rodiči a následné sledování záznamů

---

<sup>20</sup> Např. výzkum Lindsey Bergman z roku 2014 (bližší viz poznámka č. 12).

<sup>21</sup> Výjimku tvoří pouze ojedinělé případy dětí, u nichž je příčinou selektivního mutismu nevyhovující rodinné prostředí (konflikty v rodině apod.) (Škodová 2007, 211–212).

s dítětem v rámci terapie (logoped může pozorovat, jak dítě reaguje). Vždy je však nutné přihlížet k individualitě jedince, zda je pro něj daná technika vhodná. V terapii se dají využít i prvky z různých expresivních terapií (arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, dramaterapie aj.), záleží na zaměření a kreativitě logopeda a též zájmech jedince. V ideálním případě se jedinec postupně začne projevovat verbálně, množství verbální komunikace bude postupně narůstat a jedinec znovu získá sebedůvěru i v jiných sociálních situacích.

Peutelschmiedová (2005, 50) doporučuje si pro terapii jedince se selektivním mutismem v dětském věku vypracovat Strategický plán postupného rozvíjení komunikace s dítětem. V plánu je popsána dlouhodobá spolupráce s dítětem a jeho dosažené pokroky (jakkoliv mohou být zpočátku nepatrné). Z terapie je samozřejmě nezbytné vyloučit jakýkoliv nátlak, s plánovaným postupem seznámit rodiče dítěte, získat jejich podporu a ocenit každý náznak komunikace dítěte (např. i jeho úsměv). Verbální projev jedince se selektivním mutismem může začínat šepotem ve dvojici, postupně je vhodné okruh, se kterým jedinec komunikuje, obezřetně rozšiřovat.

Klenková (2006, 96–97) se rovněž krátce zabývá přístupem k terapii jedinců se selektivním mutismem. Blízkým i odborníkům pracujícím s nimi doporučuje, aby se vyhýbali jak přemlouvání a nucení jedince k verbálnímu projevu, tak snaze mutismus logicky vysvětlit či přehnaně reagovat na jedincovu snahu o komunikaci. Dále samozřejmě není vhodné jedince izolovat nebo ignorovat či ho dokonce trestat a obviňovat za absenci verbálních projevů. Naopak je stěžejní k jedinci se selektivním mutismem přistupovat rovnocenně, zachovávat trpělivost a klid a uvědomit si možnou náročnost terapie (její délka může být i dva roky a více). Úkolem blízkých i terapeutů je rovněž podněcovat jedince k vyšší úrovni komunikace a snažit se pozvolna zvyšovat náročnost sociálních interakcí, kterých se jedinec se selektivním mutismem účastní.

Dále je klíčové jedinci poskytnout možnost využívat jakýkoliv způsob komunikace, který si zvolí. Bendová (2011, 45–46) zmiňuje např. grafickou formu sdělení (písmo, kresba), dále gestikulaci nebo i některé ze systémů alternativní či augmentativní komunikace (symboly, manuální znaky aj.). Pokud je jedinec v dětském věku, je třeba klást důraz i na vhodný přístup pedagoga ve školním prostředí. Výběrově např. pedagogové mají posilovat kladné sebehodnocení jedince a nechat ho vyniknout v oblastech, kde není verbální komunikace

zapotřebí (kresba, psaní, ...). Dále je důležité jedince nestavět do centra pozornosti třídního kolektivu, ale zároveň ho nevyčleňovat ze soutěží či skupinových forem práce, spíše hledat vhodné možnosti pro jeho zapojení. Pokud se jedinec začne projevovat verbálně, je nezbytné reagovat zcela normálně a vyhnout se přehnané reakci na komunikační úspěch.

Při komunikaci s jedincem Bendová (tamtéž) dále doporučuje užívání slovních stereotypů (formulace, které se během dne opakují), zjišťovacích otázek (možnost vyjádřit souhlas či nesouhlas) a nejlépe každodenní zařazení aktivity zaměřené na rozvoj řeči (práce s obrázky, knížkou aj.). Janderová (2016, 73) doplňuje další aktivity pro stimulaci rozvoje řeči, např. práci s rozstříhaným textem z novin, časopisů apod. Dále klade důraz na nevystavování dítěte zbytečné zátěži (např. čtení nahlas před třídou), nedirektivní přístup okolí jedince (požadavky ve formě podmíněných formulací a pokynů) a potřebu velké empatie a pochopení ze strany pedagogů (jedinec nepotřebuje soucit, ale vstřícnost a toleranci).

## 2 Pojetí mutismu ve vybrané německé literatuře

### 2.1 Vymezení mutismu

Byl to právě německý lékař Adolf Kussmaul, kdo v roce 1877 poprvé popsal obraz poruchy mutismu, tehdy ovšem pod označením *aphasia voluntaria*.<sup>22</sup> Jednalo se podle něj o vzácné onemocnění začínající zpravidla v dětském nebo mladistvém věku (Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 592). Místo latinského termínu *aphasia voluntaria* začal roku 1893 další německý lékař Hermann Gutzmann užívat výraz *freiwillige Stummheit*.<sup>23</sup> Pojem elektivní mutismus pak zavedl roku 1934 švýcarský psychiatr dětí a mladistvých Moritz Tramer. S. Hesselman roku 1983 navrhl jako vhodnější označení selektivní mutismus (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 608). Na jeho popud proběhl v odborné literatuře přechod od pojmu elektivní mutismus, který implikuje možnost výběru situací, kdy jedinec mlčí a kdy nikoliv, k pojmu selektivní, který dle autorů (tamtéž) možnost volní kontroly neakcentuje a odpovídá lépe podstatě poruchy, při níž se jedinec nemůže rozhodnout, zda, kdy a jak dlouho setrvá v mlčení.

Hartmann (2016, 200–201) uvádí, že až do 90. let 20. století byla porucha považována za velmi obtížně léčitelnou až spíše neléčitelnou. Mezi důvody zmiňuje (tamtéž) nepřesnou, popřípadě zcela chybějící diferenciální diagnostiku mezi mutismem a poruchami autistického spektra, výhradně psychoanalytický přístup úzce zaměřený na hledání traumatu souvisejícího se vznikem onemocnění a v souvislosti s tím chybějící alternativní terapie. V zajetí psychoanalytické interpretace podle něj zůstáváme částečně až dodnes.<sup>24</sup> Nové poznatky z genetiky a neurobiologie ale předjímají změnu směru i v terapii. Ukazuje se, že traumatické, posttraumatické nebo rodinné potíže navzdory předsudkům nepatří k hlavním příčinám mutismu a přístupy pracující s teorií vazby či traumatem tak postupně zastarávají a ztrácejí svůj vliv (blíže viz níže kap. 2.4). Mezi badateli v současné době panuje shoda

---

<sup>22</sup> V překladu „dobrovolná nemluvnost“.

<sup>23</sup> V překladu „dobrovolná němota“.

<sup>24</sup> Důvodem je dle Hartmanna (2016, 200) zřejmě fascinace psychoanalýzou Sigmunda Freuda, která se postupně rozvinula až v jakousi fundamentální teorii, pomocí které se vysvětlovalo chování lidí i jejich onemocnění. Freudem vytvořená teorie sexuality, traumatu a vlivu podvědomí vytvořila dominující přístup k interpretaci a léčbě onemocnění, pro které svého času neexistoval zřejmý lékařský původ – např. selektivní mutismus či koktavost.



ohledně klasifikace selektivního mutismu jako úzkostné poruchy (blízké např. sociálním úzkostem v dětském věku).<sup>25</sup>

V 10. revizi *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* se ještě užíval termín elektivní mutismus (Světová zdravotnická organizace 2019), v aktuální 11. revizi je již zaveden pojem selektivní (Světová zdravotnická organizace 2023).

Selektivní mutismus je nejvýraznějším podtypem mutismu, avšak nikoliv jediným. Rank (2019, 171) rozlišuje tři typy mutismu:

- **mutismus přechodný (neboli tranzientní):** jedinec přestane užívat verbální komunikaci po traumatickém zážitku či kvůli strachu z odloučení od blízké osoby.
- **mutismus selektivní:** jedinec je schopen „běžné“ verbální komunikace, avšak v některých situacích či s některými lidmi apod. tuto schopnost dlouhodobě<sup>26</sup> nevyužívá.<sup>27</sup> Není snadné rozlišit jedince se selektivním mutismem od jedince „běžně“ stydlivého, dále je třeba vyloučit u jedince poruchy sluchu, specifickou vývojovou poruchu jazyka či jiné narušení komunikační schopnosti. Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 609) dodávají, že jedinec (nejčastěji dítě) verbálně komunikuje zpravidla s rodiči a sourozenci. U některých jedinců (tamtéž) může mít selektivní mutismus „progresivní charakter“ (vztahuje se na čím dál více situací i osob), v takovém případě dochází k „překlopení“ mutismu selektivního do následujícího typu (mutismus totální). Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 609) dále rozlišují selektivní mutismus vzniklý v cizojazyčném prostředí (např. na pozadí migrace) a mutismus bez migračního pozadí.
- **mutismus totální:** většinou k němu dochází po těžké traumatizaci, popř. se do něj může rozvinout mutismus selektivní (viz výše). Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 609) upozorňují, že u jedinců s tímto typem mutismu zpravidla chybějí i všechny ostatní zvukové projevy (smích, kašel apod.).

---

<sup>25</sup> Výjimku tvoří nová teorie Melfsena a kol., blíže viz níže v kap. 2.2 a 3.2.

<sup>26</sup> Porucha musí trvat přinejmenším jeden měsíc, do tohoto období se nezahrnuje první měsíc po zahájení školní docházky (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 609).

<sup>27</sup> Nápadný je velký nesoulad mezi mluvením jedince v běžných, „bezpečných“ situacích a mlčením v ostatních, v nichž je však rovněž mluvení očekáváno (Subellok a Bahrfeck-Wichitill 2016, 163).

Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 609–610) rozlišují selektivní mutismus také na základě doby vzniku. Nejčastější začátek poruchy kladou přitom mezi 3. a 8. rok věku jedince. Rozlišují:

- **raný mutismus:** započatý před dovršením 5 a půl let věku; nejčastěji mezi 3. a 4. rokem věku při přechodu jedince z domácího prostředí do mateřské školy.
- **pozdní neboli školní mutismus:** od 5 a půl let dále; často vzniká v souvislosti s nástupem školní docházky. Plener a Spröber-Kolb (2020, 112) dodávají, že neschopnost v určitých situacích verbálně komunikovat negativně ovlivňuje výkony jedince ve škole (popř. později i v zaměstnání) i sociální situaci jedince v prostředí, kde verbálně nekomunikuje. Rozvoj sociálních kompetencí je omezen, sociální úlohy jedince se selektivním mutismem za něj přebírá okolí – rodič/vrstevníci/pedagogové. Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 592) uvádí jako hranici mezi raným a pozdním mutismem věk okolo 4 let.

Další typ klasifikace selektivního mutismu uvádí Jackel (2019, 218), selektivní mutismus dělí do čtyř forem:

- **sybiotický mutismus:** selektivní mutismus spojený se strachem z odloučení od pečující osoby (matky).
- **reaktivní mutismus:** selektivní mutismus jako následek traumatu či zranění v oblasti úst a hrdla.
- **pasivně-agresivní mutismus:** mlčení slouží jedinci jako donucovací prostředek.
- **fobický mutismus:** jedinec odmítá mluvit ze strachu.

V mezinárodních klasifikačních systémech nemocí nacházíme pouze jednu formu mutismu: **selektivní mutismus**. Vedle klasifikace selektivního mutismu podle 10. a 11. revize *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, která byla již popsána výše (kap. 1.1), německá odborná literatura hojně zdůrazňuje klasifikaci selektivního mutismu v 5. vydání *Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace* (DSM-V).

V DSM-V je selektivní mutismus uveden pod kódem 313.23 a je obdobně jako v MKN-11 řazen mezi úzkostné poruchy. Wischnewski a Ströhle (2016, 195) upozorňují na odbornou

diskusi, která ohledně klasifikace selektivního mutismu v minulosti proběhla. Před vydáním DSM-V roku 2013 se diskutovalo, zda je selektivní mutismus způsoben přemírou strachu, či zda je „pouze“ symptomem sociální fobie, nebo, jak nakonec bylo vyhodnoceno, samostatným onemocněním ze skupiny úzkostných, obsedantně-kompulzivních, posttraumatických a disociativních poruch.<sup>28</sup> V rámci DSM-V byl nakonec selektivní mutismus překlasifikován na úzkostnou poruchu, u níž se velmi často komorbidně vyskytují i jiné úzkostné poruchy, sociální úzkosti nebo i depresivní onemocnění (blíže viz kap. 2.3).<sup>29</sup>

Selektivní mutismus obvykle vzniká na pozadí řady faktorů, na etiologii se podílejí genetické, psychologické i řečově-sociální vlivy. Průběh onemocnění je velmi variabilní, u některých jedinců se selektivním mutismem dojde k výskytu mutismu náhle, u jiných je nástup postupný. Přitom porucha může mít i přetrvávající charakter až do dospělého věku, uvádí se, že se tak děje zhruba ve třetině případů (Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 591–593).

## 2.2 Etiologie, výskyt a prognóza selektivního mutismu

Přesné příčiny selektivního mutismu nejsou dosud zcela objasněny. Panuje shoda, že selektivní mutismus je onemocnění s multifaktoriální etiologií: na jeho vzniku u jedince se podílí více faktorů, které se vzájemně ovlivňují. Německá odborná literatura nenabízí jednotnou klasifikaci etiologických faktorů. Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 594) dokonce uvádějí, že i různá terapeutická zařízení respektují různé etiologické přístupy k selektivnímu mutismu.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Odlišení selektivního mutismu od sociální fobie podpořila např. typická doba vzniku onemocnění: pro sociální fobii je typický počátek mezi 9. a 11. rokem života, selektivním mutismem však může jedinec trpět už přibližně od 3. roku života. Pro jedince se selektivním mutismem je navíc často typické postupné řečové „stahování“ ze svého okolí; přičemž toto postupné zmenšování okruhu osob u jiných úzkostných poruch nenacházíme (Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 593–594). Pro sociální fobii je typická především plachost spojená se zvýšenou mírou obezřetnosti. Nadto bylo prokázáno, že míra sociální úzkostnosti není u jedinců se selektivním mutismem větší, jedinci tedy nejsou sociálními strachy zatíženi stejně jako ti, kteří trpí sociální fobií, naopak jsou jimi zpravidla zatíženi méně. Selektivní mutismus tedy není extrémní formou sociální fobie. U jedince zatíženého oběma onemocněními se sociální úzkostnost bude objevovat, avšak rovněž jsou u něj rozeznávány nejistoty a omezení ve vztahu k řečové kompetenci (Wischnewski a Ströhle 2016, 197). Nadto bylo prokázáno, že jedinci se selektivním mutismem v dětském věku sami sebe nepopisují jako extrémně sociálně úzkostné, mutistické chování nepřičítají sociální úzkostnosti, ale popisují ho jako blokádu v toku řeči nebo jako zábrany v přijetí obsahu myšlenek. Úzkost tak neoznačují jako příčinu, ale jako následek selektivního mutismu (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 611).

<sup>29</sup> V předchozí verzi manuálu (DSM-IV) byl selektivní mutismus řazen mezi „Poruchy sociální funkce se začátkem v dětství a dospívání“. Do této skupiny byla řazena i separační úzkostná porucha v dětství, která byla spolu se selektivním mutismem rovněž v rámci 5. vydání přeřazena mezi úzkostné poruchy.

<sup>30</sup> Některá preferují např. **systemický přístup**, který vychází z toho, že selektivní mutismus je výrazem neurotického vztahu matky a dítěte; jiná **psychoanalytický**, který mlčení interpretuje jako výraz intrapsyckého konfliktu a považuje je za neurotické chování; nebo např. **behaviorální přístup**, který tvrdí, že

Plener a Spröber-Kolb (2020, 113) nabízejí stručnou klasifikaci etiologických faktorů. Faktory dělí z hlediska:

- **genetického:** např. vyšší výskyt nadměrně úzkostně-plachého temperamentu,<sup>31</sup> úzkostných či depresivních onemocnění v rodině.
- **neurobiologického:** u jedince se selektivním mutismem se často objevují např. nedostatky ve zpracování sluchových podnětů.
- **psychosociálního:** jedinec je např. ovlivněn migrací a je často vystaven přetížení v lingvisticky náročných situacích nebo chce prostřednictvím mlčení získat více pozornosti a „zvláštní roli“ ve skupině.

Hartmann (2016, 201–202) rovněž zmiňuje, že v „pátrání“ po příčinných faktorech selektivního mutismu stojí v popředí dvě lékařské výzkumné roviny: **genetika a neurobiologie**. Vliv genetických faktorů u úzkostných poruch je již prokázán.<sup>32</sup> Rovněž u selektivního mutismu jsou genetické predispozice považovány za klíčové. Bylo prokázáno, že odchylka genu CNTNAP2 z rodiny neurexin-proteinů vede ke zvýšenému riziku vzniku selektivního mutismu a sociální fobie.<sup>33</sup> Kromě genetických predispozic se dostávají při výzkumu úzkostných poruch do popředí také neurobiologické faktory. U jedinců se selektivním mutismem a/nebo sociální fobií se určité „poplašené“ reakce organismu spouští dříve než u ostatních,<sup>34</sup> dále je u nich oslabena i funkce zmírnění strachů a jejich kognitivní kontroly.<sup>35</sup>

---

jedinec se selektivním mutismem získává skrze mlčení především zvýšenou pozornost okolí (Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 594).

<sup>31</sup> Úzkostně-plachý temperament se vyznačuje strachem a vyhýbáním se „nedůvěrným“ situacím; představuje zvýšené riziko pro vznik úzkostných poruch u jedince (Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 594).

<sup>32</sup> Hartmann (2016, 201) to dokládá např. studií dvojčat (Hettema, Neale a Kendler) z roku 2001, která prokázala u přímého příbuzenství vysokou dědičnost úzkostných poruch (např. panickou poruchu „zdědilo“ 47,8 % respondentů, fobie 52,3 % apod.).

<sup>33</sup> Varianty u genu CNTNAP2, který je součástí chromozomu 7 v oblasti 7q35-q36, jsou spojovány také s poruchami autistického spektra. Neurobiologické podobnosti selektivního mutismu a poruch autistického spektra by mohly v budoucnu zodpovědět přesný důvod, proč existují podobnosti v příznacích obou onemocnění (Hartmann 2016, 202).

<sup>34</sup> Jedná se např. o tzv. „rychlou dráhu strachu“, která mimovolně a nezávisle na racionálních vzorcích aktivuje fyzické reakce strachu a vede k uvolňování hormonů adrenalinu, noradrenalinu a kortizolu (Hartmann 2016, 201–202).

<sup>35</sup> Právě na racionální zhodnocení a zvládnutí pocitu strachu se zaměřují opatření kognitivně-behaviorální terapie (viz dále kap. 2.4).

Další klasifikaci etiologických faktorů nabízejí Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 610–611). Faktory dělí na: **příčinné, spouštěcí a udržovací**. Mezi příčinné faktory můžeme řadit např. biologickou predispozici (nadměrná plachost jako častý fenomén v rodině jedince se selektivním mutismem aj.), migraci (život mezi dvěma kulturami a s tím spojená dvojjazyčnost) atd. Spouštěčem onemocnění může být např. přechod do nové sociální skupiny či nadměrné nároky okolí na řečové výkony jedince. K udržování onemocnění pak přispívá např. odpovídání jiné osoby za jedince, přílišné smíření okolí i jedince s onemocněním, zvýšení náklonnosti okolí k jedinci kvůli selektivnímu mutismu apod.

V podrobnější klasifikaci rozpracovávají Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 611–613) osm základních modelů, které se mohou podílet na vzniku a průběhu selektivního mutismu:

- **1. biologická predispozice:** je doloženo, že v rodinách, kde jedinci se selektivním mutismem žijí, se velmi často vyskytuje plachost jako osobnostní rys, přímo selektivní mutismus nebo jiné úzkostné onemocnění (nejčastěji sociální fobie). Kvůli biologickým predispozicím tak jsou zřejmě jedinci se selektivním mutismem citlivější k určitým stresorům (reagují na ně intenzivněji a po delší dobu). Faust a Kortjohann (2016, 193) rovněž upozorňují na mezigenerační přenos mutistických rysů; jedince (většinou dítě) se selektivním mutismem považují pouze za „nositele symptomů“ tohoto onemocnění, které bylo „vybudováno“ v rámci rodinné dynamiky. Rodinu označují jako „osudové společenství“, jehož je selektivní mutismus každodenní součástí.
- **2. chování při přílišných řečových nárocích:** jako spouštěč selektivního mutismu u jedince bývají často zmiňována tranzitní období (např. přechod od pečující osoby do mateřské školy a následně školy) a s tím související zvýšené kognitivní, komunikační i sociální nároky na jedince, který však nemá k jejich zvládnutí ještě dostatečné zkušenosti.<sup>36</sup> Nedostatky v kterékoliv ze čtyř jazykových rovin (foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, pragmatická) představují zvýšené riziko pro vznik selektivního mutismu u jedince. Autoři uvádějí, že podstatným rizikovým faktorem pro vznik selektivního mutismu je rovněž nezvnitřnění pravidel

---

<sup>36</sup> Například: na jedince v dětském věku s deficitem ve verbální komunikaci se při přechodu do školy upřeme pozornost spolužáků. Jedinci, kteří mají predispozici k úzkostem, mohou na nastalou situaci reagovat např. právě projevy selektivního mutismu (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 612).

dialogu jedincem.<sup>37</sup> Tato znalost je klíčová pro překonání pocitu „cizosti“ protistrany a k navázání přiměřeného kontaktu. Jedinci se selektivním mutismem cestu k překonání „cizosti“ protistrany nenachází a mezi cizím a důvěrným vnímají trvale velmi ostrou hranici.

- **3. migrace a dvojjazyčnost:** migrace a nutnost žít mezi dvěma jazyky a kulturami je též považována za rizikový faktor pro vznik selektivního mutismu. Svou roli hrají opět i biologické predispozice: pro některé jedince je život ve dvojjazyčném prostředí bezproblémový, pro jiné naopak velmi zatěžující. Obecně se zátěž na jedince zvětšuje s rostoucí odlišností obou kultur (jedna kultura je druhou vnímána jako cizí nebo dokonce ohrožující). Rank (2019, 172) zmiňuje jako rizikovou kombinaci následujících dvou faktorů: zvláštnosti v řečovém vývoji jedince a migrační pozadí, které brání rozvoji symbiotického vztahu mezi jedincem v dětském věku a pečující osobou. Jedinec (především dítě) ovlivněný migrací je více náchylný na vznik selektivního mutismu, protože u něj např. není ceněna znalost mateřštiny a učení nového jazyka a začleňování do společnosti může být velmi náročné. V krajním případě hrozí až „zapouzdření“ celé migrující rodiny na malém izolovaném prostoru.
- **4. naučená strategie komunikace:** jedinec se od dětství nápodobou od pečujících osob učí, že mlčenlivé chování je strategií, která umožňuje prosadit se v sociálních konfliktech. Tyto děti se selektivním mutismem často žijí v rodině, která je poměrně sociálně izolovaná (sociální kontakty s cizími dospělými nebo dětmi jsou omezené). Jedinci často nenavštěvují ani mateřskou školu a v rámci základní školy nejsou přijati kolektivem. Důsledkem toho se uchylují k mlčení, což může v krajních případech vést až k averzivnímu chování ostatních a šikaně jedince se selektivním mutismem.
- **5. opoziční chování:** v minulosti se na jedince se selektivním mutismem často nahlíželo jako na „neposlušné, manipulativní či až pasivně agresivní“. V současnosti je vnímání selektivního mutismu jako opozičního chování překonáno. Autoři se domnívají, že jako opoziční chování bylo spíše chybně interpretováno úzkostné vyhýbavé chování. (K bližšímu objasnění by však podle nich byly zapotřebí další studie.)

---

<sup>37</sup> Jedná se o zvnitřnělou znalost, která řídí naše chování při komunikačních situacích: pozdrav, rozloučení, výměna pohledů, přiměřený oční kontakt, střídání mluvení a naslouchání apod. (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 612).

- **6. traumatické zážitky:** traumatické zážitky mohou stát v počátcích selektivního mutismu. Rozhodně ale jejich výskyt není obligatorní podmínkou pro diagnostiku selektivního mutismu.
- **7. reakce na přetížení:** selektivní mutismus vzniklý jako nedobrovolná reakce na nadměrnou stimulaci jedince. Jedná se o novou teorii, kterou představili právě Melfsen, Warnke a Walitza (2018). Dominantní příčinu selektivního mutismu teorie spatřuje v obecně vysoké citlivosti jedinců se selektivním mutismem vůči vnějším i vnitřním smyslovým stimulům, kterou doprovází inklinace k silné afektivní účasti. Jedinci tedy přehnaně vnímají rozdíl mezi „důvěrným, tj. bezpečným“ a „nedůvěrným, tj. nebezpečným“ a už při drobných odchylkách od „důvěrných“ situací u nich může dojít ke stresové reakci. Pokud u jedince v „nedůvěrné“ sociální situaci dojde k silné stresové reakci, „běžně“ by následovala aktivace strategie „boj nebo útěk“. U velmi citlivých jedinců je však tento obranný mechanismus vnímán jako nedostačující a objevují se u nich projevy tzv. transmarginální inhibice (tj. útlum v důsledku přetížení). U jedince přestane být tedy možné jak mluvení, tak i jiné způsoby chování.<sup>38</sup> Neustálé opakování výše zmíněné přehnané stresové reakce vede k upevňování selektivního mutismu, jedinec postupně působí nepřítomně a nedostupně. Navíc se opakováním podobných zážitků prohlubuje jeho návyk nemluvit. Zkušenost jedince, že se ve vybraných situacích nemůže spolehnout na verbální komunikaci, vede sekundárně k rozvinutí strachu z takových situací. Nová teorie tedy převrací vztah příčiny a následků selektivního mutismu oproti ostatním vysvětlovacím přístupům: selektivní mutismus, jehož nejmarkantnějším projevem je neschopnost mluvit v některých situacích, je podle autorů primárně reakcí na přetížení, až sekundárně vzniká u jedince se selektivním mutismem z oněch situací strach.
- **8. reakce na rodinný systém:** studie, která by zkoumala roli interakce rodiče a dítěte u jedinců se selektivním mutismem v dětském věku, dlouho neexistovala, až roku

---

<sup>38</sup> Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 613) dokonce uvádějí, že podobně jako při aktivaci strategie „boj nebo útěk“ se u jedinců mohou stahovat svaly ucha, v důsledku čehož se pozmění jejich sluchové funkce. To může přispět k tomu, že jedinci se selektivním mutismem „ignorují“ hlasy ostatních lidí, a i svůj vlastní hlas vnímají jako pozměněný/cizí.

2022 publikovali Melfsen a kol. anglickojazyčnou studii na toto téma (blíže viz níže, kap. 3.2).

Výskyt selektivního mutismu není v německých literárních zdrojích hojně rozpracován. Obvykle se odkazuje na údaje z DSM-V, ve kterém se selektivní mutismus řadí k úzkostným onemocněním. Úzkostná onemocnění se řadí ohledně výskytu k nejčastějším psychickým onemocněním;<sup>39</sup> poprvé se u jedince objevují většinou už v dětství, dospívání nebo rané dospělosti<sup>40</sup> a vyskytují se častěji u žen (přibližně v poměru 2:1).

Selektivní mutismus patří v této oblasti k vzácněji se vyskytujícím diagnózám – jeho prevalence se pohybuje mezi 0,03 a 1 % (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 609).<sup>41</sup> Přibližně u tří čtvrtin jedinců se selektivním mutismem se navíc dle výzkumů vyskytuje i další úzkostná porucha, nejčastěji sociální fobie<sup>42</sup> (Wischnewski a Ströhle 2016, 196–197). Selektivní mutismus se objevuje častěji u žen, resp. dívek. Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 593) udávají poměr výskytu u žen a mužů 1,6:1.<sup>43</sup> Plener a Spröber-Kolb (2020, 110) uvádějí poměr dokonce 2:1, přičemž upozorňují na větší výskyt selektivního mutismu v rodinách s migračním pozadím. Hartmann (2016, 201) uvádí poměr „pouze“ 1,2:1 a dodává, že výskyt poruchy zřejmě není odlišný u jednotlivých pohlaví ani etnických skupin.

Výskyt selektivního mutismu je nejčastější u jedinců mezi 3. a 4. rokem (zřejmě z důvodu přechodu do mateřské školy) a u jedinců mezi 5. a 7. rokem (nárůst bývá přičítán zahájení školní docházky) (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 609).

---

<sup>39</sup> Jejich celoživotní prevalence se pohybuje přibližně okolo 20 %. Mezi nejčastější onemocnění patří specifické fobie, sociální fobie, agorafobie nebo panická porucha (Wischnewski a Ströhle 2016, 196).

<sup>40</sup> Wischnewski a Ströhle (2016, 197) udávají jako průměrný věk prvních příznaků úzkostného onemocnění 13 let.

<sup>41</sup> Plener a Spröber-Kolb (2020, 110) upozorňují, že množství studií ke zjištění výskytu selektivního mutismu je poměrně omezené. Panuje obecná shoda na prevalenci pod 1 %. Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 609) udávají důvod pro variabilitu naměřených hodnot výskytu selektivního mutismu – publikované příspěvky k odhadované četnosti se liší přísností kritérií, tudíž dochází k odlišným hodnotám průměrného výskytu. (V některých studiích je za jedince se selektivním mutismem pokládán pouze v daném prostředí zcela nemluvicí jedinec, jinde i jedinec např. šeptající.)

<sup>42</sup> Sociální fobie neboli sociální úzkostná porucha se vyznačuje přílišným, dlouhotrvajícím strachem ze sociálních situací, v nichž je člověk pozorován, má podat výkon nebo je hodnocen (American Psychiatric Association 2013).

<sup>43</sup> Zároveň upozorňují na nejednotnost, která ohledně určení poměru výskytu panuje (Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 593).



Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 610) uvádí, že k prognóze selektivního mutismu existuje málo ověřených dat. Řada jedinců onemocnění v řádu měsíců nebo let překoná. V raném věku existuje vysoké riziko návratu onemocnění, ve školním věku však riziko výrazně klesá. S rostoucím věkem jedinců klesá výskyt onemocnění. U jedinců nad 12 let, kteří selektivním mutismem stále trpí, se prognóza stává výrazně nepříznivou a onemocnění může přetrvávat až do dospělého věku.<sup>44</sup>

### **2.3 Symptomatologie, diagnostika a diferenciální diagnostika selektivního mutismu**

Selektivní mutismus se u jedinců projevuje dlouhotrvajícím mlčením, které se opakuje v určitých situacích (např. v mateřské škole nebo ve škole) a projevuje se vůči určitým osobám (např. vůči všem osobám, které nepatří k rodinnému kruhu).<sup>45</sup> Mlčení v určitých situacích / s určitými osobami nastupuje i přesto, že jinak je jedinec schopen „běžné“ verbální komunikace (většinou s několika málo důvěrnými osobami). Zároveň má potenciál jedince velmi ovlivnit – je ohrožen vývoj jeho osobnosti (zaostávání v řečových schopnostech v důsledku jejich nevyužívání) (Johanssen a kol. 2016, 171). Odklon jedince od již vyvinuté schopnosti verbální komunikace jakožto dorozumívacího prostředku s okolím může být náhlý, ale i postupný (Rank 2019, 171).

Selektivní mutismus navíc působí nejen na verbální, ale většinou i na neverbální komunikaci jedince. U jedinců se objevuje řada symptomů. Na některých jedincích je v kontextu, který spouští mutistické chování, patrná ztuhlost až „zamrzlost“. Dále na nich lze pozorovat např. chudou nebo nepřírozenou mimiku a gestiku spojenou se stísněným držením těla a omezenými pohyby, dále chybějící oční kontakt aj.<sup>46</sup> U jiných jedinců se selektivním mutismem ale převládají projevy motorického neklidu (především co se týče motoriky rukou). Jedinci

---

<sup>44</sup> Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 610) udávají, že u poloviny jedinců se selektivním mutismem přetrvávají v dospělosti komunikační potíže. Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 593) uvádějí, že selektivní mutismus přetrvává u jedince do dospělosti zhruba ve třetině případů.

<sup>45</sup> Mlčení se dále může objevovat na určitých specifických místech nebo při mluvení o určitých tématech (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 608).

<sup>46</sup> Jackel (2019, 218) uvádí i aspekty, které jsou charakteristické pro jedince se selektivním mutismem a zároveň sociální fobii: „vláčivý“ styl chůze, bezmocný a váhavý postoj těla, nepřítomný pohled s minimem očního kontaktu a odvrácením se.

se často vyznačují zvýšenou citlivostí vůči kritice. Chování jedinců se selektivním mutismem v dětském věku v prostředí, kde se cítí bezpečně, je však často popisováno opačně: jedinci bývají označováni jako hovorní, dominantní apod., objevují se u nich prudké záchvaty vzteku a četné konflikty se sourozenci (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 608).

Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 594) udávají, že typický průběh selektivního mutismu je spíše pozvolný,<sup>47</sup> jedinci se postupně stahují z verbální komunikace v situacích, které pro ně představují zvýšenou zátěž. Jejich odpovědi jsou kratší, tok řeči váhavý, mimika a gestika bez výrazu. Rytmika, melodie a tempo řeči se stávají stále více monotónními, jedinec postupně začíná využívat ke komunikaci v zátěžových situacích šepot a nakonec mlčení, čímž vzrůstá jeho izolace od okolí. U vrstevníků vyvolávají mutistické projevy jedince často nejistotu a podráždění.<sup>48</sup> Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 610) uvádějí, že pokud neproběhne u jedince s ranými symptomy selektivního mutismu návrat k „běžné“ komunikaci, onemocnění nabírá na síle, v určitých situacích se jedinec přestává verbálně projevovat úplně (využívá pouze prvky neverbální komunikace – např. gesta, znaky aj.) a postupně u něj dochází ke stagnaci psychosociálního vývoje. Především z důvodu izolace je jeho kognitivní i sociální rozvoj zúžen na „bezpečné“ prostředí (většinou domov), ve kterém se však jedinec se selektivním mutismem projevuje odlišně, někdy až dominantně. Postupně se může u jedince rozvinout až plný klinický obraz poruchy: verbální i neverbální komunikace je pro něj ve specifických situacích nemožná, jedinec je zcela „ztuhlý“ bez mimiky, má změněné vnímání vlastního hlasu.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 610) specifikují, že ranými symptomy mohou být např. projevy komunikační nejistoty jedince, pokud je konfrontován s novými komunikačními podmínkami nebo mu chybí podpora blízké osoby; výrazná plachost nebo časově omezené odmítání mluvení (déle než jeden týden), a to i když je kvůli němu jedinec podstatně znevýhodněn (sociální izolace apod.); tendence vyhýbat se pro jedince zatěžujícím situacím.

<sup>48</sup> Subellok a Bahrfeck-Wichitill (2016, 165) vrstevníky dělí do tří skupin, rozlišují: 1. podporující vrstevníky s velkou motivací pomoci (asymetrický vztah podporujícího „kamaráda“ a jedince se selektivním mutismem však není dlouhodobě udržitelný); 2. vrstevníky s nezájmem o jedince se selektivním mutismem (mlčícího ignorují); 3. vrstevníky, pro které je mlčení jedince iritující, rušivé a těžko pochopitelné (cítí se ukřivdění např. z „výhod“, které má jedinec se selektivním mutismem v rámci vyučování – třeba že nemusí číst nahlas před třídou; pocit křivdy může být dokonce i výchozím bodem pro šikanu jedince se selektivním mutismem).

<sup>49</sup> Jedinci v této fázi selektivního mutismu poukazují na blokaci ve výkonu řeči (stažení hrdla, pocit „knedlíku v krku“) nebo na zábrany v přístupu k obsahu myšlenek či řeči (chaos v myšlenkách, pocit „přestřiženého filmu“). Jedinci v dětském věku často jako důvod, proč v některých situacích mlčí, uvádějí: „protože mě nic nenapadá“ (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 610). Perspektivy na projevy selektivního mutismu z pohledu jedince trpícího onemocněním, jeho rodiny, vrstevníků, vychovatelů a pedagogů, lékařů i terapeutů zpracovávají podrobně Subellok a Bahrfeck-Wichitill (2016, 165–166).

Komorbidně k selektivnímu mutismu se u jedince často vyskytují i další poruchy. Velmi častá jsou jiná úzkostná onemocnění, např. sociální fobie (neboli sociální úzkostná porucha; je nejčastějším komorbidním onemocněním k selektivnímu mutismu, vyskytuje se až u 70 % jedinců) a separační úzkostná porucha (až u 30 % jedinců).<sup>50</sup> Dále se mohou přidruženě objevit např. deprese, poruchy regulace spánku, poruchy příjmu potravy, poruchy vyměšování aj. (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 609). U jedinců se mohou vyskytnout rovněž další druhy narušení komunikační schopnosti (až v 50 %)<sup>51</sup> či opoždění v senzoryckém vývoji.

Naprostě zásadní pro úspěšnou léčbu onemocnění je provedení komplexní diagnostiky. Ta by měla (nakolik je to možné) zahrnovat i osobní rozhovor s jedincem se selektivním mutismem. Zásadní je zapojit do procesu diagnostiky a následné léčby i okolí jedince: rodinné příslušníky, zařízení, která jedinec navštěvuje (především vzdělávací) a jiné odborníky, kteří s jedincem pracují (Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 593).

Diagnostika musí být komplexní, postavená na víceoborové spolupráci odborníků. Jedinec s podezřením na selektivní mutismus (případně podle věku jedince i jeho blízcí) by měl absolvovat vyšetření u (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 614–615):

- **psychiatra:** diagnostika onemocnění, vyloučení psychotických onemocnění aj. Subellok a Bahrfeck-Wichitill (2016, 163) dodávají, že právě psychiatr má na starosti diferenciálně-diagnostické určení selektivního mutismu i případné nasazení medicíny (oblast farmakoterapie).
- **foniatra:** k vyloučení sluchové vady.
- **neurologa:** především z důvodu vyšetření správného vývoje centrální nervové soustavy a vyloučení progredujících organických procesů poškozujících mozek.
- **klinického logopeda:** k vyloučení dalších druhů narušení komunikační schopnosti. Klinický logoped zpracovává anamnézu jedince i jeho rodiny, provádí diagnostiku

---

<sup>50</sup> Plener a Spröber-Kolb (2020, 113) dále doplňují poměrně častý výskyt selektivního mutismu spolu s fobickými poruchami, generalizovanou úzkostnou poruchou, nutkavými poruchami a poruchou sociálního chování s opozičním (vzdorovitým) chováním. Egberts a Gensthaler (2016, 469) naproti tomu uvádějí, že výskyt opozičního chování komorbidně k selektivnímu mutismu je, na rozdíl od častých předpokladů a předsudků, velmi vzácný.

<sup>51</sup> Jackel (2019, 219) uvádí jako poměrně častý např. výskyt selektivního mutismu v kombinaci s vývojovými poruchami jazyka a s poruchami plynulosti řeči.

řeči a jazyka jedince (tedy např. artikulace, receptivní a expresivní složky řeči aj.), a to v případě jedince s podezřením na selektivní mutismus zpravidla podle nahraných ukázek verbální komunikace z „bezpečného“ prostředí. Také zjišťuje motivaci jedince a jeho rodiny k terapii, jejich očekávání a připravenost ke spolupráci. Rovněž získává informace z mateřské školy či školy, pokud ji jedinec s podezřením na selektivní mutismus navštěvuje, a případnou připravenost zařízení podílet se aktivně na terapeutickém procesu.

Na počátku klinicko-logopedické diagnostiky musí tedy stát důkladné vypracování anamnézy jedince i jeho blízkých osob.<sup>52</sup> Je důležité se pokusit i o přímé vyšetření jedince, je-li to nutné, tak s použitím písemných či neverbálních metod. Důležité je pozorování jeho chování při vyšetření (jaké vydává zvuky – kašel, smích apod. či jaká využívá gesta a zda vůbec má snahu se dorozumět – pohledem, pohybem hlavy apod.). Pečující osoby (pokud je jedincem s podezřením na selektivní mutismus dítě) by měly poskytnout informace k počátku, trvání, míře, sociálnímu kontextu a průběhu mutistického chování u něj; dále i informace ohledně celkového vývoje jedince (řečový, kognitivní, motorický, sociální vývoj, výskyt problémového či úzkostného chování aj.). Důležité je zjistit i reakci pečujících osob na mutistické projevy jedince (zda je jejich postoj ochranný, pozorný, mají snahu dítě rozveselit, trestat apod.) (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 614).

Patrně nejužívanějším anamnestickým dotazníkem v německojazyčném prostředí, který zmiňuje řada autorů (např. Plener a Spröber-Kolb 2020, 114; Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 593 aj.) je „**Kölner Mutismus Anamnesebogen**“ (příloha č. 2).<sup>53</sup> K-M-A byl vyvinut ke zdokumentování rizikových faktorů u jedinců s podezřením na selektivní mutismus a jejich rodinných příslušníků, které by mohly být relevantní pro vznik mutistické symptomatiky. Dotazník se dělí na dvě hlavní části. První část dotazníku obsahuje otázky na rodinnou anamnézu: zabývá se odděleně mateřskou a otcovskou linií napříč třemi generacemi (jedinec s podezřením na selektivní mutismus, jeho rodiče a prarodiče). Druhá část anamnézy se zaměřuje na osobní vývoj jedince s podezřením na selektivní mutismus. Anamnestický do-

---

<sup>52</sup> Plener a Spröber-Kolb (2020, 113) doporučují vyšetřovat jedince jak dohromady s pečujícími osobami, tak odděleně od nich, aby bylo možné lépe rozeznat i případnou přítomnost strachu z odloučení.

<sup>53</sup> Dále K-M-A; v překladu Kolínský dotazník na anamnézu mutismu.

tazník je zamýšlen jako osnova pro anamnézu vedenou formou osobního rozhovoru. Rozhovor by pak měl být veden v empatické atmosféře, neboť dotazník zčásti obsahuje i velmi osobní sdělení. Velká podrobnost anamnestického dotazníku zvyšuje šanci správného odhadu primární etiologie selektivního mutismu, která určuje formu následné terapie (Hartmann a Hartmann 2024; Hartmann 2016, 202–204).<sup>54</sup>

Dotazník K-M-A je součástí léčebné koncepce Systemische Mutismus-Therapie,<sup>55</sup> která mimo tento dotazník obsahuje další dva dotazníky: „**Mutismus-Soziogramm**“<sup>56</sup> (příloha č. 3) a „**Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten bei Mutismus**“ (příloha č. 4).<sup>57</sup> Sociogram mutismu slouží ke zmapování toho, s kým jedinec se selektivním mutismem komunikuje „běžně“, s kým proměnlivě a s kým vůbec ne. Dotazník E-S-K-M se zabývá tím, jaké sociální situace jsou u jedince zasaženy mutismem (výběrově se jedná např. o „mluvení s prarodiči a dalšími příbuznými“, „hraní s dětmi od sousedů“, „telefonování“ apod.). Jedinec má ohodnotit míru komunikační zátěže na třístupňové škále (Hartmann a Hartmann 2024). Plener a Spröber-Kolb (2020, 114) doporučují se k dotazníku vracet v průběhu terapie, aby mohly být lépe posouzeny její pokroky.

Jako další standardizované diagnostické materiály uvádějí Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 593) „**Dortmunder Mutismus Screening**“ nebo online test pro vstupní diagnostiku selektivního mutismu „**Deutscher Mutismus Test**“ (DMT-KoMut). DMT-KoMut je diagnostický prostředek využívaný v rámci kooperativní terapie mutismu (blíže viz kap. 2.4). Pokročilejší verze k DMT-KoMut je známá pod zkratkou DiFraMut: „**Diagnostische Fragebögen zum selektiven Mutismus**“<sup>58</sup> (Johanssen a kol. 2016, 171).

Využívá se i původem anglickojazyčný psychometrický dotazník pro rodiče – „**Selective Mutism Questionnaire**“ (SMQ), který má německojazyčnou adaptaci pod názvem „**Fragebogen zur Erfassung des selektiven Mutismus**“.<sup>59</sup> Dotazník je určen pro rodiče

---

<sup>54</sup> Na webových stránkách manželů Hartmannových je dostupná německá a rovněž i anglická verze anamnestického dotazníku.

<sup>55</sup> SYMUT; v překladu systemická terapie mutismu.

<sup>56</sup> V překladu Sociogram mutismu.

<sup>57</sup> E-S-K-M; v překladu Evaluační dotazník k sociálně interaktivnímu komunikativnímu chování u mutismu; na webových stránkách manželů Hartmannových je opět dostupná jak německo-, tak anglickojazyčná verze. V českém vydání knihy Hartmanna a Lange (2008, 19) je k dispozici česká verze tohoto dotazníku.

<sup>58</sup> V překladu Diagnostické dotazníky k selektivnímu mutismu.

<sup>59</sup> V překladu Dotazník pro zachycení selektivního mutismu.

jedince v dětském věku, u něhož je podezření na selektivní mutismus. Obsahuje 27 položek, které jsou organizované do čtyř kategorií: „ve škole“, „v rodině“, „v sociálních situacích mimo školu“ a „jiné otázky“. Využívá se i modifikovaná verze SMQ, která nese název „School Speech Questionnaire“ a slouží ke zjištění informací o chování jedince ve školním prostředí (od pedagogů, vychovatelů aj.). Tato modifikovaná verze je opět dostupná i v německojazyčné verzi (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 615).

Diagnostiku selektivního mutismu (včetně diferenciální diagnostiky) provádí psychiatr (popř. pedopsychiatr) (Subellok a Bahrfeck-Wichitill 2016, 163). Pro diagnostikování selektivního mutismu musí být dodrženy následující čtyři podmínky: normální nebo téměř normální chápání jazyka; dosažená kompetence v řečovém vyjadřování, která postačuje pro „běžnou“ sociální komunikaci; značný rozdíl mezi verbální komunikací v „důvěrném“ a „nedůvěrném“ prostředí, přičemž využívání či nevyužívání verbální komunikace by mělo být konzistentní a předvídatelné; a nemožnost mluvit by měla trvat déle než 4 týdny<sup>60</sup> (Egberts a Gensthaler 2016, 468).

Egberts a Gensthaler (2016, 468) upozorňují na nutnost odlišit selektivní mutismus v rámci diferenciální diagnostiky od:

- **mentální retardace**
- **syndromu ztráty řeči na podkladě organického poškození mozku:** např. v důsledku úrazu, ESES-epilepsie (elektrický status epilepticus ve spánku) nebo získané afázie aj.
- **sluchového postižení**

---

<sup>60</sup> V úvahu se nemá brát první měsíc po uskutečnění velkých „sociálních změn“: např. měsíc po nástupu povinné školní docházky. Čím déle mlčení trvá, tím více se snižuje pravděpodobnost, že ho jedinec bez pomoci „prolomí“, což sekundárně zvyšuje tlak na něj (děje se tak např. v důsledku chybějící interakce s okolím, vzrůstajících deficitů v mezilidských vztazích či při získávání znalostí aj.) (Rank 2019, 171–172).

- **mutisticky-stuporózních<sup>61</sup> symptomů:** objevují se v rámci psychotických nebo disociativních onemocnění.<sup>62</sup>

Wischnewski a Ströhle (2016, 197) kladou dále důraz na rozlišení selektivního mutismu a **sociální fobie**. Za klíčovou pro správné určení pokládají komplexní diagnostiku, v klinické praxi se podle nich totiž často stává, že se na ni z časových důvodů rezignuje. Předčasné udělení diagnózy pak výrazně zvyšuje riziko záměny těchto dvou poruch. Ačkoliv je komorbidní výskyt obou poruch obzvlášť vysoký (viz výše v této kapitole), mohou se vyskytovat i odděleně (mají rozdílné projevy i typickou dobu vzniku – blíže viz výše poznámka č. 28) a pro úspěšnou terapii je nezbytné jejich případné rozlišení.

Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 616) dodávají, že je nutné odlišit selektivní mutismus od „pouhého“ **strachu z mluvení**, což působí v praxi často potíže. Strach z mluvení se zpravidla interpretuje jako strach mluvit „před někým“, selektivní mutismus jako strach mluvit „s někým“. Avšak toto rozčlenění není v praxi příliš využitelné, jednak kvůli vysoké komorbiditě obou stavů se sociální fobií, dále protože i jedinci se selektivním mutismem pocítují jako zatěžující mluvit pouze „před někým“. Ohledně terapie platí, že „pouhý“ strach z mluvení je zpravidla možné překonat rychleji.

Jackel (2019, 218) zdůrazňuje odlišení selektivního mutismu také od **poruch autistického spektra**.<sup>63</sup> Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 593) dále od **specifické vývojové poruchy jazyka**. Hartmann a Lange (2008, 18) uvádějí nutnost odlišení od **Landauova-Kleffnerova syndromu**.

---

<sup>61</sup> Stupor: v překladu „ztuhnutí“. Mörkl (2013, 24–25) představuje akupunkturní léčbu mutismu, ovšem jedná se nikoli o formu mutismu selektivního, nýbrž disociativního. Průběh terapie popisuje na případě ženy, u které se ztráta řeči objevila náhle. Žena byla léčena formou stacionárního pobytu, při kterém dvakrát týdně absolvovala akupunkturní sezení v kombinaci s hypnoterapeutickými intervencemi, medikací a řečovou terapií. Spíše než o onemocnění blízké selektivnímu mutismu se však v tomto případě jednalo o psychogenní afonii (náhlou, nejasnou ztrátu hlasu po vyloučení somatických příčin). Akupunkturní léčba ovšem tato dvě onemocnění nerozlišuje a označuje je jako mutismus. Léčba psychogenní afonie má výrazně lepší prognózu, než je tomu u mutismu, žena byla úspěšně vyléčena již za tři týdny.

<sup>62</sup> Pro disociativní poruchy je charakteristické mimovolní narušení nebo přerušení normální integrace jedné nebo více z následujících funkcí: „identity, vjemů, vnímání, afektů, myšlenek, vzpomínek, kontroly tělesných pohybů nebo chování“ (Světová zdravotnická organizace 2023).

<sup>63</sup> Oba typy poruch jsou zdánlivě podobné vnějšími příznaky, např. málo výraznou mimikou v obličejí připomínající „masku“ či strnulým držetím těla.

## 2.4 Terapie a přístup k jedincům se selektivním mutismem

Pro úspěch terapie selektivního mutismu je klíčové, ale léčba byla interdisciplinární: mají se na ní tedy podílet odborníci z různých oblastí. Panuje shoda, že selektivní mutismus je stále považován za nemoc ve většině případů poměrně obtížně léčitelnou s dlouhotrvající terapií (Subellok a Bahrfeck-Wichitill 2016, 163; Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 595). Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 595) udávají, že první hlasové projevy jedince lze očekávat přibližně až po 20 terapeutických sezeních.

Terapie je přinejmenším v počátcích „ztížena“ právě chybějící verbální komunikací jedince s terapeutem. V první fázi je tedy stěžejní výstavba alespoň neverbálního vztahu mezi nimi (např. skrze hru). V průběhu léčby by měly být postupně jiné způsoby komunikace omezovány s cílem podpořit verbální komunikaci.

Pokud je jedinec se selektivním mutismem v dětském věku, je stěžejní komunikace terapeuta s blízkým okolím jedince. Pečujícím osobám musí být objasněna dlouhodobost léčby, rodina také musí být připravena na postupné budování změny vztahu k jedinci se selektivním mutismem, především zvyšování jeho samostatnosti díky zvládnutí schopnosti verbální komunikace, a to i v situacích, ve kterých dříve nekomunikoval vůbec (Plener a Spröber-Kolb 2020, 115). Přístup pečujících osob (rodičů) k jedinci se selektivním mutismem je klíčový, obzvláště pokud je jedinec v dětském věku. Rodiče volí velmi odlišné, často nevhodné styly výchovy: od příliš ochraňujícího/starostlivého stylu až po netrpělivě náročný. Terapeut musí rodiče do léčby jedince „přibrat“ jako rovnocenné partnery v poradenství, nikoli jako adresáty poradenství. Rovněž by jim měl osvětlit, že zdaleka ne všechny projevy jedince se selektivním mutismem se dají přičítat na vrub onemocnění. Poradenský proces má pomoci rozlišit, jaké aspekty chování jedince jsou spíše mutistického původu a jaké by se u něj pravděpodobně vyskytly i bez onemocnění, resp. odpovídají věku jedince. Selektivní mutismus by se měl považovat za úkol, který je třeba řešit společně a každý v něm má svou úlohu. K tomu je zapotřebí kontinuální forma rodičovského poradenství (Faust a Kortjohann 2016, 189–193).

Autoři se neshodnou, zda má či nemá být u jedince se selektivním mutismem podporována neverbální komunikace, případně do jaké míry. Panuje shoda, že přinejmenším na začátku terapie mohou být připouštěny i jiné prostředky komunikace než verbální, protože zákaz



takovéto komunikace by vedl jedince se selektivním mutismem ke komunikační pasivitě (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 616). Avšak například Plener a Spröber-Kolb (2020, 116–118) zastávají názor, že neverbální vyjadřování jedince (jako ukazování na něco, co by chtěl) nemá být nikdy v rámci terapie ani v domácím prostředí jedince se selektivním mutismem posilováno, jedinou výjimku tvoří počáteční fáze terapie.<sup>64</sup> Autoři (tamtéž) dokonce nesouhlasí ani s využitím podpůrných opatření, pokud jedinec se selektivním mutismem navštěvuje školu, nebo s přidělením asistenta pedagoga k žákovi. Argumentují tím, že taková opatření upevňují symptomatiku onemocnění.

Jackel (2019, 220) naproti tomu podpůrná opatření ve škole podporuje, stejně jako možnost využití neverbální komunikace, protože tato podpůrná komunikace umožňuje alespoň částečnou účast jedince se selektivním mutismem na průběhu vyučování a dalších aktivit. Pokud jedinec se selektivním mutismem komunikuje s některým ze spolužáků verbálně, Jackel (tamtéž) rovněž podporuje využití tohoto žáka jako prostředníka komunikace se širším okolím.

Podpůrná opatření vyzdvihuje také Bahr (2016, 213–214), pokládá za nepostradatelné zejména to, aby byla jedinci zpřístupněna možnost alternativního plnění úkolů (neznámkovat u něj ústní zapojování do vyučování apod.). Aby se vyhovělo předpisům, k vysvědčení by podle něj měla být dodávána věta: „Hodnocení sestávají převážně (resp. výhradně) z hodnocení písemných projevů.“ Bahr (tamtéž) zároveň upozorňuje na obtížnost prosazení možnosti této formy hodnocení na běžných školách; především pedagogové cizích jazyků považují zpravidla ústní zapojení jedince za klíčové. Podpůrným opatřením není myšleno zrušení nároku na verbální projev žáka, ale je na něj snížen formální nátlak: žákovi se otevírá možnost dokázat to, co ústně nezvládne, i jinou cestou – např. písemně či pomocí video-nahrávky z „bezpečného“ prostředí.

Selektivní mutismus inklinuje k chronifikaci a mladší pacienti mají lepší prognózu, proto je už při stanovení diagnózy indikován okamžitý začátek terapie. Terapie selektivního mutismu

---

<sup>64</sup> Jedině zapojení blízkého okolí jedince se selektivním mutismem do terapie umožňuje přenášení úspěchů dosažených v rámci terapie do každodenního života (Plener a Spröber-Kolb 2020, 117).

zahrnuje kognitivně-terapeutické, psychosociální a popřípadě řečově-terapeutické (logopedické)<sup>65</sup> a psychofarmakologické elementy a zároveň předpokládá intenzivní zapojení rodiny a pedagogů z mateřské školy či školy. Většina autorů se shoduje, že by terapie měla probíhat ambulantní formou na místě mlčení, nejčastěji ve škole a mateřské škole; jedinec tedy zůstává v běžném prostředí, při přetrvávání symptomatiky a chronifikaci onemocnění lze uvažovat nad terapií stacionární (Egberts a Gensthaler 2016, 469; Plener a Spröber-Kolb 2020, 109).

Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 616) uvádějí praktické příklady, jak jedince se selektivním mutismem motivovat pro „vystoupení“ z mlčení. Jedná se například o: vedení hudebního nebo rytmického dialogu (např. předvedení – zopakování); jednání s jedincem tak, jako by měl v terapii velmi brzy začít mluvit; informování jedince o úspěšném průběhu terapie u ostatních; „hravé“ rozptýlení jedince (např. skrze napínavou hru); využití „jazykového nutkání“ (tzn. u známých, opakujících se říkanek, veršů zadrží terapeut hlas na důležitých místech a nechá jedince se selektivním mutismem, aby verš doplnil právě kvůli jazykovému nutkání) atd.

Melfsen, Warnke a Walitza (tamtéž) přinášejí rovněž možnost využití tzv. defokusované komunikace, při které není pozornost přímo zaměřena na jedince se selektivním mutismem a jeho komunikaci. Cílem tohoto stylu komunikace je redukce sociální úzkosti při rozhovoru díky následujícímu postupu: terapeut sedí vedle jedince (místo naproti němu), oba upírají pozornost na společnou hru, terapeut pokládá otázky směřované na jedince, ten má dostatečný čas na odpověď, nikdo nemluví za něj, terapeut pokračuje v dialogu, i pokud jedinec verbálně neodpoví.

Petzold a Ströhle (2018, 595–598) podávají ucelený přehled přístupů k terapii selektivního mutismu, které se v německojazyčném prostředí využívají. Léčba úzkostných onemocnění (mezi které se řadí i selektivní mutismus) je primárně psychoterapeutická, popřípadě farmakologická. Je třeba zdůraznit, že žádný ze zkoumaných přístupů není omezen na

---

<sup>65</sup> Rank (2019, 176) uvádí, že řečová terapie (logopedie) je indikována zhruba u 50 % jedinců se selektivním mutismem. Sama o sobě však zpravidla k úspěšné léčbě nedostačuje, protože se nezabývá okolnostmi, za nichž selektivní mutismus vznikl aj. (za vhodnější se pokládá psychoterapie).

kontext individuální terapie, do léčby jedince se selektivním mutismem bývá vždy nejrůznějšími způsoby „vtažena“ i jeho rodina stejně jako mateřská škola či škola, pokud ji jedinec navštěvuje (Subellok a Bahrfeck-Wichitill 2016, 163).

Mezi psychoterapeutickými přístupy celkově dominuje při léčbě selektivního mutismu kognitivně-behaviorální terapie. Mezi další přístupy z německojazyčného prostředí řadíme např.: Dortmundskou terapii mutismu (DortMuT), Systemickou terapii mutismu (SYMUT), Kooperativní terapii mutismu (KoMut), Svépomoc u mutismu aj.

**Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)** bývá u selektivního mutismu označována jako terapie „první volby“, je totiž nejčastěji využívanou psychoterapeutickou formou léčby selektivního mutismu (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 617). Cílem této léčby je, aby se pacient dostal do atmosféry příznivé pro mluvení. Toho se dosahuje skrze tzv. „shaping“ (operantní tvarování chování), který je založen na pozitivním posilování (odměňování) projeveného i minimálního kooperativního chování (např. krátké udržení očního kontaktu). Poté následují imitační cvičení různých pohybů hlasivek a úst, jedinec je postupně veden k imitaci fonémů, slabik, slov a nakonec vět. Postupně se začíná využívat tzv. „stimulus fading“ (rozměňování stimulů).<sup>66</sup> Němečtí autoři jako Melfsen, Warnke a Walitza (tamtéž), Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 595) i jiní uvádějí tuto součást KBT pod pojmem „Reizüberblendung“ (míchání stimulů): do situací, ve kterých už jedinec mluví, se integrují ještě nenavvyklé prvky (např. dveře místnosti, v níž terapie probíhá, nejsou zavřené, ale těsně přivřené nebo při znatelném pokroku i zcela otevřené).

Úroveň obtížnosti a komplexity úkolů se zvyšuje s každou cvičnou situací a rovněž úspěšnost jedince se selektivním mutismem v ideálním případě stoupá. Pro tento postup terapie je třeba mít pečlivě vytvořenou hierarchii situací, v nichž jedinec mlčí, šeptá, komunikuje jen neverbálně, „běžně“ mluví apod. (vytváří se během diagnostikování jedince). KBT pokládá za velmi důležité rovněž zapojení blízkých osob jedince do terapeutického procesu. Wischnewski a Ströhle (2016, 198) předkládají opatření, kterými mohou blízké osoby přispět k úspěšnému průběhu terapie: např. strukturování každodenního režimu, stabilizace stylu výchovy a pravidel, která se týkají každodenní komunikace.

---

<sup>66</sup> Jedinec se selektivním mutismem se postupně konfrontuje se stále obávanějšími stimuly a učí se nevyužívat mlčení jako reakci.

V KBT existují různé metody k léčbě selektivního mutismu. Např. expoziční postupy, v nichž dominuje snaha, aby se jedinec přiblížil k projevům chování nebo situacím, jimž se vyhýbá. Situace jsou těžší a těžší, liší se např. v ohledu na nároky na řečový výkon, v obsahu komunikace, v situačních aspektech, v místě, kde se mluvení odehrává, a podle osob (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 617).

Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 617) mezi kognitivně-behaviorální intervenční metody využívané u jedinců se selektivním mutismem řadí například:

- **kontingenční management:** v popředí stojí řízení chování skrze následky; žádoucí chování je odměňováno (např. sociálním posílením skrze náklonnost), nežádoucí chování tlumeno (např. ignorováním).
- **„shaping“ neboli operantní tvarování chování:** viz výše; komplexní vzorce chování se formují po malých krocích, přičemž obtížnost se postupně zvyšuje (například jsou nejprve v terapii imitovány oromotorické pohyby a až později se přistupuje k nácviku verbálního vyjadřování).
- **„stimulus fading“ neboli rozměňování stimulů:** Bahr (2016, 212) uvádí, že jde o postupné, stále se opakující „otupování cizosti“ osob/míst, s nimiž / na nichž jedinec dříve nevyužíval verbální komunikaci. Postup se zároveň posouvá směrem k mluvení (přes šeptání apod.). Může se jednat např. o situaci, kdy pedagog přichází za žákem přímo domů, čímž se omezí počet „cizích“ stimulů působících na žáka (oproti setkání s pedagogem ve škole).
- **„audiofeedforward“:** technika, která může být využita jako doplňující prostředek, jedná se o speciální formu „self-modelingu“ neboli sebemodelování. V případě využití této techniky poslouchá jedinec se selektivním mutismem předebrané scény, které mu podsouvají, že už mluví i v situacích, ve kterých doposud mlčel. Jedinec se poslouchá v těchto scénách několikrát denně.<sup>67</sup>

KBT ovšem není jedinou terapií, v německojazyčném prostoru se hojně využívají i následující terapie: Dortmundská terapie mutismu (DortMuT), Systemická terapie mutismu

---

<sup>67</sup> V praxi se může jednat např. o následující: Nahraje se skutečný záznam, jak matka klade otázky, na které dítě odpovídá. Dále se nahraje, jak totožné otázky klade cizí osoba. Obě nahrávky se sestříhají dohromady: vznikne nahrávka, v níž cizí osoba klade otázky a dítě odpovídá (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 617).

(SYMUT) a Kooperativní terapie mutismu (KoMut). Všechny si „vypomáhají“ rozličnými formami účinných (kognitivně-)behaviorálních léčebných metod a v úvahu berou rovněž sociální kontext mimo terapii (Subellok a Bahrfeck-Wichitill 2016, 164).

**Dortmundská terapie mutismu (DortMuT)** je terapeutický přístup, který integruje psychodynamické, kognitivně-behaviorální, systemické a řečově-terapeutické prvky. V centru zájmu přitom stojí terapeutická tvorba vztahů a „zasítování“ (Vernetzung) jednotlivých životních kontextů. Právě na „zasítování“ sociálního okolí jedince se selektivním mutismem klade DortMuT velký důraz. Vzájemné propojení rodiny, odborníků a pracovníků z různých oblastí a zařízení výrazně zvyšuje úspěšnost terapie jedince se selektivním mutismem. Tématu „zasítování“ se podrobně věnují Subellok a Bahrfeck-Wichitill (2016, 164–170). Nejčastějšími sociálními kontexty, kde se mlčení u jedinců projevuje, jsou mateřské školy nebo školy, proto by měly být intenzivně zapojeny do terapie. Jedinec se selektivním mutismem vnímá mezi rozdílnými sociálními kontexty velmi ostré hranice. Ty jsou propustnější, když spolu tyto rozdílné kontexty komunikují a intervenční strategie při léčbě jedince se uplatňují společně.

Subellok a Bahrfeck-Wichitill (tamtéž) uvádějí jako vzor angloamerické zdravotní a vzdělávací systémy, které se od těch německých (a potažmo i českých) podstatně odlišují: prosadilo se v nich totiž silné strukturální napojení řečových terapeutů na mateřské školy / školy a školní psychology. V angloamerickém prostředí je tedy propojena řečová terapie, psychotherapie a školní prostředí. Naproti tomu v Německu je od sebe zdravotní a vzdělávací systém striktně oddělen. Systém zdravotní péče odpovídá za léčbu v oblasti řečové terapie / logopedie nebo psychoterapie, často s nezávislým průběhem a v individuální formě. V mateřských školách a školách pak probíhá převážně vzdělávání. Logopedičtí pracovníci jsou ve školském sektoru na běžných školách spíše výjimkou. Pedagogové v důsledku toho přejímají úkoly obecného řečového vzdělávání a podpory žáků, ovšem (řečově)terapeutickou expertízu od nich nelze očekávat.

Dortmundská terapie mutismu začíná kvůli vytvoření chráněného prostoru ve dvojici (jedinec se selektivním mutismem a terapeut), s narůstáním komunikačních schopností jedince se prostor „otevívá“ směrem ven. Terapeut zastává roli prostředníka mezi terapií a

různými sociálními kontexty a má pomoci prostor tzv. „zasít'ovat“.<sup>68</sup> Výchozím bodem pro „zasít'ování“ má být zohlednění jednotlivých perspektiv všech osob (a skupin) zúčastněných na procesu terapie (jedná se např. o perspektivy rodičů, pedagogů a vychovatelů, terapeutů a dalších osob, které se pohybují v sociálním kontextu jedince). Ideální je „zasít'ování“ všech důležitých osob a sociálních kontextů, které se však nedá vždy realizovat. Nejdůležitějšími součástmi sítě se ukazuje rodina, vzdělávací zařízení (mateřské školy, školy) a vrstevníci.

Mezi další principy DortMuT patří jasné rozdělení zodpovědnosti a kompetencí (jakmile je „zasít'ováno“ velké množství lidí, je potřeba se co nejvíce vyvarovat protimluvnému jednání<sup>69</sup>); transparentní komunikace a neutralita (problematická role koordinátora: zasazuje se o transparentní komunikaci, sám ale musí mezi jednotlivými sociálními kontexty vždy zůstat v neutrální pozici); v centru pozornosti je blaho a další rozvoj jedince se selektivním mutismem.

**Systemická terapie mutismu (SYMUT)** za hlavní součást terapie považuje vzájemné vztahy mezi jedincem se selektivním mutismem a jeho okolím a rovněž vztah jedince k sobě samému. Součástí léčby je obsáhlá diagnostika a dále čtyři na sebe navazující fáze terapie. Základními terapeutickými principy SYMUT jsou posílení „já“ (Ichstärkung), důvěra, změna, převzetí zodpovědnosti a sebedisciplína.

Diagnostické nástroje léčebné koncepce SYMUT – Sociogram mutismu, Evaluační dotazník k sociálně interaktivnímu komunikativnímu chování u mutismu (E-S-K-M) a Kolínský dotazník na anamnézu mutismu (K-M-A) – jsou již blíže popsány výše v kap. 2.3 (Hartmann 2016, 202).

SYMUT byl vyvinut jako metoda terapie mutismu u dětí, mladistvých i dospělých a zveřejněn v roce 2004 (Hartmann a Hartmann 2024).

Faust a Kortjohann (2016, 189) blíže popisují systemickou teorii, která stojí na pozadí tohoto přístupu k léčbě mutismu. Systemická teorie nahlíží na lidi jako na součást jejich světa, respektive jako na více či méně ohraničitelné systémy, ve kterých na jedince působí vlivy zvnějšku. Pokud se změní celková konstelace, změní se i jedinec. Mluví se o „struktuře

---

<sup>68</sup> Pevné „zasít'ování“ by měla mít na starost jedna osoba, ideálně terapeutický pracovník, který bude všechny zúčastněné strany koordinovat.

<sup>69</sup> Např. pokud se v terapii buduje šeptání jakožto mezikrok k mluvení, nemůže být ve škole odmítáno.

podmínek“ (Bedingungsgefüge), ve které je všechno dění navázáno jedno na druhé v cirkulární kauzalitě; neexistuje žádný pohyb/změna, který by nezasáhl i ostatní části a nezměnil stávající rovnováhu. Podobný popis nabízejí Hartmann a Hartmann (2024): neexistují žádné lineární vzorce příčin s jednoznačnými vztahy příčiny a následku, nýbrž vše se považuje za cirkulární procesy.

Při systemické terapii jedince se selektivním mutismem je třeba vzít v potaz „horizontální“ náhled na jeho životní okolnosti nebo jinak řečeno na jeho důležité dílčí součásti: rodina, kamarádi, škola atd. Ale i „vertikální“ (anamnestický) náhled na jedincův životní příběh a vyhlídky do budoucna patří k současným okolnostem mutistických symptomů. Tento systemický náhled shrnuje otázka: Jak se okolní systém (rodina aj.) k mutismu postavil a jak ho všichni společně „vybudovali“? Selektivní mutismus je chápán jako (podvědomě zvolené) řešení systémových problémů – ovšem řešení s vedlejšími účinky (Faust a Kortjohann 2016, 189).

**Kooperativní terapie mutismu (KoMuT)** se přizpůsobuje individuálním potřebám jedince se selektivním mutismem, jeho rodiny a pedagogů. Centrální význam při ní mají základní koncepty kooperativní pedagogiky, kooperativní řečové terapie a systemické teorie. Johansen a kol. (2016, 172) dodávají, že základy KoMuT vycházejí mimo jiné z poznatku, že jedinec se selektivním mutismem žije jako součást rodinného systému.

KoMuT se zakládá na kooperativním postoji, který mlčení respektuje jako součást jedincova usilování o identitu. Pátrá však po okolnostech, které by umožnily trvalou změnu mutistického chování. Aby se u jedince mohla rozvinout autonomie, jsou nezbytné jeho kontakty s „cizím“ světem. S těmito kontakty si jedinec rozvíjí schopnost objevovat svět a existovat v této „cizině“. Tato zkušenost otevírá jedinci možnost vlastních postojů a možnost účasti. KoMuT si klade za cíl „stavět mosty“ mezi „osobním“ a „cizím“ světem. Terapeuti se zde chápou jako prostředníci mezi oběma světy. Vzdát se mlčení znamená pro jedince se selektivním mutismem vzdát se části doposud vybudované identity. Identita jako celek by však u jedince měla být zachována, např. podporou jeho sebedůvěry (Johansen a kol. 2016, 172).

**Svépomoc – Stuttgartská rámcová doporučení k terapii mutismu (SRMT):** sdružení Svépomoc u mutismu (Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V.) má v německojazyčném prostoru mimořádnou oblibu, založil je roku 2004 Michael Lange, sám trpící selektivním

mutismem. Sdružení reaguje na fakt, že terapie selektivního mutismu bývá často zdlouhavá a jedinec během let mnohdy absolvuje celou řadu terapií. Aby mohl být průběh předchozích nebo současných terapií zhodnocen a posouzen, vydalo německé sdružení pro svépomoc u mutismu roku 2013 tzv. Stuttgartská rámcová doporučení k terapii mutismu (Stuttgarter Rahmenempfehlungen zur Mutismus-Therapie). Podle nich stojí v popředí konkrétní práce na mluvení a s tím spojené psychosociální otevření se jedince se selektivním mutismem. Pro úspěch terapie je rovněž nutné zapojení okolí včetně vzdělávacího zařízení, pokud ho jedinec navštěvuje. Dále je nezbytné komplexní poradenství pro rodinné příslušníky. SRMT podporují i metody a koncepty KBT (viz výše). Klíčová je víceoborová spolupráce odborníků: psychiatrů, psychologů, řečových terapeutů, logopedů a ergoterapeutů. Jsou zde rovněž formulována kritéria pro ukončení terapie (pokud terapie nevede v rámci jednoho roku k mluvení, může totiž přispívat ke chronifikaci onemocnění) (Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 598; Wischnewski a Ströhle 2016, 199).

Poměrně spornou otázkou zůstává využívání **stacionární léčby** u jedinců se selektivním mutismem. Stacionární péče není u terapie selektivního mutismu obvykle příliš doporučována. Plener a Spröber-Kolb (2020, 116) stanovují určité situace, kdy je vhodná, např. pokud je úspěch terapie jedince se selektivním mutismem v dětském věku ohrožen psychickým onemocněním pečující osoby; situace ve škole, kterou jedinec navštěvuje, je příliš kritická; nebo jedinec trpí ještě těžkou formou jiné přidružené poruchy. Existují i stacionární zařízení specializovaná mimo jiné na léčbu selektivního mutismu, která prostřednictvím stacionární léčby dosahují úspěchu i tam, kde poradenství, ambulantní ani např. částečně stacionární léčba nepomohly. Jedná se například o **Řečově-léčebné centrum ve Werscherbergu** (Sprachheilzentrum Werscherberg), které přijímá jedince v dětském věku s diagnózou selektivního mutismu. Jedinci jsou rozmístěni do malých skupin (v každé skupině jich bývá zpravidla osm) a jsou zde jedinci s různými druhy narušení komunikační schopnosti. Skupina má připomínat rodinu. V rodině totiž jedinci se selektivním mutismem zpravidla běžně využívají verbální komunikaci, zatímco mimo rodinu v „cizím“ kontextu mlčí. Společným soužitím ve skupině, která připomíná rodinu, se snaží stacionární léčba narušit vzorec mlčení. Interakce s původně cizími osobami v rámci malých skupin se stávají stále „rodinnějšími“ a postupně získávají status „bezpečného“ prostředí pro verbální komunikaci. To způsobuje



pozitivní narušení hranic mezi pro mluvu „bezpečným“ prostředím rodiny a vnějším prostředím bez verbální komunikace. Ostrá hranice mezi mluvením a mlčením postupně slábne.

Terapie se ve werscherbergském centru přizpůsobuje potřebám konkrétního jedince, probíhá jak v individuální, tak ve skupinové formě. Jednou týdně se pak koná skupinová terapie celé spolubydlící skupiny. V rámci centra se odehrávají i běžné každodenní situace: společná jídla, ale i oslavy, výlety aj. Všech se zpravidla účastní i terapeuti. Po celou dobu pobytu jedinci navštěvují tzv. „otevřené školy“ – jedná se o běžné školy v okolí zařízení, které přijímají k dočasné docházce jedince s narušenou komunikační schopností ve stacionární péči. Ve školách je zohledněna forma vzdělávání ze školy, kterou jedinec navštěvuje běžně.

Terapie v centru je různorodá, jedinec například může k vyzkoušení a upevnění změn v každodenním životě navštívit v rámci zařízení jinou skupinu, kuchyni aj. Dále je k terapeutickým účelům hojně využíván pohyb (pohybové hry v tělocvičně, přírodě) či jiné společné aktivity (vaření, pečení, malování, hraní na hudební nástroj). Jedná se o situace, v nichž je v popředí činnost, nikoli mluvení, což jedinci může pomoci ke spontánnější neverbální i verbální komunikaci.

Pro přenos verbální komunikace jedince do různých situací se v centru (se souhlasem jedince) využívají například nahrávky nebo i videonahrávky, které se mohou pustit i v „otevřené“ škole, již jedinec navštěvuje, nebo ve skupině, kde bydlí. Ostatní ho tak vidí mluvit a jedinec se selektivním mutismem to může využít jako „bezpečný“ mezikrok pro pozdější spontánní verbální komunikaci. Přejít k verbální komunikaci někdy usnadňují i tzv. přechodové objekty, např. loutky nebo jedincem přinesený předmět, který může sloužit jako prostředník v komunikaci a uvolnit napětí (Faust a Kortjohann 2016, 189–193).

Stacionární léčbou jedinců se selektivním mutismem se dále zabývá **Řečově-léčebné centrum v Meisenheimu**, které nabízí ambulantní, ale především stacionární péči pro jedince s narušenou komunikační schopností od pěti a půl do osmnácti let. Typickým znakem centra je hojně využívání skupinové formy terapie. Při stacionární péči bývají tvořeny malé terapeutické skupiny, jedinci se selektivním mutismem jsou doplněni o jedince s koktavostí.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> Selektivní mutismus a koktavost jsou dva druhy narušení komunikační schopnosti podobné tím, že se projevují jen za specifických komunikačních podmínek a bývají posilovány negativními zkušenostmi, které mají v některých případech dramatičtější dopad než původní spouštěč (Herrmann a Fuchs 2016, 215–219).

Skupinová terapie přináší jedincům se selektivním mutismem či koktavostí řadu výhod, především pocit sounáležitosti. V rámci terapie se jedinci většinou prvotně setkávají s jinými, kteří jsou zasaženi podobnými symptomy a poznávají, že nejsou jediní, kteří mají potíže s určitými komunikačními situacemi. Všichni členové skupiny se navíc staví proti podobnému problému, díky tomu mizí role outsidera a skupina může účastníkům dodávat odvalu ke změnám a působit úlevně. Skupinové vedení nabízí určité výhody i pro terapeuta, např. možnost pracovat bez nátlaku na jedince (pokud se nově přichozí kontaktu zatím vyhýbá, může terapeut pracovat s jinými členy skupiny, a přitom nově přichozího alespoň nenápadně pozorovat). I jedinec se cítí lépe, pokud není do komunikace tlačen, ale může být zpočátku chvíli „pouze“ pasivním pozorovatelem a získávat postupně sebedůvěru.

Poměrně nestandardní je délka pobytu v meisenheimském stacionárním zařízení, která průměrně činí u jedinců v dětském věku se selektivním mutismem přibližně jeden rok. Délka pobytu podle odborníků v centru odpovídá náročnosti terapie a tomu, že jedinec si musí zvyknout na celou řadu nových komunikačních situací a získat v nich sebedůvěru. Přesto ale bezesporu může takto dlouhé odloučení od rodiny pro dítě představovat velkou psychickou zátěž (Herrmann a Fuchs 2016, 215–219).

Pozornost si zaslouží struktura terapie selektivního mutismu v meisenheimském řečově-léčebném centru. Terapie je rozdělena na tři fáze, přičemž postupně jsou zvyšovány komunikační nároky na jedince.

V první fázi má jedinec blíže pochopit a uznat své aktuální hranice, má si uvědomit své současné schopnosti kooperace a komunikace. Tedy například uvědomit si, které situace v novém prostředí jsou pro něj snadné a které naopak těžké či velmi těžké. Důležitá se v této fázi jeví např. opakující se režimová opatření uvnitř terapeutické skupiny (pevné doby jídla, skupinových terapií, pravidelná volnočasová nabídka atd.), která jedinci se selektivním mutismem umožňují v novém místě pocítit jistotu a snáze se orientovat. V této první fázi může zatím nový účastník komunikovat způsobem, který sám preferuje (např. písemně, gesty, mimikou apod.). Vyšší nároky jsou na jedince kladeny postupně. Terapeut v rámci individuální terapie zjišťuje, jak je jedinec ochotný způsob sdělování postupně měnit. V této fázi terapie je stěžejní působení pouze jednoho terapeuta a případně jeho terapeutického psa

na jedince se selektivním mutismem.<sup>71</sup> Takto např. pomalu přechází od psaní, potřásání a vrtění hlavy k verbální komunikaci (nejprve třeba užívání velmi krátkých slov: „ano“ a „ne“). Důležitou roli hraje, že se jedinec postupně adaptuje v prostředí stacionáře a začíná verbálně komunikovat s novými kamarády.

Ve druhé fázi terapeutického procesu je klíčová stabilizace změn. Jedinec se selektivním mutismem již sice dosáhl určitých pokroků, velmi často se u něj ale může vlivem i sebemenší změny spustit regresivní chování. Cílem této fáze terapie je nově získané komunikační chování upevnit a přenést do co možná nejvíce oblastí života.

Závěrečná třetí fáze terapie se snaží o zařazení jedince do jeho běžného prostředí (rodina, škola, vrstevníci atd.). Již od začátku terapie je kladen důraz na zapojení celého okruhu jedince (rodinný okruh, kamarádi, škola) do procesu terapie. Centrum v Meisenheimu je pokrokové v zapojování rodičů do průběhu terapie (telefonicky, emailem, formou každo-měsíčních setkání, kde všichni včetně jedince se selektivním mutismem společně hovoří o stavu terapie). Propuštění jedince ze stacionární péče do domácího prostředí je indikováno teprve, když si jedinec sám věří, že nabyté komunikační dovednosti zvládne využít i mimo stacionář: důvěra a odpovědnost za rozhodnutí je zde tedy vkládána přímo do rukou jedince se selektivním mutismem, nikoli jeho rodičů.

I po propuštění jedince zůstává zařízení nadále v kontaktu s jeho rodiči, jedinec se obvykle v následujícím roce vrací do centra na krátkodobý pobyt (většinou v délce 4 týdnů) (Herrmann a Fuchs 2016, 215–219).

Skupinová terapie má více forem, jednou z nich je tzv. **„intenzivní skupina psychodramatu“**. Köfeler a Krall (2016, 166–175) popisují principy intenzivní psychodramatické metody při práci s jedinci od 6 do 12 let. Skupinová terapie o délce tří hodin obvykle probíhá čtyři dopoledne v týdnu. Psychodramatické skupiny se účastní 12 až 14 jedinců a je vedena dvěma terapeuty-psychodramatiky. U jedinců se zde „hravou“ formou (s využitím loutek, hraní rolí apod.) posiluje sebehodnocení a jejich sociální kompetence. Cílem je, aby se dokázali konstruktivním způsobem potýkat s nároky v každodenních situacích. V průběhu skupinové práce lze u jedinců pozorovat jak na verbální, tak na neverbální rovině zlepšení

---

<sup>71</sup> Právě přítomnost psa je pro jedince v dětském věku velkým přínosem, pes jedinci pomáhá začlenit se do běžných struktur zařízení, např. ho doprovází na jednotlivá sezení a podporuje jeho začlenění do režimu centra.

v ohledu četnosti i různorodosti interakcí. Je ovšem třeba dbát na to, aby úroveň nároků na sociální interakce jedince měla přiměřenou úroveň a nedošlo k jeho stažení do ústraní.

**Farmakoterapie**, tedy léčba pomocí medikace, by měla být zvažována při nedostačující účinnosti psychoterapie. Stejně jako při léčbě jiných úzkostných onemocnění bývají při léčbě selektivního mutismu upřednostňována antidepresiva ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, popřípadě serotoninu a noradrenalinu (SSRI).<sup>72</sup> Wischnewski a Ströhle (2016, 198) uvádí, že připojení farmakologické léčby k psychoterapii lze zvažovat, pokud není psychoterapeutická léčba dostatečně účinná. Zatím však bylo vydáno velmi málo studií sledujících účinnost farmakologické léčby u jedinců se selektivním mutismem v dětském věku.

V praxi je farmakologická léčba jedinci doporučena především tehdy, pokud trpí komorbidně k selektivnímu mutismu i dalším psychickým onemocněním, např. depresí nebo jinou úzkostnou poruchou. Egberts a Gensthaler (2016, 470–471) připomínají fakt, že u farmakoterapie s antidepresivy ze skupiny SSRI se dosáhne plné účinnosti teprve po 8 až 12 týdnech užívání. Rovněž dodávají, že pod vlivem antidepresiv ze skupiny SSRI sice dochází k signifikantnímu zlepšení symptomatiky selektivního mutismu, ale velká většina jedinců i nadále splňuje kritéria poruchy, farmakoterapie musí tedy pokračovat dlouhodobě až do úplného odeznění onemocnění. Během léčby těmito antidepresivy se rovněž mohou objevit různé nežádoucí účinky, popsány jsou např. disinhibiční fenomény (neřízené chování a zvýšená energie bez známek mánie). K vysazení medikace by mělo dojít nejdříve po úplném odeznění selektivně-mutistické symptomatiky (tedy vymizení všech příznaků onemocnění), ovšem před ukončením jiných terapeutických opatření (např. psychoterapie).

Podporu potřebuje i blízké okolí jedince se selektivním mutismem. Pokud je jedinec v dětském věku, je velmi důležitý podporující vztah terapeuta směrem k rodičům, kteří jsou často uzavřeností svého dítěte znejištěni, cítí se zklamaní, musejí bojovat se strachy ze selhání a

---

<sup>72</sup> Egberts a Gensthaler (2016, 469–470) uvádějí, že nejčastěji je v Německu z této skupiny antidepresiv u jedinců se selektivním mutismem v dětském věku využíván lék Fluoxetin (jedná se o lék, který je v Německu povolen pro léčbu deprese u nezletilých jedinců – Plener a Spröber-Kolb 2020, 118). Egberts a Gensthaler (tamtéž) dodávají, že někteří jedinci reagují příznivě i na farmakoterapii pomocí jiných antidepresiv ze skupiny SSRI (např. citalopram a escitalopram), které jsou účinné při léčbě sociální fobie. Jako prostředek „poslední“ volby (po vyloučení ostatních terapeutických a sociálních intervencí) mohou být jedinci nasazeny inhibitory monoaminoxidázy (MAO), u nichž se však objevují časté nežádoucí účinky (nárůst hmotnosti aj.).

jsou stále znovu konfrontováni se sebeobviňujícími výčitkami. Zásadní je, aby v rodině byly odstraněny faktory, které selektivní mutismus podporují, a blízcí zvolili k jedinci se selektivním mutismem vhodný přístup (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 616–617).

Rank (2019, 174–175) uvádí, že primárně je třeba odbourat mluvení za jedince se selektivním mutismem blízkými osobami a také přehnaně ochraňující chování. Blízké osoby by měly podpořit věku odpovídající autonomii jedince a jeho začlenění do vrstevnických skupin. Dále se musí odbourat očekávání, že jedinec promluví (očekávání na jedince vytváří tlak), a namísto toho je třeba posilovat jeho odvahu mluvit (velmi nápomocné může být např. použití pozitivních posilovačů pro mluvení). Mezi chování, které posiluje symptomy selektivního mutismu, a proto je třeba se ho vyvarovat, se dále řadí: přímo se pokoušet přimět dítě k mluvení, vyhrožovat mu následky nemluvení, slevit z požadavků na dítě (motivace pro komunikaci řeči musí zůstat), příliš ochranné zacházení, při kterém jedinec získává zvláštní sociální pozici, nejistota blízkých osob a nedostatek důslednosti aj.

Pro úspěch léčby je stěžejní nejen podpora „domácího“ prostředí jedince, ale i prostředí školního: pedagogů, vychovatelů atd. Právě s nimi je nezbytné projednat strategie přenosu řečové kompetence jedince, vybudované v rámci terapie, do školního prostředí. Oboustranná propojenost systému je naprosto klíčová, terapeut musí být informován o úspěších, kterých jedinec na jiných místech dosáhl, aby mu mohl poskytnout pozitivní zpětnou vazbu. K podpoře ve školním prostředí je dobře využitelný např. tzv. „tokenový systém“ (Plener a Spröber-Kolb 2020, 117). Tokenem má být věc, která jedince motivuje (např. nálepka, kulička, smajlík apod.). V tokenovém systému se tokeny používají k posílení žádoucího chování bezprostředně po něm. Jedinec potřebuje získat předem daný počet tokenů, aby získal domluvenou odměnu (např. oblíbenou aktivitu apod.). Tokeny se využívají jako náhradní posílení, překlenují dobu mezi žádoucím chováním a získáním odměny. Tokenový systém má svá pravidla, např. cílové chování musí být jasně definováno, musí být k dispozici dostatečný počet tokenů a jasný plán jejich využití, musí být rozhodnuto, zda bude součástí systému i ztráta tokenů za nežádoucí chování či nikoli. Předností tokenových systémů je zajištění konzistentnosti poskytování pozitivních posílení, tokeny jsou tedy využitelné i tam, kde se práci s jedincem věnuje celá řada pedagogů či terapeutů (Gower, Booth a Dillenburger 2022, 16–17).

Přístupem k jedincům se selektivním mutismem ve školním prostředí se blíže zabývá i Jackel (2019, 220). V kontextu školy může dojít k problémům na různých úrovních, např. na úrovni žák-pedagog nebo žák-žák. Podpůrná opatření ve prospěch jedince se selektivním mutismem sice obtíže spojené s onemocněním nevyřeší, ale mohou zmírnit tlak na žáka a podpořit jeho vztahy k pedagogům i ostatním žákům. Může se jednat např. o možnost odevzdávání úkolů písemně namísto ústně, práci v malých skupinách či povolení notebooku či tabletu jako kompenzační pomůcky. Tato podpůrná opatření jsou indikována až po lékařském stanovení diagnózy. Je klíčové, aby pedagog v rámci vyučování nejprve systematickým pozorováním chování jedince rozpoznal, které situace jsou pro něj problémové. Následně je možné, aby společně se speciálněpedagogickými pracovníky sestavil intervenční opatření ve formě individuálního plánu podpory. Přitom v rámci inkluzivního vzdělávání je vždy uplatňován přístup se zaměřením na silné stránky jedince, klíčové je neustálé povzbuzování žáka a pozitivní podpora jeho chování. Cílem je, aby se u žáka posílilo vědomí jeho vlastní kompetence a pozitivní sebeobraz.

Tímto tématem se zabývá i Bahr (2016, 210–213), doporučuje ve školním prostředí odstupňovaný přístup na cestě k verbální komunikaci jedince se selektivním mutismem. Nabízí náhled ideálního průběhu práce s jedinci se selektivním mutismem ve školním prostředí, náhled dělí do šesti po sobě následujících fází (mezi jednotlivými stupni jsou samozřejmě překryvy; stěžejní je, že následující stupeň vždy zahrnuje i ten předchozí).

První fází je podle Bahra (tamtéž) poznávání – kontakt (např. vybudování pozitivního kontaktu mezi jedincem a školním personálem), druhou fází je relaxace na úrovni hrubé a jemné motoriky (ve školách např. hodiny tělesné výchovy), ve třetí fází dochází k nabídce alternativ (např. čtení mimo třídu, plnění pracovních úkolů písemně), ve čtvrté fází je patrný posun směrem k mluvení (jedinec se selektivním mutismem využívá mimiku a gestiku v rámci rozhovorů během vyučování a při hrách: odpovídá ano-ne, kývá hlavou, šeptá s důvěrnými osobami aj.), pátou fází je mluvení hlasem (s možnostmi zjednodušení: např. tandemové čtení, mluvení z místa, kde jedinec není vidět, apod.). Poslední, šestou fází je zahájení a udržení volné komunikace (pedagog opět přizpůsobuje úroveň jedinci se selektivním mutismem, např. stačí krátké odpovědi, referát může být čten apod.).

Bahr (tamtéž) rovněž upozorňuje na důležitost přechodů, které bývají jedinci se selektivním mutismem i jejich blízkými často vnímány jako ohrožení. Ve skutečnosti přechody nabízejí velkou šanci odložit na novém místě a v novém prostředí identitu mlčícího jedince a začít využívat verbální komunikaci.<sup>73</sup> Podmínkou úspěchu při přechodu je nicméně velmi dobrá spolupráce mezi původní a novou školou. Rank (2019, 175) dodává, že u předškolních jedinců s dlouhotrvající symptomatikou selektivního mutismu může být též smysluplným opatřením odklad povinné školní docházky kombinovaný s intenzivní terapií.

---

<sup>73</sup> Výhodu nových situací zdůrazňuje i Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 618), mlčení v nich totiž ještě nezískalo žádnou převahu a je tak šance na jeho „prolomení“.

### 3 Komparace přístupů doplněná o moderní poznatky o mutismu z anglickojazyčné literatury

#### 3.1 Vymezení mutismu

České a německojazyčné zdroje se neshodnou na správném označení onemocnění. Preissová (2018, 526) sice udává, že v evropském prostředí je běžněji užíván termín elektivní mutismus, avšak cizojazyčné zdroje, ze kterých vychází tato bakalářská práce, jednoznačně podporují termín selektivní mutismus. Velký vliv na to jistě má užívání termínu selektivní mutismus v 5. vydání *Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace* (DSM-V), na které německá odborná literatura hojně odkazuje. Naproti tomu v českém prostředí je kladen větší důraz na klasifikaci podle *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, kde přechod z termínu elektivní mutismus na selektivní mutismus proběhl teprve nedávno mezi 10. a 11. revizí této klasifikace (Světová zdravotnická organizace 2023). Dále preferenci termínu selektivní podporuje fakt, že zatímco termín elektivní podle většiny interpretací naznačuje možnost výběru situací, ve kterých jedinec mlčí a kdy nikoliv, termín selektivní možnost volní kontroly nezdůrazňuje a odpovídá tak lépe podstatě poruchy (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 608).

Vymezení forem mutismu je zřejmě jedinou oblastí, která je v české odborné literatuře rozpracovaná širěji než v německojazyčné. Nejširší vymezení najdeme u Dvořáka (2007, 122–123), který mutismus dělí na: mutismus autistický, perzistentní, tranzientní, primární, psychotický, reaktivní traumatický, situační, neurotický, totální specifický, elektivní a selektivní, totální. Dále jsou k dispozici i další typy podle jednotlivých autorů (viz výše kap. 1.1) a logopedické schéma dělení mutismu, které rozlišuje mutismus totální, selektivní a surdomutismus. Širší terminologii však spíše nelze považovat za pozitivní fenomén, neboť větší množství forem mutismu značí větší terminologickou nejednotnost a vnáší do klasifikace zmatečnost. Navíc se jeví jako nadbytečné vzhledem k poměrně nízké četnosti tohoto onemocnění. V německojazyčné literatuře se dělení mutismu na dvě schémata (psychiatrické a logopedické) nevyskytuje, na mutismus je nahlíženo komplexněji (mutismus nebývá nikdy vnímán jako především logopedický problém). Důraz je kladen hlavně na selektivní mutismus, dále je rozlišován mutismus přechodný (tranzientní) a totální. Selektivní mutismus má rovněž své formy: symbiotický mutismus, reaktivní mutismus, pasivně-



agresivní mutismus a fobický mutismus. Vyskytuje se ještě vertikální členění selektivního mutismu na dva typy: raný a pozdní neboli školní mutismus.

Co se týče nedávné anglickojazyčné literatury, Johnson a Wintgens (2017, 54–56) zavádějí rozdělení selektivního mutismu na „nizkoprofilový“ a „vysokoprofilový“. U vysokoprofilového selektivního mutismu jedinec vůbec nemluví s určitými lidmi. Jedinec s nizkoprofilovým selektivním mutismem trochu mluví, je-li to naprosto nezbytné (strach z následků nemluvení převáží strach z mluvení), ale nezahajuje spontánně konverzaci ani si o nic neříká. U obou profilů však existuje vždy konzistentní vzorec komunikačních návyků (dá se s určitou přesností předvídat, kdy jedinec bude mluvit a kdy ne). Kromě nizko- a vysokoprofilového selektivního mutismu upozorňují Johnson a Wintgens (tamtéž) ještě na další související onemocnění. Za „rozvinutější“ formu selektivního mutismu považují progresivní mutismus: jedinec začal s jasným vzorcem situací, ve kterých mluví/nemluví (nebo mluví, jen je-li to nezbytné), ale postupně přestává mluvit úplně, a to i s lidmi, s nimiž dříve mluvil bez problému.

Dále autoři (tamtéž) vymezují traumatický čili reaktivní mutismus, který je projevem posttraumatické stresové poruchy. Mlčení, resp. omezení řeči může v tomto případě více variovat na základě nálady jedince a má jasně identifikovatelný spouštěč, ačkoliv jedinec si ho nemusí uvědomovat. S mlčením mohou být asociovány určité představy, vzpomínky nebo noční můry.

### **3.2 Etiologie, výskyt a prognóza selektivního mutismu**

Česko- i německojazyčné zdroje se shodují, že mutismus je onemocnění s multifaktoriální etiologií. V české odborné literatuře dominuje Pečeňákovo (2003, 253–255) dělení etiopatogenetických faktorů selektivního mutismu na faktory, které projevy selektivního mutismu bezprostředně vyvolaly, faktory predispoziční a faktory udržovací. A dále existuje členění základních příčin vzniku selektivního mutismu na endogenní a exogenní od Klenkové (2006, 93). Německá literatura nabízí naproti tomu celou řadu etiologických přístupů k selektivnímu mutismu. Rogoll, Petzold a Ströhle (2018, 594) dokonce uvádějí, že i různá terapeutická zařízení tíhnou k různým etiologickým přístupům k tomuto onemocnění. V rámci etiologie je v německých zdrojích často kladen důraz na genetické a neurobiologické faktory. Na

rozdíl od českých zdrojů je často zmiňován psychosociální kontext vzniku selektivního mutismu, především ovlivnění migrací a přetížení v lingvisticky náročných situacích. Obdobně jako u Pečeňáka zde najdeme i dělení etiopatogenetických faktorů na faktory příčinné, spouštěcí a udržovací (Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 610–611). Největším přínosem pro určení co nejpřesnější etiologie onemocnění se zdá být osm základních modelů podle autorů Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 611–613), které se mohou podílet na vzniku a průběhu selektivního mutismu: biologická predispozice, chování při přílišných řečových nárocích, migrace a dvojjazyčnost, naučená strategie komunikace, opoziční chování, traumatické zážitky, reakce na přetížení, reakce na rodinný systém.

Výskyt selektivního mutismu není ani v jedné z jazykových oblastí podrobněji rozpracován, ve většině případů se cituje shodně hodnota prevalence 0,03 až 1 %, která je uváděna v DSM-V. Obě jazykové oblasti se rovněž až na výjimky<sup>74</sup> shodnou, že se porucha vyskytuje častěji u žen, resp. dívek a výskyt je nejčastější u jedinců v předškolním věku (při nástupu do mateřské školy nebo školy). Psychotická forma mutismu, která se vyskytuje u dospělých, je zmíněna pouze v českých zdrojích (Škodová 2007, 208).

Prognóza onemocnění rovněž celkově není příliš rozpracovaná, je velmi individuální a závislá na mnoha vstupních faktorech (zejména na věku jedince, rodinné zátěži apod.) (Preissová 2018, 535–536). Zdroje se shodují, že k určení prognózy selektivního mutismu dosud existuje málo ověřených dat a rovněž že prognóza onemocnění je tím méně příznivá, čím jsou příznaky onemocnění déle fixovány.

Čeští ani němečtí autoři obecně nezpochybňují fakt, že selektivní mutismus se řadí mezi úzkostná onemocnění, jak uvádí mezinárodní klasifikace. Nicméně problematiku vztahu mezi selektivním mutismem a jinými úzkostnými poruchami tematizuje německý tým Melfsen a kol. v anglickojazyčných studiích (2021, 2022), kde rozvíjí svou teorii selektivního mutismu vznikajícího jako reakce citlivých jedinců na přetížení. Ta byla zmíněna již výše v rámci osmi modelů etiologie a průběhu selektivního mutismu (Melfsen, Warnke a Walitza 2018; viz výše kap. 2.2). Podle této teorie je základem selektivního mutismu stresová reakce na situace chybně vyhodnocené kognitivním systémem jako „nebezpečné“ (Melfsen a kol.

---

<sup>74</sup> Hartmann (2016, 201) uvádí, že výskyt poruchy zřejmě není odlišný u jednotlivých pohlaví ani etnických skupin.

2021, 1433). Předpokladem při tomto modelu je vysoká citlivost na pocit nebezpečí u jedinců se selektivním mutismem, kdy jejich nervový systém spouští stresovou reakci typu „útek – boj – ztuhnutí“ už na relativně nízkém prahu. Na toto téma provedli Melfsen a kol. další výzkumy na skupinách jedinců se selektivním mutismem v dětském věku.

Tento model nesouzní s obecně uznávaným názorem a klasifikací, že selektivní mutismus je primárně úzkostná porucha. Melfsen a kol. (2021, 1434–1439) uvádějí, že přesná povaha vztahu mezi selektivním mutismem a úzkostnými poruchami, konkrétně sociální fobií, zůstává stále nejasná a není zřejmé, nakolik sociální fobie hraje klíčovou roli pro rozvoj selektivního mutismu. Ani přítomnost komorbidní sociální fobie neznamena nutně, že by selektivní mutismus měl mít stejný původ jako ona. Podle jejich modelu může sociální fobie vznikat spíše až jako sekundární reakce na selektivní mutismus: podkladem pro selektivní mutismus má být přehnaná stresová reakce na zátěžové situace u obzvláště citlivých jedinců, až opakováním tohoto zážitku se může rozvinout sociální fobie. Autoři také uvádějí několik symptomů selektivního mutismu a poznatků, které spíše odporují doposud předpokládané souvislosti selektivního mutismu s úzkostnými poruchami, respektive které se projevují u jedinců se selektivním mutismem, ale nikoliv u jedinců se sociální fobií.<sup>75</sup>

K problematice výskytu selektivního mutismu, jeho měření a také k prognóze tohoto onemocnění upozorňují Capozzi a kol. (2017, 775), že selektivní mutismus je většinou identifikován, až když dítě nastoupí do školy, ovšem vznik selektivního mutismu se udává již ve 2 až 5 letech věku. Průměrný věk pro diagnózu jedince se selektivním mutismem a ranou terapeutickou intervencí je mezi 6 a 8 lety, což je poměrně pozdě vzhledem k tomu, že podle

---

<sup>75</sup> Např.: Je poměrně častá kombinace selektivního mutismu a jiného narušení komunikační schopnosti nebo opožděného motorického vývoje (nic podobného nenalézáme u sociální fobie). Výskyt selektivního mutismu je častější u rodin s migračním pozadím (u sociální fobie ne). Jedinci se selektivním mutismem popisují abnormální vnímání vlastního hlasu a také sníženou funkci sluchu a zdá se, jako by ignorovali normální hlasy cizích lidí. Selektivní mutismus se může vztáhnout dokonce i na blízké členy rodiny, se kterými jedinec dříve komunikovat mohl (to také nelze vysvětlit úzkostí). Komunikace s jedinci se selektivním mutismem často působí provokativním, bezradným a zklamávajícím dojmem (naproti tomu reakce na jedince se sociální fobií se popisuje jako pečující a ochraňující). Kontaktní chování jedinců se selektivním mutismem se popisuje nejen jako ostražitě, ale jako odmítavé – vyhýbají se kontaktu a na nabídky kontaktu někdy reagují dokonce agresivně, zároveň často sami sebe popisují, jako že se nacházejí v pasivním stavu a nemají možnost kontroly svých akcí a jen omezeně vnímají vlastní tělo (u jedinců se sociální fobií může být naopak vnímání posíleno). Rodiče jedinců se selektivním mutismem u nich někdy popisují silné záchvaty vzteku a různé konflikty se sourozenci doma (naopak jedinci se sociální fobií se doma většinou chovají nenápadně).

longitudinálních studií se v 50–60 % případů symptomy staly chronickými a přetrvávaly do dospělosti.

Østergaard (2018, 240) uvádí k prevalenci selektivního mutismu, že je vyšší jednak u žen (dívek) než u mužů (chlapců), ale také u dvojjazyčných jedinců. To souhlasí se závěry německých autorů, kteří často uvádějí migrační pozadí jako jeden z faktorů, které se mohou podílet na vzniku a udržování mutismu. Østergaard (tamtéž) uvádí také, že selektivní mutismus se v rodinách vyskytuje často opakovaně a rodiče dětí se selektivním mutismem mají často zvýšenou míru sociální úzkosti.

Rodinné zázemí jedinců se selektivním mutismem podrobněji zkoumali opět Melfsen a kol. (2022). Dospěli k pozoruhodnému závěru (tamtéž, 1635–1640), že k matkám mívají jedinci se selektivním mutismem podobný vztah jako jedinci bez selektivního mutismu, avšak jejich vztah s otcem bývá naproti tomu okrajový a pasivní. Jedinci se selektivním mutismem vnímají méně výrazně modelovou funkci otce, méně pozitivního fyzického kontaktu a méně podpory ze strany otce, postoj otců bývá nejčastěji popisován jako „nezajímající se“. Na druhou stranu se ukazuje, že matky jedinců se selektivním mutismem jako by se často chovaly „přehnaně“: bývají přehnaně protektivní, přehnaně kontrolující, přehnaně zaujaté. Obecně pak bývají rodinné vztahy v okolí jedinců se selektivním mutismem popisovány jako konfliktní a izolované, někdy se v daných rodinách projevuje vyšší míra manželských konfliktů anebo stresujících životních událostí (úmrtí, rozvody atd.).

Nicméně Melfsen a kol. upozorňují (tamtéž), že jen budoucí longitudinální studie by mohly objasnit, zda je chabý vztah s otcem jedním z etiologických faktorů selektivního mutismu. Navíc by podle nich při dalších výzkumech měly být blíže zkoumány i vzájemné vztahy sourozenců a detailně zachyceny vzájemné vztahy matek a otců dětí se selektivním mutismem. V etiologii a udržování poruchy hraje pravděpodobně dynamika vztahů mezi členy rodiny a dětmi se selektivním mutismem, stejně jako celková atmosféra v rodině, významnou roli; nicméně konkrétní mechanismy nejsou dostatečně prozkoumány.

### 3.3 Symptomatologie, diagnostika a diferenciální diagnostika selektivního mutismu

Vymezení základních symptomů selektivního mutismu se v české a německé literatuře příliš neliší. Avšak v německojazyčné literatuře jsou symptomy popsány mnohem širěji včetně řady příkladů z praxe a různých variant. Zatímco u jednoho jedince se selektivním mutismem se může objevovat např. chudá mimika a gestika spojená se stísněným držením těla a omezenými pohyby včetně chybějícího očního kontaktu, u jiného mohou převládat projevy motorického neklidu. Německojazyčná literatura též poukazuje na možnou rozporuplnost v rámci chování jednoho jedince se selektivním mutismem: např. výskyt hovorného, dominantního chování, prudkých záchvatů vzteku aj. v „bezpečném“ prostředí jedince.

Obě jazykové oblasti se shodují na důležitosti mezioborové spolupráce při diagnostice selektivního mutismu, k vyšetření se doporučuje tentýž okruh odborníků (psychiatr, foniatr, neurolog, klinický logoped, klinický psycholog, popř. další). Rovněž čtyři kritéria<sup>76</sup> pro diagnostikování onemocnění jsou shodná. Relativní jednota pramení patrně z toho, že všichni autoři uznávají kritéria uvedená v mezinárodních klasifikacích (DSM-V a MKN-11).

Jako nejčastější komorbidní onemocnění je shodně určena sociální fobie (Neubauer 2018, 529; Melfsen, Warnke a Walitza 2018, 609 aj.).

Při logopedické diagnostice jedince se v obou jazykových oblastech zjišťují obdobné informace: rodinná a osobní anamnéza; osobnostní charakteristiky jedince; informace k počátku, trvání, míře, sociálnímu kontextu a průběhu mutistického chování; informace ohledně celkového vývoje jedince; reakce blízkých osob na mutistické projevy aj. Panuje shoda, že diagnostika jedince je v případě tohoto onemocnění již počátkem terapie. Pouze české zdroje zmiňují, že pokud je jedinec se selektivním mutismem v dětském věku, bylo by vhodnější, aby první návštěva klinického logopeda proběhla bez něho, pouze s rodiči.

Velký rozdíl mezi oběma jazykovými oblastmi panuje v množství diagnostických pomůcek. Zatímco v německém prostředí je k dispozici řada dotazníků, a to jak na anamnézu jedince

---

<sup>76</sup> Jedinec musí mít běžné či téměř běžné porozumění řeči. Schopnost verbální komunikace u něj musí být zachována a musí být dostačující pro udržování sociálních kontaktů. Rozdíl v použití verbální komunikace v různých sociálních situacích musí mít výrazný. Nemluvnost v náročnějších situacích přetrvává déle než měsíc (Neubauer 2018, 529).

(K-M-A; příloha č. 2), tak na zjištění sociálních situací, které jsou u jedince zasaženy mutismem (E-S-K-M; příloha č. 4), zmapování sociálního okolí jedince (Sociogram mutismu; příloha č. 3) i např. zmapování situace jedince ve škole apod., v českém prostředí máme k dispozici pouze jednu diagnostickou pomůcku. Jedná se o Záznamový arch k vyšetření mutismu, který vytvořil Pečeňák (2003, 260–261; příloha č. 1). Hodnocení jedince v tomto záznamovém archu je však vzhledem k rozsahu dotazníku (přibližně jedna a půl strany) podstatně méně obsáhlé než německé testové baterie. Arch se navíc nezabývá mimo jiné důležitou oblastí rodinné anamnézy jedince (této oblasti např. K-M-A věnuje čtyři strany textu a souvislosti s mutismem u jedince hledá v předchozích dvou generacích).

Diferenciální diagnostika onemocnění je zpracována poměrně podobně. Pouze v německém jazykovém kontextu je oproti českému kladen velký důraz na odlišení selektivního mutismu od sociální fobie (kterým se české zdroje nezabývají) a od „pouhého“ strachu z mluvení.

V anglickojazyčné literatuře se symptomatologická kritéria selektivního mutismu neliší od kritérii uváděných v české a německojazyčné literatuře. Hlavním „poznávacím rysem“ selektivního mutismu, respektive indikací k jeho diagnóze, je „mlčení“ nebo lépe „mlčení v situacích, v nichž se očekává mluvení“. Johnson a Wintgens (2017, 53) poukazují na některé aspekty mlčení detailněji, např.:

- Jedinec má konzistentní vzorec nemluvení s nebo před některými lidmi.
- Jedinec mluví uvolněně alespoň s jedním člověkem, ale zmlkne, šeptá anebo je viditelně napjatý, jakmile si všimne, že se někdo blíží.
- I když je očividně v zájmu jedince promluvit nebo vykřiknout, neučiní tak.
- Jedinec mimo situaci, v níž mlčí, popsal pocit „zamrznutí“ nebo zaseknutí hlasu nebo neschopnosti vydat hlas.

Panuje shoda (např. dle Capozzi a kol. 2017), že v klinickém prostředí bývají jedincům se selektivním mutismem skoro vždy diagnostikována i další přidružená psychiatrická onemocnění (např. PAS, sociální fobie, opoziční chování aj.) nebo některá z neurovývojových poruch. Správná diagnostika a diferenciální diagnostika klade na odborníky značné nároky. K tomu Johnson a Wintgens (2017, 56) poznamenávají, že „bohužel svět nepřekypuje

odborníky na selektivní mutismus“ a uvádějí (opět ve shodě s poznatky z české a německojazyčné literatury), že selektivní mutismus zároveň není předmětem jedné specifické profese.

V rámci diferenciální diagnostiky upozorňují Johnson a Wintgens (tamtéž) na nutnost odlišit od selektivního mutismu psychogenní poruchu hlasu, tedy úplnou nebo částečnou ztrátu hlasu (navzdory zdravému hlasovému ústrojí) zapříčiněnou psychologickými faktory nebo konflikty. Jedinec s psychogenní poruchou hlasu může libovolně artikulovat nebo šeptat, ale nemůže vydat normální hlas.

Dále je nutné odlišit jedince se selektivním mutismem a ty, kterým Johnson a Wintgens (tamtéž, 54) říkají „zdráhaví mluvčí“. Jedná se o koncept podobný „strachu z mluvení“ uváděný německými autory (viz výše).<sup>77</sup> Autoři (tamtéž) upozorňují, že ať jsou důvody pro zdráhání se mluvit jakékoliv, komunikace by nikdy neměla být nepříjemnou nebo úzkostvzbuzující zkušeností, jinak existuje riziko postupného vyhýbání se mluvení a rozvoji selektivního mutismu.

V rámci diagnostiky selektivního mutismu doporučují Johnson a Wintgens (tamtéž) rozlišit, zda se jedná o nízkoprofilový či vysokoprofilový selektivní mutismus (viz jejich rozdělení těchto dvou podtypů selektivního mutismu výše v kap. 3.1) nebo zda jsou k selektivnímu mutismu přidruženy jiné poruchy. Nabízejí tak možnost následujícího podrobného členění:

- **„čistý“ selektivní mutismus:** nízko- nebo vysokoprofilový.
- **selektivní mutismus spojený s poruchou řeči nebo jazyka anebo s učením se novému jazyku**
- **selektivní mutismus spojený s další diagnózou:** např. PAS nebo sociální fobií, s dalšími významnými riziky (zdravotními, environmentálními nebo emocionálními), anebo progresivní mutismus.

---

<sup>77</sup> Ke zdráhání se mluvit v určitých situacích mohou samozřejmě existovat dobré důvody – například obecný a přirozený diskomfort či ostražitost v nedůvěrné nebo skupinové situaci; komplexnost nebo nejednoznačnost použitého jazyka (děti potřebují jednodušší, explicitnější styl vyjadřování); nedostatek sebedůvěry ve vlastní vyjadřovací schopnosti (související např. s jiným mateřským jazykem, poruchou řeči); strach z následků mluvení či reakcí jiných lidí (v takovém případě může jedincům stačit otevřené vyzvání nebo ujištění, že mohou mluvit); osobnost a styl konverzačního partnera; nebo zkrátka nezáměr o konverzační téma či sociální interakci (zde je zase třeba mít na paměti možnost diagnózy PAS).

Vysokoprofilový selektivní mutismus se přitom zpozoruje snáze: jedinec v některých situacích vůbec nemluví. Nízkoprofilový mutismus je méně nápadný, ale o nic méně závažný. Snadno se přehlédne, takže existuje riziko, že se zakoření a rozvine ve vysokoprofilový selektivní mutismus, sociální fobii nebo vyhýbavou poruchu.

Rozdíly nízkoprofilového a vysokoprofilového selektivního mutismu a fenoménu „zdráhavých mluvčích“, respektive zaměňování selektivního mutismu s obecnou stydlivostí, výstižně a trochu jinými pojmy shrnuje Byrne (2018, 48): „Děti s nízkou úrovní selektivního mutismu mluví, je-li to nutné. Děti s vysokou úrovní selektivního mutismu vůbec nemluví s určitými lidmi. Stydlivým dětem působí diskomfort, mají-li promluvit nahlas; dětem se selektivním mutismem to působí hrůzu.“

K problematice diferenciální diagnostiky upozorňuje Byrne (tamtéž), že některé způsoby chování jedinců se selektivním mutismem připomínají poruchu autistického spektra, například netolerance hlasitých zvuků.<sup>78</sup>

Johnson a Wintgens (2017, 54) přinášejí i zajímavý poznatek z hlediska symptomatologie, že jedinci se selektivním (ale i progresivním) mutismem někdy mohou mluvit, když jsou o samotě (ačkoliv k tomu mají málokdy důvod) a mohou se rozhodnout mluvit se zvířaty nebo miminky, tedy s komunikačními „partnery“, kteří na ně nekladou vůbec žádná očekávání.

Østergaard (2018, 240) upozorňuje na problematiku opožděné diagnostiky: podle něj začíná léčba selektivního mutismu často se zpožděním i několika let, protože děti se selektivním mutismem jsou rodiči považovány zkrátka za stydlivé a doma mluví normálně. To je problematické, protože porucha omezuje schopnosti dítěte učit se a zpožďuje kognitivní i sociální vývoj v raném dětství, problémy pak přetrvávají i po vyléčení selektivního mutismu a jsou predispozicí pro zvýšené riziko psychiatrických onemocnění v pozdějším životě. Právě proto je důležitá včasná intervence.

---

<sup>78</sup> Srov. výše zmíněné poznatky Melfsena a kol. (2018; 2021), kteří se domnívají, že změněné sluchové vnímání jedinců se selektivním mutismem v určitých situacích je důsledkem stažení svalů ucha vlivem stresové reakce typu „boj nebo útek“.



### 3.4 Terapie a přístup k jedincům se selektivním mutismem

Oblast terapie selektivního mutismu není v českých zdrojích na rozdíl od německých příliš podrobně rozpracována, pro terapii zde nenajdeme jednotný ucelený program. V obou jazykových oblastech panuje shoda, že selektivní mutismus je onemocnění poměrně obtížně léčitelné s dlouhotrvající terapií, při kterém je nezbytná spolupráce nejen odborníků z různých oblastí, ale i rodičů a pedagogů jedince se selektivním mutismem (Škodová 2007, 211–212; Rogoll, Petzold a Ströhle 2018, 595 aj.).

V českých zdrojích je uváděn jako nejrozšířenější přístup k terapii selektivního mutismu spojení individuální, případně rodinné psychoterapie a klinicko-logopedické terapie (Preissová 2018, 533–534). Z psychoterapeutických směrů se vyzdvihuje kognitivně-behaviorální terapie, blíže však její metody rozpracovány nejsou. Krátce bývají zmíněny i pozitivní dopady skupinové psychoterapie u jedinců se selektivním mutismem v dětském věku (Preissová 2018, 534; Škodová 2007, 211); skupinová forma psychoterapie se pokládá za často rychlejší a s výraznějším pozitivním efektem. Tato forma terapie bývá zpravidla realizována ve větších zdravotnických zařízeních, v denních stacionářích nebo bývá organizována např. pedagogicko-psychologickou poradnou, avšak na našem území není stále příliš rozšířená. Doporučení k postupu terapie v českých zdrojích nenalzáme, pouze Peutelschmiedová (2005, 50) doporučuje si pro terapii jedince v dětském věku vypracovat Strategický plán postupného rozvíjení komunikace s dítětem, kde bude popsán průběh spolupráce a dosažené pokroky jedince.

Německé zdroje rozpracovávají téma terapie selektivního mutismu do mnohem větší hloubky a z mnoha aspektů: např. přístup terapeuta k rodičům, užívání či neužívání neverbální komunikace<sup>79</sup> nebo i podpůrných opatření ve škole. Také nabízejí řadu „tipů“ do praxe, např. Melfsen, Warnke a Walitza (2018, 616) uvádějí praktické příklady, jak jedince se selektivním mutismem motivovat pro „vystoupení“ z mlčení. Němečtí autoři dále podrobně popisují celou řadu hlavně psychoterapeutických přístupů. Jedná se o kognitivně-behaviorální terapii, která celkově dominuje v léčbě tohoto onemocnění (i všechny ostatní přístupy si „vypomá-

---

<sup>79</sup> Téma užívání neverbální komunikace je uváděno i v některých českých zdrojích, ale nepanuje zde žádný rozpor, pouze konstatování, že je vhodné ji zejména v počátečním stadiu terapie užívat (Preissová 2018, 533–534).

hají“ rozličnými formami účinných (kognitivně-)behaviorálních léčebných metod – Subellok a Bahrfeck-Wichitill 2016, 164). Mezi další přístupy z německojazyčného prostředí se řadí např.: Dortmundská terapie mutismu (DortMuT; obzvlášť přínosný je její koncept „zasítování“ sociálního kontextu jedince se selektivním mutismem a vytvoření tak systému jeho podpory), Systemická terapie mutismu (SYMUT; založená na systemické teorii se třemi čteně užívaných diagnostickými dotazníky), Kooperativní terapie mutismu (KoMut), Svépomoc u mutismu (a její Stuttgartská rámcová doporučení k terapii mutismu), intenzivní skupina psychodramatu aj.

Důležitým tématem je také využívání stacionární péče v rámci terapie jedinců se selektivním mutismem. V české odborné literatuře zatím není tato oblast dlouhodobé pobytové péče blíže prozkoumána. Taktéž samotná nabídka stacionárních pobytů nebo např. i jen samotné skupinové terapie zaměřené na jedince se selektivním mutismem je v našem prostředí značně omezená nebo dokonce zcela nedostupná. O něco dostupnější alternativou jsou skupinové terapie pro jedince v dětském věku s různými druhy postižení, např. určené jedincům s poruchami autistického spektra (skupinové nácviky sociálně-komunikačních dovedností atd.).<sup>80</sup> V německojazyčném kontextu je však tato forma terapie poměrně často využívaná a existují na ni specializovaná řečově-léčebná centra (např. Řečově-léčebné centrum ve Werscherbergu nebo Řečově-léčebné centrum v Meisenheimu).

Německé zdroje se dále na rozdíl od českých zabývají farmakoterapií a jejími možnostmi při nedostačující účinnosti psychoterapie.

Zdroje se shodují, že pro úspěšnou léčbu je stěžejní podpora domácího, ale i školního prostředí jedince. Vhodný přístup k jedincům se selektivním mutismem je popsán obdobně, i když v německých zdrojích je podrobněji rozpracován, včetně příkladů a přesných instrukcí. Popsán je např. tokenový systém (viz výše kap. 2.4). České zdroje nabízejí spíše obecný popis přístupu (např. pro pedagogy, viz Bendová 2011, 45–46).

V anglickojazyčné literatuře se stejně jako v české a německojazyčné setkáváme s nezbytností řešit selektivní mutismus na různých rovinách, tedy nejen přímo s jedincem a nejen s ohledem na situace, v nichž se selektivní mutismus přímo projevuje. Například Byrne

---

<sup>80</sup> Dá se očekávat, že po domluvě by se do nich mohl jedinec se selektivním mutismem rovněž zařadit.

(2018, 48) zdůrazňuje nutnost pracovat s rodiči, realizovat intervenční plán společně s dalšími odborníky i s rodiči (rodiče se musejí cítit součástí týmu) a také nutnost co nejvíce omezit úzkost vyvolávající vlivy a navodit pro jedince pocit bezpečí. Ve školním prostředí k tomu má sloužit mimo jiné asistent pedagoga, možnost využít alternativní formy komunikace (šeptání kamarádovi, znakování nebo psaní) a možnost zapojit se do kolektivních aktivit bez očekávání, že bude jedinec se selektivním mutismem mluvit (vyloučení z aktivit by vedlo k izolaci).

Jak uvádí Østergaard (2018, 240), ačkoliv rostoucí množství dat ukázalo silný vztah mezi selektivním mutismem a úzkostí a to vedlo k zařazení selektivního mutismu v DSM-V mezi úzkostné poruchy, bylo by chybou se domnívat, že léčba selektivního mutismu má být přesně stejná jako pro jiné úzkostné poruchy. Jedinci se selektivním mutismem v dětském věku často nejsou schopni mluvit s terapeutem a tomuto faktu se musejí přizpůsobit často používané metody kognitivně-behaviorální terapie. Navíc jedinci se selektivním mutismem bývají mladší než ti s jinými úzkostnými poruchami, které se vyskytují v dětství, což komplikuje farmakologickou léčbu, neboť ohledně používání příslušných léků u velmi malých dětí neexistuje dostatek zkušeností.

Østergaard (2018) se snažil ověřit, nakolik je podle výsledků doložených v anglickojazyčné odborné literatuře při léčbě selektivního mutismu účinná kognitivně-behaviorální terapie, farmakologická léčba a/nebo kombinace obou. Dospěl k závěru, že k největšímu zlepšení symptomů u jedinců se selektivním mutismem došlo při nasazení kognitivně-behaviorální terapie (zlepšení u 88,3 % jedinců), dále při použití kombinované terapie (85,7 %) a nakonec při samostatném používání medikace (82,1 %). Podle Østergaarda (tamtéž) tedy existuje důvod k optimismu ohledně všech tří typů léčby. Obzvláště kognitivně-behaviorální terapie vykazuje nejlepší a nejlépe doložené výsledky, což mluví ve prospěch obecného přesvědčení, že by měla být léčbou „první volby“, s možností doprovodné farmakoterapie v případě potřeby.

Østergaard (tamtéž) nicméně také upozorňuje, že literatura a kvalitní evidence na téma léčby selektivního mutismu je stále velmi omezená. Důvodem je zřejmě relativní vzácnost tohoto onemocnění (tamtéž, 247–248). Také Melfsen a kol. (2022, 1640) uvádějí jako problém u

mnoha studií na téma selektivního mutismu nedostatečnou velikost výzkumného vzorku, která souvisí s nízkou prevalencí poruchy.

## Závěr

Cílem této práce bylo analyzovat a komparovat poznatky o mutismu nalezené v české a zahraniční literatuře. Práce byla teoretického charakteru a zaměřila se na to, jak česká, německá a anglická odborná literatura nahlíží na vymezení mutismu, dále se věnovala především jeho nejčastější formě: selektivnímu (respektive v české literatuře elektivnímu) mutismu, jeho etiologii, výskytu, prognóze, symptomatologii, diagnostice, diferenciální diagnostice, terapii a přístupu k jedincům s tímto onemocněním.

První kapitola se zabývala pojetím mutismu v české odborné literatuře. Ve vymezení mutismu panuje v českých zdrojích nejednotnost a rozmanitost, lze nalézt i velmi podrobnou klasifikaci. Oproti tomu diagnostické materiály a přesné terapeutické postupy v českém prostředí spíše scházejí, zčásti je „supluje“ český překlad německé publikace Hartmanna a Lange (2008).

Druhá kapitola analyzovala vybrané německé odborné literární zdroje. Vymezení selektivního mutismu podléhá v německojazyčné oblasti výrazně vlivu *Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace* a vyznačuje se tedy větší jednotností než v české literatuře. Ohledně ostatních aspektů onemocnění přinášejí německojazyčné zdroje více podrobností než české. Nejmarkantnější rozdíl mezi oběma jazykovými oblastmi je v terapii: v německojazyčné oblasti existuje několik zavedených a podrobně rozpracovaných terapeutických přístupů zaměřených přímo na jedince se selektivním mutismem (např. SYMUT, KoMuT, DortMuT aj.). Lze se opřít i o publikované zkušenosti z německých řečově-léčebných center zaměřených na jedince s narušením komunikační schopnosti (včetně selektivního mutismu), což v českém prostředí chybí.

Třetí kapitola se věnovala komparaci získaných poznatků. Nadto získané informace doplnila o moderní poznatky vycházející z vybraných anglickojazyčných odborných zdrojů, které se zaměřily mimo jiné na další aspekty onemocnění nezmiňované jinde, například rodinné zázemí jedinců se selektivním mutismem nebo míru účinnosti psychoterapie, farmakoterapie a kombinace obou. Přínosem německy i anglicky publikujícího týmu Melfsena a kol. je nový model etiologie mutismu, který chápe selektivní mutismus jako projev přecitlivělosti na vnější i vnitřní podněty a předčasně spuštěné stresové reakce „boj – útek – ztuhnutí“, nikoliv jako primárně úzkostnou poruchu, což je v rozporu s dosavadním většinovým názorem.

Anglickojazyčná odborná literatura na téma mutismu byla v této práci zvolena až jako doplňková, protože z ní v minulosti byly sepsány dvě diplomové práce na obdobné téma. Přínosem této práce pro obor speciální pedagogiky, resp. logopedie je preferování německojazyčných zdrojů, díky kterým bylo poznání problematiky mutismu rozšířeno o další jazykovou oblast. A rovněž to, že získané poznatky byly nejen porovnány, ale i doplněny o moderní poznatky z anglickojazyčné literatury vydané až po sepsání obou diplomových prací. Práce tak přináší širší a aktuálnější pohled na problematiku mutismu.

## Seznam použitých informačních zdrojů

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. vydání. American Psychiatric Association. ISBN 978-0-89042-554-1.

BAHR, Reiner (2016). Selektiver Mutismus im Schulalter: Hilfen für die Beratung in inklusiven Settings und in der Förderschule. *Praxis Sprache*, roč. 2016, č. 3, s. 210–214. ISSN 2193-9152.

BENDOVIÁ, Petra (2011). *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Grada. ISBN 978-80-247-3853-6.

BYRNE, Zareen (2018). Selective mutism. *Teachers Matter*, roč. 2018, č. 37, s. 48–49. ISSN 2253-198X.

CAPOZZI, Flavia; MANTI, Filippo; DI TRANI, Michela; ROMANI, Maria; VIGLIANTE, Miriam a SOGOS, Carla (2018). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, roč. 27, č. 6, s. 775–783. ISSN 1018-8827.

ČÍŽKOVÁ, Táňa (2012). *Diagnostika a terapie selektivního mutismu v české a vybrané anglické literatuře*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

DVOŘÁK, Josef (2007). *Logopedický slovník*. 3. vyd. Logopedické centrum. ISBN 978-80-902536-6-7.

EGBERTS, Karin a GENSTHALER, Angelika (2016). Selektiver (selektiver) Mutismus. In: GERLACH, Manfred a kol. (eds.). *Neuro-/Psychopharmaka Im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Therapie*. Springer, s. 467–472. ISBN 9783662486245.

FAUST, Johannes a KORTJOHANN, Susan (2016). Stationäre Behandlung bei selektivem Mutismus. *Praxis Sprache*, roč. 2016, č. 3, s. 189–194. ISSN 2193-9152.

GOWER, Catriona; BOOTH, Nichola a DILLENBURGER, Karola (2022). Aplikovaná behaviorální analýza: co to je a co to není. In: MARKOVÁ, Aneta a CIBULKOVÁ, Andrea (eds.). *Užití prvků aplikované behaviorální analýzy ve školním prostředí*. Národní pedagogický institut České republiky, s. 9–24. ISBN 978-953-51-2037-7.

- HARTMANN, Boris (2016). Kölner Mutismus Anamnesebogen (K-M-A). *Praxis Sprache*, roč. 2016, č. 3, s. 200–205. ISSN 2193-9152.
- HARTMANN, Boris a HARTMANN, Carla (2024). *Institut für Sprachtherapie – Therapie, Beratung, Hausbesuche*. Webové sídlo. Dostupné z: <https://www.institut-hartmann.de> [navštíveno dne 21. 6. 2024].
- HARTMANN, Boris a LANGE, Michael (2008). *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Přel. P. Prokeš. Triton. ISBN 978-80-7387-021-8.
- HERRMANN, Maik a FUCHS, Belinda (2016). „Ich bin nicht allein – In der Gruppe ist es leichter“: Therapeutische Interventionen bei selektivem Mutismus im Rahmen einer stationären Sprachheilbehandlung am Beispiel des Jungen Björn. *Praxis Sprache*, roč. 2016, č. 3, s. 215–219. ISSN 2193-9152.
- JACKEL, Birgit (2019). Selektiver Mutismus – selten und schwer erkennbar. *Praxis Sprache*, roč. 2019, č. 4, s. 218–222. ISSN 2193-9152.
- JANDERKOVÁ, Dita (2016). Žáci s poruchami řeči. In: ČADILOVÁ, Věra; HOUSAROVÁ, Blanka; JANDERKOVÁ, Dita a KENDÍKOVÁ, Jitka (eds.). *Řečové a komunikační obtíže*. Raabe, s. 47–79. ISBN 978-80-7496-214-1.
- JOHANSEN, Katja; KRAMER, Jens; LUKASCHYK, Julia a TALLEY, Jutta (2016). Diagnostik im Rahmen der Kooperativen Mutismustherapie. *Praxis Sprache*, roč. 2016, č. 3, s. 171–177. ISSN 2193-9152.
- JOHNSON, Maggie a WINTGENS, Alison (2017). *The Selective Mutism Resource Manual*. 2. vydání. Taylor & Francis Group. ISBN 9781138042049.
- KLENKOVÁ, Jiřina (2006). *Logopedie*. Grada. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KÖFELER, Christina a KRALL, Hannes (2016). Soziale Interaktion von Kindern mit Selektivem Mutismus. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, roč. 15 (2016), č. 1, s. 165–177. ISSN 1862-2526.
- LEJSKA, Mojmir (2003). *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Paido. ISBN 80-7315-038-7.



MELFSEN, Siebke; JANS, Thomas; ROMANOS, Marcel a WALITZA, Susanne (2022). Family Relationships in Selective Mutism – A Comparison Group Study of Children and Adolescents. *Children*, roč. 9, č. 11, s. 1634–1642. ISSN 2227-9067.

MELFSEN, Siebke; ROMANOS, Marcel; JANS, Thomas a WALITZA, Susanne (2021). Betrayed by the nervous system: a comparison group study to investigate the ‘unsafe world’ model of selective mutism. *Journal of Neural Transmission*, roč. 128, č. 9, s. 1433–1443. ISSN 0300-9564.

MELFSEN, Siebke; WARNKE, Andreas a WALITZA, Susanne (2018). Selektiver Mutismus. In: SCHNEIDER, Silvia a MARGRAF, Jürgen (eds.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Sv. 3: Psychologische Therapie Bei Indikationen Im Kindes- und Jugendalter. 2. vydání. Springer, s. 607–622. ISBN 9783662573686.

MÖRKEL, Sabrina (2013). Akupunktur-Therapie eines dissoziativen Mutismus, einer psychogenen Aphonie: Acupuncture-therapy of dissociative mutism, psychogenic aphonia. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, roč. 56, č. 4, s. 24–25. ISSN 0415-6412.

NEUBAUER, Karel (2018). Současná terminologická východiska oboru klinická logopedie. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Portál, s. 33–45. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel (2018). Afázie v dětském věku. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Portál, s. 467–468. ISBN 978-80-262-1390-1.

ØSTERGAARD, Kasper Rud (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy – a systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, roč. 72, č. 4, s. 240–250. ISSN 0803-9488.

PÁLENÍKOVÁ, Petra (2015). *Analýza současných názorů na mutismus v odborné české i cizojazyčné literatuře*. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.

PEČEŇÁK, Ján (2003). Diagnostika mutismu. In: LECHTA, Viktor a kol. (eds.). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Portál, s. 251–261. ISBN 80-7178-801-5.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta (2005). *Logopedické minimum*. 2. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1233-0.

PLENER, Paul L. a SPRÖBER-KOLB, Nina (2020). Selektiver Mutismus. In: KÖLCH, Michael; RASSENHOFER, Miriam a FEGERT, Jörg M. (eds.). *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 3. vydání. Springer, s. 109–120. ISBN 9783662584170.

PRAŽÁK, Josef Miroslav; NOVOTNÝ, František a SEDLÁČEK, Josef (1955). *Latinsko-český slovník*. Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 48-91-90.

PREISSOVÁ, Irena (2018). Mutismus. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Portál, s. 525–536. ISBN 978-80-262-1390-1.

RANK, Simon M. (2019). Selektiver Mutismus. In: RANK, Simon M. (eds.). *Psychische Auffälligkeiten Im Säuglings- und Kleinkindalter*. Praxis-Manual Für Pädagogische Berufsgruppen. Springer, s. 171–179. ISBN 9783658278090.

ROGOLL, Janina; PETZOLD, Moritz a STRÖHLE, Andreas (2018). Selektiver Mutismus (CME Zertifizierte Fortbildung). *Nervenarzt*, roč. 2018, č. 89, s. 591–602. ISSN 1433-0407.

ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Grada. ISBN 80-247-1049-8.

SUBELLOK, Katja a BAHRFECK-WICHITILL, Kerstin (2016). Selektiver Mutismus im sozialen Kontext – Vernetzungsarbeit in der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT). *Praxis Sprache*, roč. 2016, č. 3, s. 163–170. ISSN 2193-9152.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (2019). MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize* [online]. Aktualizované vydání k 1. 1. 2024. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008444/mkn-10-tabelarni-cast-20240101.pdf> [navštíveno dne 7. 6. 2024]. ISBN 978-80-7472-168-7.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (2023). MKN-11: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: jedenáctá revize* [online]. Aktualizované vydání k 1. 1. 2024. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#ceska-verze> [navštíveno dne 7. 6. 2024].

ŠKODOVÁ, Eva; JEDLIČKA, Ivan a kol. (2007). *Klinická logopedie*. 2. vyd. Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

WISCHNEWSKI, Janina a STRÖHLE, Andreas (2016). Angststörungen und selektiver Mutismus bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis Sprache*, roč. 2016, č. 3, s. 195–199. ISSN 2193-9152.

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1** – Záznamový arch k vyšetření mutismu (Pečeňák 2003, 260–261).

**Příloha č. 2** – „Kölner Mutismus Anamnesebogen“ – Kolínský dotazník na anamnézu mutismu (Hartmann a Hartmann 2024).

**Příloha č. 3** – „Mutismus-Soziogramm“ – Sociogram mutismu (Hartmann a Hartmann 2024).

**Příloha č. 4** – „Evaluationsbogen für das sozialinteraktive Kommunikationsverhalten bei Mutismus“ – Evaluační dotazník k sociálně interaktivnímu komunikativnímu chování u mutismu (Hartmann a Hartmann 2024).

## Záznamový arch k vyšetření mutismu

### A. Hodnocení verbálních a neverbálních projevů

Je-li to vhodné, použijte k hodnocení verbální a neverbální komunikace níže uvedené kódování. Nevy-  
stihuje-li kódování projevy nebo je-li ho třeba doplnit, specifikujte.

#### Verbální komunikace – kódování:

**VK 0** – beze změny předchozí úrovně

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

**VK 2** – úplné chybění verbálních projevů

#### Neverbální komunikace – kódování:

**NK 0** – dítě kompenzuje neverbální komunikací řečový deficit v prostředí, kde nemluví (kompenzační  
gesta, vyjádření potřeb, vyhledávání očního kontaktu)

**NK 1** – omezená, např. projev souhlasu či nesouhlasu

**NK 2** – projevy odmítání kontaktu, negativismu – vyhýbání se očnímu kontaktu, odvrácení se, obranné  
postoje

I. V mateřské škole nebo ve škole (např. s dospělými VK 1, NK 0; v přítomnosti dětí VK 0, NK 0):

– s dospělými: .....

– s dětmi v přítomnosti dospělých osob: .....

– s dětmi bez přítomnosti dospělých: .....

Specifikujte, jsou-li projevy rozdílné v závislosti na vyučujícím, předmětu atd.: .....

Jiná pozorování: .....

II. V rodinném prostředí: .....

(Specifikujte, jsou-li přítomny rozdíly ve verbální komunikaci v přítomnosti jednotlivých členů domác-  
nosti, kupř. matka – VK 0, NK 0; otec – VK 2, NK 1.)

– v přítomnosti příbuzných: .....

– v přítomnosti neznámých osob (návštěva, obchod apod.): .....

Jiná pozorování: .....

III. Při klinickém vyšetření:

– v přítomnosti rodiče/rodičů: .....

– bez přítomnosti rodičů: .....

Jiná pozorování: .....

### B. Vznik a vývoj projevů mutismu

I. věk při objevení mutistických projevů: .....

II. trvání: .....

III. dosavadní průběh (stabilizovaný stav, zlepšování, zhoršování, proměnlivost projevů, jiné): .....

IV. identifikovatelná psychotraumatizující okolnost související se vznikem projevů: ne – ano: .....

### C. Osobnostní rysy

(např. strnulost, submisivnost, nedisciplinovanost, opoziční chování, dominance, agresivita)

Jiné (rozdíl v projevech doma a ve škole, ve vztahu k dospělým a vrstevníkům apod.): .....

### D. Změna funkčnosti zapříčiněná mutismem

(narušení běžného chodu domácnosti, klasifikace ve škole, opakování ročníku, problémy s disciplínou,  
vynucování si odměn, úlev, začlenění ve skupinkách vrstevníků): .....

**E. Rodinné prostředí, výchovné přístupy**

I. celkové hodnocení rodinné atmosféry:

– harmonické

– konfliktní (specifikovat): .....

II. převládající výchovný styl (styly při nejednotném výchovném přístupu): .....

**F. Přidružené poruchy**

I. rizikové faktory vzbuzující podezření na organické postižení CNS: .....

II. poruchy řeči, specifické vývojové poruchy: .....

III. mentální retardace (IQ): .....

IV. další diagnózy: .....

**G. Dosavadní vyšetření a terapie**

.....

.....

.....

**H. Návrh doplňujících vyšetření**

.....

.....

.....

**Závěr:** – elektivní mutismus

– jiný typ mutistických projevů:

Datum: .....

Podpis: .....

K-M-A

## Kölner Mutismus Anamnesebogen

### Anleitung

Der K-M-A wurde entwickelt, um Risikofaktoren bei den Familienangehörigen und den Betroffenen zu dokumentieren, die für die Entstehung einer mutistischen Symptomatik relevant sein können.

Die Familienanamnese (Teil 1) erfasst die mütterliche und die väterliche Linie getrennt. In der Patientenanamnese (Teil 2) wird die persönliche Entwicklung beschrieben. Bitte beachten Sie, dass bei einigen Fragen Mehrfachantworten möglich sind.

Ihre Angaben werden ausschließlich für die Diagnostik, die Beratung und die Behandlung genutzt. Sie unterliegen sowohl dem Datenschutz (DSGVO) als auch der ärztlich-therapeutischen Schweigepflicht.

Wir bedanken uns für Ihre Zusammenarbeit.

K-M-A

©2018 Dr. Boris Hartmann

## Kölner Mutismus Anamnesebogen

Vorname: \_\_\_\_\_

m	w
---	---

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Untersucher/in: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

## Familienanamnese: mütterliche Linie

## Merkmal Temperament

- 1.) Wie würden Sie rückblickend Ihr Temperament als Grundschulkind beschreiben?
  - schüchtern/still
  - vergleichbar mit den anderen Kindern
  - offensiv/lebhaft
- 2.) Wie haben Sie mündlich am Unterricht teilgenommen?
  - ich habe eher gewartet, bis ich drangegenommen wurde
  - ich habe mich aktiv gemeldet
- 3.) Bewerten Sie bitte Ihre sozialen Kontakte im Kindes- und Jugendalter.
  - ich war überwiegend Einzelgängerin
  - ich hatte ein paar wenige Freunde
  - ich war sozial gut integriert
- 4.) Gab es in der weiteren Schulzeit eine Veränderung Ihres Kommunikationsverhaltens?
  - meine mündlichen Beiträge nahmen ab
  - meine mündlichen Beiträge nahmen zu
  - meine mündlichen Beiträge blieben unverändert selten
  - meine mündlichen Beiträge blieben unverändert häufig
- 5.) Beschreiben Sie Ihr sozialinteraktives Verhalten bis zum Schulabschluss.
  - meine Freundschaften wurden weniger
  - meine Freundschaften blieben stabil
  - meine Freundschaften wurden häufiger
- 6.) Wie würden Sie sich heute beschreiben?
  - ich bin weiterhin kommunikativ defensiv
  - ich bin kommunikativ aktiv
- 7.) Haben Sie Geschwister?
  - nein
  - ja
 Anzahl und Verteilung (Bsp.: 1 Bruder, 2 Schwestern): \_\_\_\_\_



- 8.) Hat jemand von Ihren Geschwistern ein stilles/gehemmtes Naturell?  
 nein  
 ja  
 Wer (mit Nennung der Wesensmerkmale)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 9.) Beschreiben Sie bitte die Temperamentsmerkmale der eigenen Eltern (auch im Todesfall).  
 Mutter: \_\_\_\_\_  
 Vater: \_\_\_\_\_

**Merkmale aus dem klinischen Bereich**

- 1.) Gab oder gibt es bei Ihnen folgende Phänomene?  
 Soziale Angststörung (Soziale Phobie)  
 generalisierte Angststörung  
 Panikstörung  
 Depression  
 Zwangsstörung/OCD\*  
 Suchterkrankung (Alkohol-, Drogenabusus)  
 sonst. psychiatr. Diagnosen: \_\_\_\_\_
- 2.) Gab oder gibt es folgende Phänomene bei Ihren Geschwistern?  
 Soziale Angststörung (Soziale Phobie) Person/en: \_\_\_\_\_  
 generalisierte Angststörung Person/en: \_\_\_\_\_  
 Panikstörung Person/en: \_\_\_\_\_  
 Depression Person/en: \_\_\_\_\_  
 Zwangsstörung/OCD\* Person/en: \_\_\_\_\_  
 Suchterkrankung (Alkohol-, Drogenabusus) Person/en: \_\_\_\_\_  
 sonst. psychiatr. Diagnosen: \_\_\_\_\_ Person/en: \_\_\_\_\_
- 3.) Gab oder gibt es folgende Phänomene bei Ihren eigenen Eltern?  
 Soziale Angststörung (Soziale Phobie) Person/en: \_\_\_\_\_  
 generalisierte Angststörung Person/en: \_\_\_\_\_  
 Panikstörung Person/en: \_\_\_\_\_  
 Depression Person/en: \_\_\_\_\_  
 Zwangsstörung/OCD\* Person/en: \_\_\_\_\_  
 Suchterkrankung (Alkohol-, Drogenabusus) Person/en: \_\_\_\_\_  
 sonst. psychiatr. Diagnosen: \_\_\_\_\_ Person/en: \_\_\_\_\_

**Auswertung mütterliche Linie**

Merkmalsträger stilles/gehemmtes Naturell: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Merkmalsträger Ängste, Depressionen, Zwänge, Suchterkrankungen, sonstige psychiatrische Diagnosen:  
 \_\_\_\_\_

\*Obsessive-Compulsive Disorder

- 1.) Wie würden Sie rückblickend Ihr Temperament als Grundschulkind beschreiben?
  - schüchtern/still
  - vergleichbar mit den anderen Kindern
  - offensiv/lebhaft
  
- 2.) Wie haben Sie mündlich am Unterricht teilgenommen?
  - ich habe eher gewartet, bis ich drangenommen wurde
  - ich habe mich aktiv gemeldet
  
- 3.) Bewerten Sie bitte Ihre sozialen Kontakte im Kindes- und Jugendalter.
  - ich war überwiegend Einzelgänger
  - ich hatte ein paar wenige Freunde
  - ich war sozial gut integriert
  
- 4.) Gab es in der weiteren Schulzeit eine Veränderung Ihres Kommunikationsverhaltens?
  - meine mündlichen Beiträge nahmen ab
  - meine mündlichen Beiträge nahmen zu
  - meine mündlichen Beiträge blieben unverändert selten
  - meine mündlichen Beiträge blieben unverändert häufig
  
- 5.) Beschreiben Sie Ihr sozialinteraktives Verhalten bis zum Schulabschluss.
  - meine Freundschaften wurden weniger
  - meine Freundschaften blieben stabil
  - meine Freundschaften wurden häufiger
  
- 6.) Wie würden Sie sich heute beschreiben?
  - ich bin weiterhin kommunikativ defensiv
  - ich bin kommunikativ aktiv
  
- 7.) Haben Sie Geschwister?
  - nein
  - ja
 Anzahl und Verteilung (Bsp.: 1 Bruder, 2 Schwestern): \_\_\_\_\_
  
- 8.) Hat jemand von Ihren Geschwistern ein stilles/gehemmtes Naturell?
  - nein
  - ja
 Wer (mit Nennung der Wesensmerkmale)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- 9.) Beschreiben Sie bitte die Temperamentsmerkmale der eigenen Eltern (auch im Todesfall).
 

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

## Merkmale aus dem klinischen Bereich

- 1.) Gab oder gibt es bei Ihnen folgende Phänomene?
- Soziale Angststörung (Soziale Phobie)
  - generalisierte Angststörung
  - Panikstörung
  - Depression
  - Zwangsstörung/OCD\*
  - Suchterkrankung (Alkohol-, Drogenabusus)
  - sonst. psychiatr. Diagnosen: \_\_\_\_\_
- 2.) Gab oder gibt es folgende Phänomene bei Ihren Geschwistern?
- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Soziale Angststörung (Soziale Phobie)    | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> generalisierte Angststörung              | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Panikstörung                             | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depression                               | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zwangsstörung/OCD*                       | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung (Alkohol-, Drogenabusus) | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> sonst. psychiatr. Diagnosen: _____       | Person/en: _____ |
- 3.) Gab oder gibt es folgende Phänomene bei Ihren eigenen Eltern?
- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Soziale Angststörung (Soziale Phobie)    | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> generalisierte Angststörung              | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Panikstörung                             | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depression                               | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zwangsstörung/OCD*                       | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung (Alkohol-, Drogenabusus) | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> sonst. psychiatr. Diagnosen: _____       | Person/en: _____ |

## Auswertung väterliche Linie

Merkmalsträger stilles/gehemmtes Naturell: \_\_\_\_\_

Merkmalsträger Ängste, Depressionen, Zwänge, Suchterkrankungen, sonstige psychiatrische Diagnosen: \_\_\_\_\_

## Geschwister des von Mutismus Betroffenen

- 1.) Wie viele Kinder haben Sie insgesamt (Anzahl und Verteilung)? \_\_\_\_\_
- 2.) Gibt es bei den Geschwistern folgende Phänomene?
- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> stille/gehemmtes Naturell                | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Soziale Angststörung (Soziale Phobie)    | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> generalisierte Angststörung              | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Panikstörung                             | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depression                               | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zwangsstörung/OCD*                       | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung (Alkohol-, Drogenabusus) | Person/en: _____ |
| <input type="checkbox"/> sonst. psychiatr. Diagnosen: _____       | Person/en: _____ |

\*Obsessive-Compulsive Disorder

## Kölner Mutismus Anamnesebogen

Patientenanamnese

- 1.) Gab es Komplikationen bei der Schwangerschaft und/oder Geburt?  
 nein  
 ja APGAR-Werte: \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 2.) Lassen sich HNO-Befunde benennen (Bsp.: Mittelohrentzündungen, Paukenergüsse, Polypen)?  
 nein  
 ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 3.) Wurden bis zum 3. Lebensjahr Klinikaufenthalte absolviert?  
 nein  
 ja Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_
- 4.) Liegt eine Mehrsprachigkeit vor?  
 nein  
 ja Wenn ja, mit welchen Sprachen? \_\_\_\_\_
- 5.) Gab bzw. gibt es folgende Diagnosen aus dem Bereich der Sprachtherapie/Logopädie?  
 SSES<sup>1</sup>/SLI<sup>2</sup>  Dyslalie  Stottern  Rhinophonie  
 Late Talker  Dyslexie  Poltern  Dysphonie  
 VED<sup>3</sup>/Sprechapraxie  Dysgraphie  LKGS<sup>4</sup>  Dysarthrie
- 6.) Wann gab es die ersten Signale für ein Rückzugsverhalten?  
 bereits in der Krabbelgruppe  beim Eintritt in die Schule  
 vor dem Kindergarten  später:  
 beim Eintritt in den Kindergarten \_\_\_\_\_
- 7.) Führen Sie das mutistische Verhalten auf ein bestimmtes Ereignis zurück?  
 nein, mein Kind ist von klein auf defensiv  
 ja Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_
- 8.) Nennen Sie bitte die bisherigen Therapien in der chronologischen Reihenfolge:  
 ▪ Disziplin: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_  
 ▪ Disziplin: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_  
 ▪ Disziplin: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_
- 9.) Wird jetzt in den (ehemals) angstbesetzten Situationen gesprochen?  
 nein  selten  ja
- 10.) Sind folgende Begleitphänomene zu beobachten?  
 Manipulation  Enuresis<sup>6</sup>  Pedanterie  
 Pavor nocturnus<sup>5</sup>  Enkopresis<sup>7</sup>  Zwänge/OCD<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Spezifische Sprachentwicklungsstörung <sup>2</sup>Specific Language Impairment <sup>3</sup>Verbale Entwicklungsdyspraxie <sup>4</sup>Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte  
<sup>5</sup>Nachtschreck <sup>6</sup>Einnässen <sup>7</sup>Einkoten <sup>8</sup>Obsessive-Compulsive Disorder

### Mutismus-Soziogramm

Vorname: \_\_\_\_\_ 

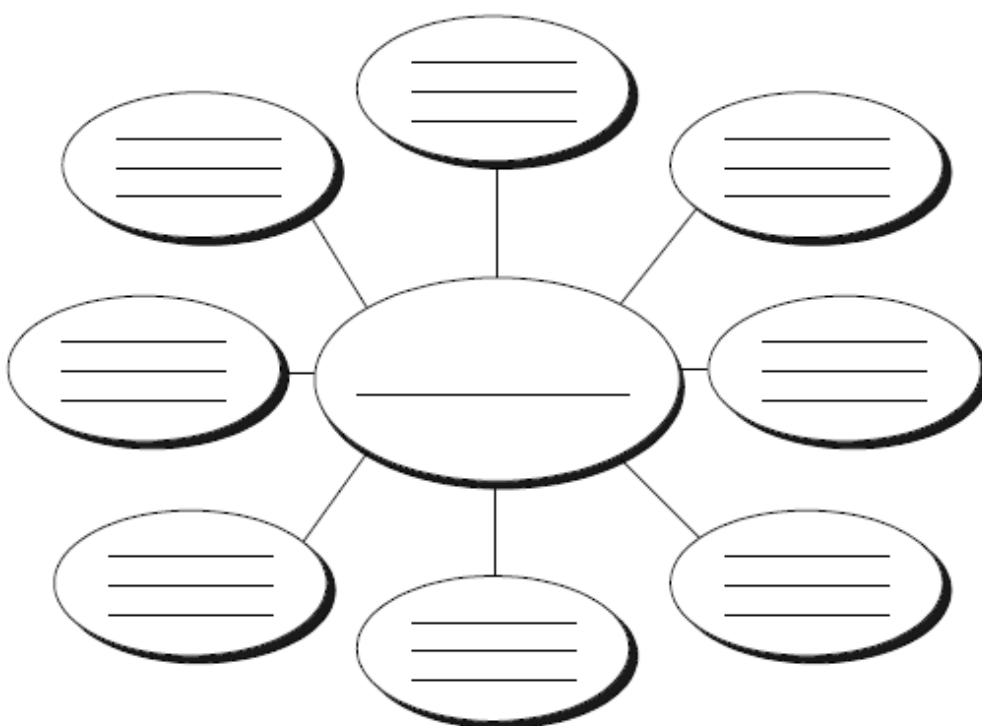
m	w
---	---

 Untersucher/in: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Erstevaluation:   
geb. am: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_ Folgeevaluation:  Nr.: \_\_\_\_\_  
Diagnose: \_\_\_\_\_

### Kommunikationsverhalten:

0 = bei Ansprache Schweigen

1 = bei Ansprache kurze Antwort



Erstellt am: \_\_\_\_\_

Personen, mit denen gesprochen wird: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E-S-K-M**  
**Evaluationsbogen für das**  
**sozialinteraktive Kommunikationsverhalten**  
**bei Mutismus**

Vorname: \_\_\_\_\_  m  w Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Erstevaluation:

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Folgeevaluation:  Nr.: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Untersucher/in: \_\_\_\_\_

0 = nicht belastend: ungehemmte Kommunikation  
 1 = mäßig belastend: Kommunikation auf Aufforderung  
 2 = stark belastend: (s)elektives oder totales Schweigen

Sozialinteraktive Situation	Kommunikativer Belastungsgrad	0	1	2
Einsatz von Mimik und Gestik		0	0	0
Sprechen zu Hause mit Eltern und Geschwistern		0	0	0
Sprechen mit Großeltern und weiteren Verwandten		0	0	0
Fragen von Nachbarn (Erwachsene) beantworten		0	0	0
Spielen und Reden mit Nachbarskindern		0	0	0
Spielen und Reden mit Kindern im Kindergarten bzw. in der Schule		0	0	0
Sprachliche Kontaktaufnahme zu Erzieher(inne)n bzw. Lehrer(inne)n		0	0	0
Sprachliche Kontaktaufnahme zu Arbeitskolleg(inn)en		0	0	0
Kommunikation über Schriftsprache		0	0	0
Geräusche mit dem Mund zu Hause		0	0	0
Geräusche mit dem Mund im therapeutischen Setting		0	0	0
Ein-Wort-Antworten außerhalb der Familie		0	0	0
Ein-Satz-Antworten außerhalb der Familie		0	0	0
Singen zu Hause		0	0	0
Singen im therapeutischen Setting		0	0	0
Begrüßung und Verabschiedung		0	0	0
Nacherzählung von Geschichten zu Hause		0	0	0
Nacherzählung von Geschichten außerhalb der Familie		0	0	0
Telefonieren		0	0	0
Sprechen in therapeutischer Begleitung außerhalb der Praxis/In-vivo-Therapie		0	0	0
Freies Gespräch in der Therapiesituation		0	0	0
Selbständiges Einkaufen mit Sprechen		0	0	0
Frage-Antwort-Muster bei Fremden		0	0	0

∑ Folgeevaluation

∑ Erstevaluation