proLékaře.cz | 12.11.2026

SELEKTIVNÍ MUTISMUS – OPTIKOU SOUČASNOSTI

SELECTIVE MUTISM – THE OPTICS OF THE PRESENT

Barbora Richtrová[1]



Barbora Richtrová

Abstrakt

Záměrem sdělení je popsat stručný přehled soudobého vědeckého pojetí selektivního mutismu. Od první průkopnické práce doktora Kussmaula z roku 1877 a pozdější práce dětského psychiatra Tramera z roku 1934 doznalo povědomí o selektivním mutismu významných změn. Tato přehledová studie nabízí souhrn moderních vědeckých poznatků o SM. Hlavním cílem je upozornění na skutečnost, že současné studie a analýzy nabízí zařazení SM mezi neurovývojové poruchy, jelikož je selektivní mutismus heterogenní, komplexní a mnohostranná porucha. Zařazení mezi úzkostné poruchy se nejeví jako zcela přiléhavé. Text zároveň nabízí návrh subtypů pro SM, ze kterého vyplývá nutnost multimodální intervence. V popředí vědeckého zkoumání je nyní snaha odhalit vztah mezi úzkostí a selektivním mutismem: zda jde o etiologický mechanismus, či symptom. Vyjasnění této problematiky by pravděpodobně vedlo k reklasifikaci této relativně vzácné úzkostné poruchy.

Abstract

The aim of this article is to describe a brief overview of the current scientific concept of selective mutism. Professional awareness of selective mutism has undergone significant changes since the first pioneering work of Dr. Kussmaul in 1877 and the later work of child psychiatrist Tramer in 1934. This review study provides a summary of the current scientific knowledge on selective mutism. The main goal is to draw attention to the fact that current studies and analyzes offer the classification of selective mutism among neurodevelopmental disorders, as selective mutism is a heterogeneous, complex and multifaceted disorder. Classification among anxiety disorders does not appear to be entirely appropriate. At the same time, the text offers a proposal of subtypes for selective mutism, which implies the necessity of a multimodal intervention. At the forefront of scientific research is now the effort to uncover the relationship between anxiety and selective mutism – whether it is an etiological mechanism or a symptom. Clarification of this issue would probably lead to the reclassification of this relatively rare anxiety disorder.

Klíčová slova

selektivní mutismus, úzkostné poruchy, neurovývojové poruchy

Keywords

selective mutism, anxiety disorders, neurodevelopmental disorders

Selektivní mutismus

Selektivní mutismus (SM) je méně častá porucha, charakterizovaná neschopností verbálně komunikovat v různých sociálních situacích či prostředích, ačkoliv v jiných je to možné. Podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5, 2015) je SM prozatím definován jako úzkostná porucha. Stejně tak je tomu v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 11. revize (MKN-11, 2021). Termín „elektivní" byl nahrazen přiléhavějším pojmem „selektivní". Termínem „selektivní" se vyjadřuje, že člověk si sám nevolí sociální situaci, ve které nebude mluvit. Nejde o záměrnou nemluvnost (Kristensen et al., 2019).

Mezi základní kritéria (DSM-5, 2015, dále např. Kearney et al., 2021; Driessen et al., 2020) patří následující:

- Člověk se SM často mluví v bezpečném a známém prostředí, ale nehovoří v sociálním prostředí, kde se mluva očekává. Zejména jde o školní prostředí. SM významně ovlivňuje proces vzdělávání a sociální komunikaci, ale také úspěšnost v zaměstnání.

[1] Mgr. Barbora Richtrová, Klinická logopedie a poradenství, Na Náměstí 395, Davle 252 06, Česká republika-E-mail: barbora.richtrova@gmail.com.

https://doi.org/10.36833/lkl.2023.021 Přijato k recenzi: 18. 9. 2023 Přijato k publikaci: 23. 10. 2023

licensed under CC BY-NC

proLékaře.cz | 12.11.2026

- Selektivní nemluvnost musí trvat déle než měsíc. Toto pravidlo však neplatí pro první měsíc ve škole.
- SM není způsoben nedostatečnou znalostí jazyka. Nemluvnost nelze lépe vysvětlit poruchou jazyka nebo řeči. SM se může objevit, i když má daný člověk jazykové schopnosti dostatečné.
- SM se také nevyskytuje výhradně u osob s poruchou autistického spektra, schizofrenií či jinou psychotickou poruchou.

SM je považován za vzácnou poruchu. Prevalence v populaci se různí v jednotlivých vědeckých analýzách. Oerbeck et al. (2018) uvádí 0,03–0,79 %, Pereira et al. (2022) 0,2–1,9%, ale například Kearney et al. (2021) odkazují na studie dokládající prevalenci 1–2 % v populaci.

Prevalence může být vyšší zejména u osob z bilingvního prostředí nebo s narušeným vývojem jazyka (např. Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). Tato porucha je ve většině případů zachycena pozdě, nejčastěji po zahájení povinné školní docházky. Částečně to může být způsobeno neadekvátním zhodnocením stavu dítěte rodiči. Ti mohou mít tendenci přeceňovat jazykové dovednosti svých dětí a jejich funkční užití (Steffenburg et al., 2018). Rodiče často vnímají obtíže dítěte „pouze“ jako nadměrnou plachost (Klein et al., 2017). Potenciální riziko vzniku SM, zejména u dětí s projevy sociální úzkosti, můžeme evidovat již od dvou a půl let, kdy vývojově nastupují velké emoce, jako jsou stud a strach. Stud i strach jsou zdravé emoce a k věku od dvou a půl do čtyř let patří. Pokud však dítě projevuje svůj strach a stud extrémně a je tím významně ovlivněn životaběh rodiny, můžeme uvažovat o potenciálním riziku vzniku psychiatrické diagnózy. Oerbeck (2018) ve své studii zdůrazňuje, že i když je SM často nepoznaný, průměrný nástup je od věku dvou let a sedmi měsíců do čtyř let a šesti měsíců. Průměrný nástup této poruchy mezi třetím až pátým rokem potvrzují i práce dalších autorů (např. Bergman et al., 2013; Pereira et al., 2020). Spouštěcí mechanismus nebývá ničím specifický. Většina osob se SM nezažila traumatickou událost (Bowden et al., 2018). Období výrazněji vyjádřeného studu a strachu v sociálním prostředí by mělo odeznít po čtvrtém roce, kdy je běžně se vyvíjející dítě již sociálně zkušenější a neurovývojová oblast zralejší. Pokud po třetím roce dítěte neustoupí strach a úzkost v sociálním kontaktu, může to být predikcí pro vznik SM (Oerbeck et al., 2018). Rozvoj selektivní nemluvnosti může být také podpořen genetickými a neurovývojovými predispozicemi (např. Oerbeck et al., 2014). Hlášena je pozitivní rodinná anamnéza (např. Viana et al., 2009; Oerbeck et al., 2018).

Ohledně zastoupení SM ve vztahu k pohlaví studie uvádějí mírně vyšší počet dívek 1,5 : 1 až 2 : 1 (Kristensen et al., 2019; Pereira et al., 2020). Na našem pracovišti evidujeme také významně větší počet dívek než chlapců se SM. Z dvaceti dětí, které máme v současné době v péči, je sedmnáct dívek. Dívky se SM vykazují zvýšenou somatizaci a vznik depresivních stavů, více projevené stresové prožívání kontaktu s vrstevníky, ale také četnější projevení opozičního chování (Martin et al., 2018). Mulligan et al. (2015) se ve svém výzkumu zaměřili na multidimenzionální a multifaktoriální povahu SM a hlavní hypotézou byla skutečnost, že jedinci s touto poruchou mají různé klinické projevy a různá vysvětlení pro selektivní nemluvení. Je vysoce pravděpodobné, že tedy existují odlišné podtypy, které zaručují diferenciální diagnostiku a volbu vhodné léčebné strategie. Navrhují 5 subtypů SM, které adekvátně popisují velkou heterogenitu, charakteristickou pro tyto lidi. Je však nutné dodat, že klinicky můžeme pozorovat prostupnost mezi jednotlivými potenciálními subtypy. Dovolíme si tedy přeformulovat navrhované subtypy:

1. Úzkostný selektivní mutismus (Anxiety Mutism)

Tento typ by neměl mít sociální úzkostnou poruchu. Komunikační sociální situaci se vyhýbá kvůli nepohodlí, které způsobuje. Sociální úzkostná porucha nastupuje až kolem 13 let. Tomuto typu nevadí sociální situace. Děti se SM touží mít přátele. Rády chodí do školy a aktivně se zapojují do neverbální komunikace s vrstevníky nebo dospělými v různých environmentálních kontextech. Jejich stav je způsoben spíš kognitivními a behaviorálními faktory nebo vyšší mírou studu. Jiná studie uvádí, že úzkostný SM je vývojový podtyp sociální úzkostné poruchy (Bergman et al., 2013). Tento subtyp je charakterizován nižšími celkovými a akademickými úspěchy (Kearney et al., 2021).

2. Selektivní mutismus s obtížemi v expresi jazyka (Expressive Language Mutism)

Tento typ je spojený s úzkostným prožíváním ve vztahu k jazykovým a řečovým obtížím. Ve vývoji SM mohou hrát roli neurovývojové poruchy (Viana et al., 2009). Mnoho studií se věnuje propojenosti této poruchy s vývojovými poruchami jazyka (např. Armstrong a Klein, 2014; Michaels et al., 2018; Michaels et al., 2017). Dokonce se udává až 81 % jazykového deficitu při SM a 42 % souběžné vývojové dysfázie (Klein et al., 2017). Andrews et al. (2009) potvrzují vysoké procento jazykových obtíží a symptomatologii vývojové dysfázie. Klein et al. (2013) potvrzují obtíže zejména v naraci, tedy expresivním užití jazyka, a to u 42 % dětí ze 33 respondentů se SM. Studie také dokládá obtíže v rozlišování zvuků, fonologickém povědomí, gramatice a porozumění (Klein, et al., 2013). V randomizované kontrolní studii Oerbeck et al. (2014) je potvrzeno časté opoždění motorických a jazykových dovedností v raném věku. Kombinace jazykových deficitů spojených se SM (včetně úzkosti) může mít závažnější důsledky pro akademickou úspěšnost a sociální kontakt (Mulligan et al., 2015). Selektivní mutismus nelze přičítat narušení jazykového vývoje, ale nemluvení pochopitelně ovlivňuje akademickou a pracovní úspěšnost, tedy sociální komunikaci (Driessen et al., 2020). Jiná studie však uvádí, že děti se SM mají strukturální jazykové dovednosti na normální úrovni a přibližně 40 % má obtíže v pragmatice (Michaels et al., 2017). Z toho vyplývá hypotéza, že tyto obtíže se překrývají s poruchou autistického spektra a děti s tímto typem SM nejsou správně diagnostikovány.

3. Opoziční mutismus (Oppositional Mutism)

Uvádí se, že některé děti se SM projevují tendenci ovládat ostatní, jsou panovačné, často v opozici a bývají agresivní. Kritéria pro opoziční poruchu chování (ODD) splnilo 6,8 % dětí se SM (Manassis et al., 2016). Jiná studie doložila data pro děti se SM s přidruženou poruchou koncentrace pozornosti (ADHD) a udává četnost této souběžnosti kolem 11,1 % (Arie et al., 2007). Zastoupení komorbidity mezi SM a poruchami chování se pohybuje v rozmezí od 6 do 10 %. Opoziční chování a porucha mohou být přítomny až u 30 % osob s nemluvností (Kristensen et al., 2019). Výzkumem bylo potvrzeno mnoho opozičních projevů, jako je odmítání mluvit, tvrdohlavost, mrzutost nebo podrážděnost, tendence k hádkám, neposlušnost ve škole, kňučení a záchvaty vzteku. I když některé studie zpochybňují přítomnost externalizujících příznaků u dětí se SM (Cunningham et al., 2004; Martin et al., 2018), jiné zase dokládají, že tento subtyp je potenciálně možný (např. Martin et al.,

proLékaře.cz | 12.11.2026

2018, Mulligan et al., 2015). Lidé s touto poruchou mají mnohostranné klinické příznaky. Zejména se jedná o projevy úzkosti, opozičního chování, poruchy komunikace a nepozornost (Cohan et al., 2008; Kearney et al., 2021). Cohan et al. (2008) ve své studii rozdělili osoby se SM na 3 skupiny. První skupinu nazvali „úzkostná – mírně opoziční". Tato skupina měla vysoké skóre pro sociální úzkost, ale hraniční skóry pro poruchy chování a jazyka. Druhá skupina „úzkostná – jazykové obtíže" měla vysoké skóre nejen oblasti sociální úzkosti, ale také v oblasti receptivní i expresivní složky jazykového systému. Třetí skupina byla definována jako „výhradně úzkostná", měla nízké skóre úzkosti a významně lepší skóre v porozumění a vyjadřovacích schopnostech.

4. Selektivní mutismus s odlišným mateřským jazykem (English Language Learner (ELL) Mutism)

Studie dokládají rostoucí počet identifikovaných dětí přistěhovalců se selektivním mutismem (např. Mulligan et al., 2015; Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). Míra prevalence u dětí přistěhovalců je velmi vysoká. Okolnosti souvisejí se samotnou imigrací a učením se druhého jazyka u dětí, které jsou extrémně plaché nebo úzkostné (Elizur a Perednik, 2003). U dětí přistěhovaných z jiného kulturního a jazykového prostředí je normální tzv. období ticha, je však velmi vhodné s nimi podpůrně pracovat, aby se snížilo riziko rozvoje SM nebo jiných emočně-sociálních obtíží. Často dochází k rozvoji SM proto, že rodina má minimální sociální kontakt mimo úzkou komunitu (Mulligan et al., 2015).

5. Senzorický/regulační selektivní mutismus (Sensory/Regulation Mutism)

SM může také souviset se smyslovými a samoregulačními problémy (např. Mulligan et al. 2015; Ludlow et al., 2022). Jedinci s tímto narušením mají potíže se seberegulací úzkosti a dalších emočních stavů. Toto potvrzuje i naše klinické pozorování a dotazníkové šetření. Většina dětí se SM pozitivně skóruje nejméně jednu oblast z dotazníku zaměřeného na senzorický profil (*Short Sensory Profile*, 1999). Mají potíže regulovat své emoce tak, aby reagovaly vhodně v dané sociální situaci. Děti se sníženou schopností seberegulace se mohou v některých sociálních situacích projevovat jako plaché, bázlivé a němé. Na druhou stranu v pohodlnějších situacích je jejich chování v ostrém kontrastu. Jsou hlasité, impulzivní a hyperaktivní (Cunningham et al., 2004). Obtíže se smyslovým zpracováním se objevují v mnoha výzkumných studiích. Konkrétně se uvádí vyšší socioemoční reakce na smyslové podněty, nevyhledávání smyslového podnětu nebo vyhýbání se takovému podnětu, nižší schopnost vizuálního zpracování, hypersenzitivní reakce na zvuk, zejména obtíže ve sluchové filtraci, vybíravost v jídle, obtíže s mytím a stříháním vlasů (Shipon-Blum et al., 2016; Steinbeck et al., 2016). S touto oblastí se významně pojí studie zkoumající vztah mezi SM a poruchou autistického spektra (PAS). Ludlow et al. (2020) zjistili, že skupina dětí se SM v kombinaci s PAS měla více projevenou úroveň nejen sociální úzkosti, ale také vyhýbání se smyslovým podnětům oproti skupině dětí se SM bez PAS. Některé studie dokládají, že u dětí se SM je přibližně v 60 % případů stanovena i diagnóza PAS (např. Cengher et al., 2020; Suzuki et al., 2020).

Výše uvedené potenciální subtypy jednoznačně vedou k uvědomění si důležitosti přesné multidisciplinární diagnostiky a nastavení terapeutického plánu, který zohledňuje různé charakteristiky osob se SM. Nejčastěji používaným standardizovaným nástrojem pro hodnocení je Dotazník selektivního mutismu (*Selective Mutism Questionnaire – SMQ)* (Bergman, et al., 2008). Tento dotazník je vysoce spolehlivý screeningový i klinický nástroj a velmi dobře rozlišuje osoby s touto poruchou od typicky se vyvíjejících dětí (Oerbeck et al., 2020; Pereira et al., 2020). V České republice máme k dispozici dotazníky pro děti, rodiče a školu, ale prozatím nejsou validizovány. Vhodné by bylo SMQ i české dotazníky k zachycení rizika SM validizovat pro českou populaci.

Moderní pojetí léčby osob se SM je postaveno na aplikaci multimodální léčby (Catchpole et al., 2019; Kearney et al., 2021). Empiricky je doložena účinnost léčby při využití kognitivně-behaviorální terapie a behaviorálních intervencí, které se rozšiřují o intenzivní a skupinově orientované intervence (Lorenzo et al., 2020; Oerbeck et al., 2014; Aldrich et al., 2023). Randomizovaná studie (Bergman et al., 2013) přináší důkazy o významném snížení symptomatologie SM při použití integrované behaviorální terapie. Během 24 týdnů proběhlo 20 hodinových sezení a byl zaveden systém odměn. Výsledkem bylo významné snížení sociální úzkosti, a tím i zlepšení projevů SM (Bergman et al., 2013). V této studii je systematicky popsána spolupráce s učitelem:

- Dítě je nejprve vystaveno komunikaci v prostorech mimo třídu.
- Dalším krokem je komunikace dítěte s rodiči, kdy učitel je postaven zády.
- Následuje mluvení v prázdné třídě a učitel využívá šeptání pro navázání bezpečného vztahu s dítětem.
- Postupně si dítě zvyká na komunikaci s učitelem a přítomnost dalších dětí.

Jiná studie přináší důkazy o vysoké efektivitě psychosociální léčby a důkaz většího zlepšení zejména u mladších dětí při včasné behaviorální intervenci (Oerbeck et al., 2014). Americká asociace pro řeč, jazyk a sluch (*American Speech-Language-Hearing Association, ASHA*) na webovém portálu uvádí jako vhodné tyto terapeutické intervence: psychosociální terapie, AAK (alternativní a augmentativní komunikace), rozšířené sebemodelování, program ECHO, program EXPRESSDIR Floortime®S-CAT®, sociálně-pragmatický přístup, generalizace/přenos.

V současné době se také začíná využívat telerehabilitace (Hong et al., 2022), která bývá multimodálně rozšířena o smíšený přístup interakční terapie rodič-dítě, živé koučování rodičů a interakce řízené dítětem (Lorenzo et al., 2020). V jiných studiích byla posouzena „nesoustředěná" (*defocused*) komunikace jako obecný léčebný princip pro snížení sociální úzkosti. Mezi základní pilíře „nesoustředěné" komunikace (Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020) patří: sedět vedle dítěte, ne naproti; faktické komentování vlastního konání; dítěti dopřát dostatek času na reakci; pokračovat v dialogu, ačkoliv dítě nepromluví; neutrální přijetí slovní odpovědi.

V terapii je vhodné zapojit i rozvoj jazykových schopností a v některých případech i farmakoterapii (Klein et al., 2017). Terapeutické postupy obecně cílí na emočně-sociální deficity, psychiku, komunikaci a sebevědomí, farmakoterapie na neurologickou stránku. Nezaznamenali jsme studii, která by řešila regulaci smyslového zpracování, tedy byla zaměřená na rozvoj seberegulace a senzorického systému. Jediný výše zmíněný terapeutický postup zaměřený na podporu seberegulace je DIR Floortime®. Avšak ani tato metoda není přímo zaměřená na tělo a neobsahuje stimulaci smyslového zpracování, které je u dětí se SM velmi často zasaženo.

Snížená schopnost komunikovat v raném věku brání plnému rozvoji exekutivních funkcí a sociálních kompetencí. Z toho důvodu je zásadní, aby kolem

proLékaře.cz | 12.11.2026

třetího roku byly včasně zachyceny děti nejen s jazykovými obtížemi, ale také s emočně-sociálními obtížemi. Jedno významně ovlivňuje druhé, a naopak. Nemluvení v sociálním kontaktu může být obranným mechanismem proti pocitu nepříjemnosti, strachu či studu. Tím se však postupně snižují komunikační dovednosti, jak strukturální, tak pragmatické. Ještě vážnější situace nastává v adolescentním věku, kdy dospívající děti vnímají nemluvnost v konkrétních sociálních situacích jako součást své identity, a tím pádem jsou vůči léčbě rezistentnější (Oerbeck et al., 2014). Neléčený SM, který neustoupí do 3 měsíců, je vysoce rizikový pro vznik dalších psychiatrických poruch, zejména fobických. Ačkoliv se příznaky časem mohou mírnit, dlouhodobější remise se podle výzkumu týká 58 % dětí se SM (Bergman et al., 2013). Platí to i naopak, pokud má dítě v raném vývoji obtíže s vývojem zejména jazykových schopností, může se to odrazit i do emočně-sociálního zrání. Vysoké procento dětí s narušeným vývojem jazyka má přidružené úzkostné prožívání. Je empiricky dokázána souvislost poruch jazykového systému a poruch chování, například nepozornosti a opozičního chování, se selektivním mutismem (Cohan et al., 2008; Kearney et al., 2021).

Diskuse

Selektivní mutismus nemá jednu identifikovatelnou příčinu vzniku. Etiologie je mnohočetně determinována a vyplývá ze souhry různých genetických, neurovývojových a enviromentálních faktorů (Cohen et al., 2006; Viana et al., 2009).

SM je etiologicky podobný úzkostným poruchám, často je komorbidní se sociální úzkostnou poruchou. Proto je přirozené vymezit úzkost jako typický symptom pro specifický podtyp SM, avšak v DSM-5 není úzkost jako symptom uvedena. Existují osoby s touto poruchou, které nesplňují diagnostická kritéria pro úzkost, ale přesto vykazují všechna kritéria pro diagnózu SM (Mulligan et al., 2015). Z metaanalýzy (Driessen et al., 2020) vyplývá, že 80 % dětí mělo diagnostikovanou další úzkostnou poruchu, z toho 69 % sociální fóbii. Je evidována častá souběžnost jedné a více duševních poruch, často bez zjevných hranic, čímž jsou od sebe obtížně diagnosticky oddělitelné. V 55 % případů dosahují děti se SM 3–7 diagnostických položek (zejména úzkost, smyslové vnímání, PAS) a běžná bývá přítomnost 1–2 komorbidit (např. Oerbeck et al., 2018; Oerbeck et al., 2014). Driessen et al. (2020) ve své metaanalýze doplňují výčet: 19 % dětí se SM mělo diagnostikovanou specifickou fóbii, 18 % separační úzkostnou poruchu, 6 % generalizovanou úzkostnou poruchu a 6 % obsedantně-kompulzivní poruchu.

Heterogenní, komplexní a mnohostranná povaha SM může naznačovat, že by mohla být tato komunikační porucha reklasifikována jako neurovývojová. Tento návrh lze podpořit výzkumy týkajícími se neurologické souvislosti s touto poruchou. Jsou evidované abnormality ve vývoji centrální nervové soustavy (Henkin et al., 2015). Nervový systém dětí se SM chybně vyhodnotí situaci kognicí a dochází ke zvýšené stresové reakci, což vede k disociativním stavům nebo zamrznutí. Tato situace logicky zvyšuje senzitivitu a poruchu senzorické integrace (Melfsen et al., 2021). Neurologické mechanismy jsou stejné jako u prožívané úzkosti a stresu. Zdá se, že neurologický podklad pro SM a úzkostnou poruchu je velmi blízký. Základem obou nemocí je strach a úzkost, chybné kognitivní čtení situace a autonomní reakce spojená s nervem vagem a behaviorální inhibicí. Zásadní roli při anxiózních projevech hraje amygdala, hipokampus, jiná aktivita gyru fusiformis a orbitofrontálního kortexu. Dochází k aktivaci behaviorálního inhibičního systému, což vede k narušení rozeznávání emočních výrazů v obličeji a správného čtení sociální situace (Malá, 2010). SM by mohl být považován za neurovývojovou poruchu zahrnující změny v drahách eferentní zpětné vazby, vagových reakcích, genetice nebo jiných fyziologických faktorech (Kearney, 2011). Behaviorální inhibice je považována za prekurzor SM, který hraje klíčovou roli (Muris et al., 2016; Muris et al., 2021). Kognitivní kontrola se zvyšuje při prožívané úzkosti a při strachu se snižuje. To by mohlo značit, že sociální úzkost je prominentní symptom SM (Muris et al., 2021), ale specifické fóbie nemusí nutně predikovat rozvoj této poruchy (Oerbeck et al., 2018). Ačkoli je u 80 % osob se SM diagnostikované úzkostné prožívání, u 20 % nejsou úzkostné poruchy potvrzeny. Míra úzkosti by se měla stanovit validními dotazníky a psychofyziologickým měřením, to se však zatím příliš neděje (Oerbeck et al., 2018). Je pozoruhodné, že v diagnostických kritériích není uvedena úzkost jako symptom SM. Spíše je snaha empiricky dokázat souvislost mezi úzkostí a SM. Sociální úzkostné poruchy mohou naznačovat společný mechanismus jako základ těchto dvou poruch (Driessen et al., 2020). Zúžený pohled na SM a jeho propojení s úzkostnými poruchami může limitovat širší kontextovou rozvahu na další etiologické faktory. Spektrum etiologických mechanismů je natolik široké, že nelze přesně určit klíčový faktor rozvoje této diagnózy. Z toho důvodu je doporučeno klasifikovat SM jako neurovývojovou poruchu v dětství a v dospívání (např. Oerbeck et al., 2018; Driessen et al., 2020; Kearney et al., 2021). Selektivní nemluvení je často charakterizováno vývojovým, kognitivním a emocionálním klinickým profilem, stejně tak je tomu i u neurovývojových poruch. Kromě toho mají neurovývojové poruchy a SM popisovány shodné rizikové faktory projevující se heterogenitou symptomů, bez jasných hranic mezi poruchami, silně ovlivněné sociálním kontextem. U dětí se SM můžeme v raném věku evidovat neurovývojovou etiologii, která se následně vyvíjí do individuálního klinického profilu. Ten je založený buď na úzkostných genetických a behaviorálně-inhibičních predispozicích, nebo na opozičních profilech s rizikovými faktory danými temperamentem a rodinnou dynamikou, popřípadě je založený na komunikačních profilech vyplývajících z vývojové poruchy jazyka (Kearney et al., 2021).

Závěr

Problematika SM je složitá. Heterogenní a komplexní povaha SM vede k myšlence, že by měl být SM reklasifikován. Tuto poruchu podmiňuje souhra různých genetických, neurovývojových a enviromentálních faktorů. Z toho vyplývá potřeba multimodální léčby, do které se zapojují kliničtí a školští odborníci, ale významně také rodiče. Pro obor klinické logopedie je zásadní, že SM nelze zcela oddělit od vývojových poruch jazyka a vývojové poruchy jazyka od SM. Obojí predikuje úroveň sociálního chování, a tím pádem vytváření blízkých vztahů, akademickou úspěšnost, zaměstnání a život jako celek. Deficity v akademické a sociální oblasti jsou významně propojeny s následnými internalizačními a externalizujícími problémy v chování (Hu et al., 2015).

Pokud bychom SM zařadili mezi neurovývojové poruchy, vzniklo by mnoho výzev a důsledků pro prevenci, diagnostiku a terapii. Za více než nutné považujeme vytvořit screening v předškolním věku k včasnému záchytu této poruchy v populaci. Bylo by vhodné, aby v České republice vzniklo multidisciplinární centrum pro lidi se SM, kde by byla možnost nejen přesnější diagnostiky, ale hlavně místo pro přesné nastavení individuálních terapeutických postupů pro každého člověka se SM.

proLékaře.cz | 12.11.2026

Literatura

ALDRICH, J. T., BLOSSOM, J. B., MOSS, A., RAY, B., COUCKUYT, M., WARD, T., FOX, A. R., READ, K. L., 2023. Effectiveness of an Eight-Week Multidisciplinary Selective Mutism Treatment Group. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health.* [online]. **8**(1), s. 105-119. DOI: 10.1080/23794925.2021.2007818.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2023. Selective mutism. *Asha.org.* [online]. [cit. 2023-10-01] Dostupné z: www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Selective-Mutism/.

AMERICKÁ PSYCHIATRICKÁ ASOCIACE, RABOCH, J., HRDLIČKA, M., MOHR. P., PAVLOVSKÝ, P., PTÁČEK, R. (ed.), 2015. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Tescentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.

ANDREWS G., PINE D. S., HOBBS M. J., ANDERSON T. M., SUNDERLAND M., 2009. Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine.* [online]. **39**(12), s. 2013-2023. DOI: 10.1017/S0033291709990274.

ARIE, M., HENKIN, Y., LAMY, D., TETIN-SCHNEIDER, S., APTER, A., SADEH, A., BAR-HAIM, Y., 2007. Reduced Auditory Processing Capacity during Vocalization in Children with Selective Mutism. *Biological psychiatry.* [online]. **61**(3), s. 419-421. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.02.020.

ARMSTRONG, S. L., KLEIN, E. R., 2014. Why do we need to pay attention to speech and language abilities in young children with selective mutism?. In: *Selective Mutism Group: Childhood Anxiety Network Conference.* [online]. Chicago, USA. [cit. 2023-10-01] Dostupné z: https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/.

BERGMAN, R. L., KELLER, M. L., PIACENTINI, J., BERGMAN, A. J., 2008. The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* [online]. **37**(2), s. 456-64. DOI: 10.1080/15374410801955805.

BERGMAN, R. L., GONZALEZ, A., PIACENTINI, J., KELLER, M. L., 2013. Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: a randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy.* [online]. **51**(10), s. 680-689. DOI: 10.1016/j.brat.2013.07.003.

BOWDEN, L., MARTIN, P., MICHAELS, K., KHRAPATINA, I., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2018. Debunking the myth: Selective mutism and trauma. In: *Meeting of the Eastern Psychological Association.* [online]. Philadelphia, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/.

CATCHPOLE, R., YOUNG, A., BAER, S., SALIH, T., 2019. Examining a novel, parent child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders.* [online]. **66**. ISSN 0887-6185. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102112.

CENGHER, M., CLAYBORNE, J. C., CROUCH, A. E., O'CONNOR, J. T., 2021. Assessment and Treatment of Selective Mutism in a Child With Autism Spectrum Disorder. *Clinical Case Studies.* [online]. **20**(3), s. 248-264. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/1534650120983451.

COHAN, S. L., CHAVIRA, D. A., SHIPON-BLUM, E., HITCHCOCK, C., ROESCH, S. C., STEIN, M. B., 2008. Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. [online]. **37**(4), s. 770-784. DOI: 10.1080/15374410802359759.

CUNNINGHAM, CH. E., McHOLM, A., BOYLE, M. H., PATEL, S., 2004. Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry.* [online]. **45**(8), s. 1363-1372. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x.

DRIESSEN, J., BLOM, J. D., MURIS, P. et al., 2020. Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development.* [online]. **51**, s. 330-341. DOI: 10.1007/s10578-019-00933-1.

ELIZUR, Y., PEREDNIK, R., 2003. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* [online]. **42**(12), s. 1451-1459. DOI: 10.1097/00004583-200312000-00012.

HENKIN, Y., BAR-HAIM, Y., 2015. An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism. *Developmental Cognitive Neuroscience.* [online]. **12**, s. 86-93. DOI: 10.1016/j.dcn.2015.01.002.

HONG, N., HERRERA, A., FURR, J. M., GEORGIADIS, CH., CRISTELLO, J., HEYMANN, P., DALE, CH. F., HEFLIN, B., SILVA, K., CONROY, K., CORNACCHIO, D., COMER, J. S., 2022. Remote Intensive Group Behavioral Treatment for Families of Children with Selective Mutism. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health.* [online]. DOI: 10.1080/23794925.2022.2062688.

HU, W., FANG, X., CHEN, H., DENG, L., LIN, X., 2015. The relationship between three-domain competences and internalizing and externalizing problems in Chinese high school students. *Child Indicators Research.* [online]. **8**, s. 943-959. DOI: 10.1007/s12187-014-9290-2.

KEARNEY, CH. A., HAIGHT, C., DAY, T. L., 2011. Selective Mutism. **In**: MCKAY, D., STORCH, E. (ed.). *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders.* [online]. DOI: 10.1007/978-1-4419-7784-7. s. 275-287. ISBN. 978-1-4419-7782-3.

proLékaře.cz | 12.11.2026

KEARNEY, CH. A., REDE, M., 2021. The Heterogeneity of Selective Mutism: A Primer for a More Refined Approach. *Frontiers of Psychology.* [online]. **12**. Dostupné z: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700745.

KLEIN, E. R., ARMSTRONG, S. L., SHIPON-BLUM, E., 2013. Assessing Spoken Language Competence in Children With Selective Mutism: Using Parents as Test Presenters. *Communication Disorders Quarterly.* [online]. **34**(3), s. 184-195. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/1525740112455053.

KLEIN, E. R., ARMSTRONG, S. L., SKIRA, K., GORDON, J., 2017. Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: a pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. [online]. **22** (1), s. 90-108. DOI: 10.1177/1359104516633497.

KRISTENSEN, H., OERBECK, B., MANASSIS, K., 2019. Selective mutism. In: Pediatric Anxiety Disorders. [online]. DOI: 10.1016/B978-0-12-813004-9.00011-6. s. 225-250. ISBN 9780128130049.

LORENZO, N. E. et al., 2020. Expanding Treatment Options for Children With Selective Mutism: Rationale, Principles, and Procedures for an Intensive Group Behavioral Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice.* [online]. **28**(3), s. 379-392. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.002.

LUDLOW, A. K., OSBORNE, C., KEVILLE, S., 2023. Selective Mutism in Children With and Without an Autism Spectrum Disorder: The Role of Sensory Avoidance in Mediating Symptoms of Social Anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. [online]. **53**(10), s. 3891-3900. DOI: 10.1007/s10803-022-05674-0.

MALÁ, E., 2011. Úzkostné poruchy v dětství a adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*. **107**(2), s. 99–105. ISSN 1212-0383.

MANASSIS, K., OERBECK, B., OVERGAARD, K. R., 2016. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry.* [online]. **25**, s. 571-578. DOI: 10.1007/s00787-015-0794-1.

MARTIN, P., BOWDEN, L., MICHAELS, K., KHRAPATINA, I., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2018. Main effects and interactions of age and gender on socio-emotional functioning of children with selective mutism using the BASC-3 parent rating scales (PRS). In: *Conference of the Anxiety and Depression Association of America.* [online]. Washington, D. C., USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/.

MARTIN, P., BOWDEN, L., MICHAELS, K., KHRAPATINA, I., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2018. Exploration of developmental delays present among children diagnosed with selective mutism. In: *Meeting of the Eastern Psychological Association.* [online]. Philadelphia, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/.

MELFSEN, S., ROMANOS, M., JANS, T., WALITZA, S., 2021. Betrayed by the nervous system: a comparison group study to investigate the 'unsafe world' model of selective mutism. *Journal of Neural Transmission.* [online]. **28**(9), s. 1433-1443. DOI: 10.1007/s00702-021-02404-1.

MICHAELS, K., MARTIN, P., BOWDEN, L., STEINBECK, L., MANFREDI, R., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2017. Beneath the silence II: Exploring the communicative profiles of children with SM using the CCC-2. In: *Conference of the Selective Mutism Association.* [online]. Boston, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/.

MICHAELS, K., MARTIN, P., BOWDEN, L., KHRAPATINA, I., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2018. Selective Mutism, Age and Language: Exploring the communicative profiles of a childhood anxiety disorder. In: *Conference of the Anxiety and Depression Association of America.* [online]. Washington, D.C., USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/.

MULLIGAN, CH. A., HALE, J. B., SHIPON-BLUM, E, 2015. Selective Mutism: Identification of Subtypes and Implications for Treatment. *Journal of Education and Human Development.* [online]. **4**(1), s. 79-96. DOI: 10.15640/jehd.v4n1a9.

MURIS, P., HENDRIKS, E., BOT, S., 2016. Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child Psychiatry and Human Development.* [online]. **47**(1), s. 94-101. DOI: 10.1007/s10578-015-0547-x.

MURIS, P., OLLENDICK, T. H., 2021. Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. *Psychology Research and Behavior Management*. [online]. **16**(14), s. 159-167. DOI: 10.2147/PRBM.S274538.

OERBECK, B., STEIN, M. B., WENTZEL-LARSEN, T., LANGSRUD, Ø., KRISTENSEN, H., 2014. A randomized controlled trial of a home and schoolbased intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health.* [online]. **19**(3), s. 192–198. DOI: 10.1111/camh.12045.

OERBECK, B., OVERGAARD, K. R., STEIN, M. B. et al. 2018. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry.* [online]. **27**, s. 997-1009. DOI: 10.1007/s00787-018-1110-7.

PEREIRA, C. R., ENSINK, J. B. M., GÜLDNER, M. G., KAN, K. J., de JONGE, M. V., LINDAUER, R. J. L., UTENS, E. M. W. J., 2020. Effectiveness of a behavioral treatment protocol for selective mutism in children: Design of a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications.* [online]. **19**. ISSN 2451-8654. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100644.

proLékaře.cz | 12.11.2026

PEREIRA, C. R., ENSINK, J. B. M., GÜLDNER, M. G., KAN, K. J., de JONGE, M. V., LINDAUER, R. J. L., UTENS, E. M. W. J., 2022. The Validation of the Selective Mutism Questionnaire for Use in the Dutch Population. *Child Psychiatry & Human Development.* [online]. DOI: 10.1007/s10578-022-01387-8.

SHIPON-BLUM, E., MANFREDI, R., ARMSTRONG, S. L., STEINBECK, L., BLUM, S., 2016. Sensory processing patterns in selective mutism using the Sensory Profile. In: *Selective Mutism Group: Childhood Anxiety Network Conference*. [online]. Manhattan Beach, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/.

STEFFENBURG, H., STEFFENBURG, S., GILLBERG, C., BILLSTEDT, E., 2018. Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease Treatment.* [online]. **7**(14), s. 1163-1169. DOI: 10.2147/NDT.S154966.

STEINBECK, L. K., ARMSTRONG, S. L., SHIPON-BLUM, E., PANTONE, M. L., 2016. "The Quad": Eating, sleeping, toileting and behavioral difficulties in a large sample of children with Selective Mutism. *In: Selective Mutism Group: Childhood Anxiety Network Conference* [online]. Manhattan Beach, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/.

SUZUKI, T., TAKEDA, A., TAKADAYA, Y., FUJII, Y., 2020. Examining the Relationship between Selective Mutism and Autism Spectrum Disorder. *Asian Journal of Human Services.* [online]. **19**, s. 55-62. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.14391/ajhs.19.55.

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION, 1999. Short Sensory Profile. [online], [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://www.abilitylearningcenter.com/wp-content/uploads/2019/12/sensory-profile-full.pdf.

VIANA, A. G., BEIDEL, D. C., RABIAN, B., 2009. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review.* [online]. **29**(1), s. 57-67. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.09.009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. The International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11), Geneva: WHO. Dostupné z: icd.who.int/browse11.