proLékaře.cz | 12.11.2026

SELEKTIVNÍ MUTISMUS – KAZUISTIKY: MULTIMODÁLNÍ TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP DOPLNĚN O PRÁCE V HLINĚNÉM POLI®

SELECTIVE MUTISM – CASE REPORTS: MULTIMODAL THERAPEUTIC APPROACH SUPPLEMENTED BY WORK AT THE CLAY FIELD®

Barbora Richtrová[1]



Barbora Richtrová

Abstrakt

Selektivní mutismus je klasifikován jako méně častá úzkostná porucha. Tento typ poruchy je vysoce rušivý a limituje kvalitu života. Včasné odhalení a vhodně zvolená terapie je proto zásadní. Terapie by měla stát na dvou základních lidských potřebách: VZTAH a BEZPEČÍ. V současnosti se dominantně využívá terapie se zapojením více modalit. Vědecky je potvrzená účinnost zejména behaviorální terapie a využití „nesoustředěné" komunikace (Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). Multimodální přístup jsme v našem případě rozšířili o senzomotorickou arteterapeutickou metodu Práce v hliněném poli®. Jde o komplexní metodu zaměřenou na tělo a bazální smysly. Jde o tzv. „bottom-up" terapii. Při jejím využití sledujeme na našem pracovišti významné zmírnění symptomatologie selektivního mutismu u dětí předškolního věku v krátkodobém horizontu. Práce v hliněném poli® by tedy mohla být dalším uznaným terapeutickým přístupem u dětí se selektivním mutismem.

Abstract

Selective Mutism is classified as a less common anxiety disorder. This type of disorder is highly disruptive and limits the quality of life. Early detection and appropriately selected therapy are therefore essential. Therapy should be based on two basic human needs: RELATIONSHIP and SAFETY. Currently, therapy involving multiple modalities is dominantly used. The effectiveness of behavioural therapy and the use of "unfocused" communication is scientifically confirmed (Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). In our case, we have extended the multimodal approach to include the Work at the Clay Field® sensorimotor art therapy method. It is a complex method, focused on the body and basal senses. It is a so-called "bottom-up" therapy. When using it, we observe a significant reduction in the symptomatology of Selective Mutism in the short term in preschool children at our workplace. Thus, Work at the Clay Field could be another recognised therapeutic approach for children with Selective Mutism.

Klíčová slova:

selektivní mutismus, úzkostná porucha, multimodální léčba, Práce v hliněném poli®

Keywords:

Selective Mutism, anxiety disorder, multimodal treatment, Work at the Clay Field®

Selektivní mutismus – uvedení do problematiky

Selektivní mutismus je velmi rušivá a vysilující úzkostná porucha, kdy jedinec nedokáže mluvit déle než jeden měsíc v konkrétní sociální situaci, kde se mluvení očekává. Velmi často děti se selektivním mutismem hovoří v jádrovém rodinném prostředí, ale ve veřejném již ne. Tato skutečnost významně narušuje zejména sociální komunikaci a vzdělávací proces, mezilidské vztahy a sebevědomí. Projevy selektivního mutismu se objevují v předškolním věku. Nástup se udává mezi 3–5 rokem (Bergman et al., 2013). Bohužel identifikace selektivního mutismu je nejčastější v prvních letech základní školy

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

https://doi.org/10.36833/lkl.2023.019 Přijato k recenzi: 12. 9. 2023 Přijato k publikaci: 15. 10. 2023

licensed under CC BY-NC

proLékaře.cz | 12.11.2026

(Kristensen et al., 2019; Cunningham et al., 2004; Kearney et al., 2021; Klein et al., 2013).

Současné vědecké poznatky dokazují komplexní etiologii s četným překrýváním bez zřejmých hranic s dalšími sociálními či specifickými úzkostmi, opozičním chováním, senzorickými deficity, jazykovými deficity a neurovývojovými poruchami (Kearney et al., 2021; Cohen et al., 2006; Suzuki et al., 2020; Mulligen et al., 2015). Tím, že jde o značně heterogenní skupinu, je nyní v popředí snaha aplikovat multimodální léčbu, kdy je zapojeno více stran (Catchpole et al., 2019; Kearney et al., 2021). Zároveň je na místě jemný komplexní a individuální terapeutický přístup, který maximálně respektuje komorbidity jedince, ale také jeho potřeby, temperament, attachment a typ výchovně-vzdělávacího přístupu. Intervenční postupy, které využíváme při individuální terapii na našem pracovišti, jsou prvky z Gestalt terapie, prvky z behaviorální terapie, „nesoustředěná" komunikace, prvky ze senzomotorické integrace, senzomotorická arteterapeutická metoda Práce v hliněném poli® a klinicko-logopedická terapie. V prvních fázích individuálního setkávání je dominantně využívána metoda Práce v hliněném poli®.

Práce v hliněném poli®

Autorem metody Práce v hliněném poli® je profesor Heinz Deuser z Německa a v České republice již proběhl druhý běh tříletého certifikovaného výcviku. Hlavním cílem metody je podpora zdravého vývoje a dosycení vývojových potřeb člověka skrze jeho pohybové impulzy. Haptické konání na hliněném poli podporuje stabilizaci tělesné organizace skrze stimulaci dotekového čití, vestibulárního systému a propriocepce. Hliněné pole je plochá bedýnka (42 x 38 x 3 cm) vyplněná hladkou keramickou hlínou (cca 10 kg), vedle pole je miska s vlažnou vodou a houbička. Voda je prazákladní substance prenatálních potřeb, podporuje pocit bezpečí. Bedýnka zase přináší substanci hranic, orientace a stálosti, jelikož vždy zůstane stejná jako na začátku. Symptomatologie prožívané úzkosti či strachu vedou k zablokování kontaktu se sebou samým, se svým tělem a potřebami. Dotekové materiály v terapii umožňují bezpečný kontakt se sebou i zprostředkovaně s vnějším světem. Významnou výhodou hlíny je její kvalita pevnosti, stálosti a určité míry odporu, tím přináší člověku intenzivnější prožitek sebe sama i viditelný a stabilní otisk. Intenzivní „vypořádání" se sebou i světem podporuje terapeut jako průvodce, který, ať verbálně nebo neverbálně, provádí člověka při jeho konání tak, aby došlo k tělesnému, emocionálnímu, ale také mentálnímu oslovení člověka. Terapeut by měl být schopen určit správnou vzdálenost od klienta, aby byl společný vztah bezpečný a neohrožující a mohl se prohlubovat.

Vstupní vyšetření

Vstupní vyšetření je vedeno pouze v přítomnosti pečovatelů bez dítěte. V rámci vstupního vyšetření dochází ke sběru podrobné rodinné a osobní anamnézy. S pečovateli jsou vyplněny dotazníky týkající se selektivního mutismu (Standard SM, AKLČR, *Selective Mutism Questionnaire*, 2008) a také senzorického profilu (*Short Sensory Profile*, 1999). Zároveň dochází k podrobné edukaci a instruktáži pečovatelů, aby došlo k maximálně možnému pochopení a přijetí selektivního mutismu. V případě, že pečovatelé nemohou na úvodní setkání dorazit bez dítěte, lze tyto dotazníky dát pečovatelům domů k vyplnění a rovnou začít budovat bezpečný terapeutický vztah s dítětem. S rodiči se domlouváme na samostatném setkání v nejbližší době. Vysvětlujeme rodičům vhodnost individuálního setkání s pečovateli vždy po pěti terapeutických sezeních s dítětem. V neposlední řadě žádáme o kontakt na pedagogického pracovníka a posíláme do školského zařízení stručný dotazník (Standard SM, AKL ČR).

Kazuistika 1

Popis případu

Dívka (4 roky a 10 měsíců) vyrůstá ve stabilním rodinném prostředí. Zatím bez sourozence – narodí se za 2 měsíce. Rodiče sami vyhledali klinického logopeda pro vnímání obtíží v sociálním chování a komunikaci dítěte, jelikož v září má nastoupit do běžné mateřské školy jako předškolák. Chování dívky je zneklidňuje a cítí potřebu toto vyřešit.

Anamnestické údaje

Těhotenství bylo vedené jako rizikové, maminka byla dvakrát hospitalizovaná v rozmezí několika týdnů. Porod proběhl přirozeně, bez komplikací. Po šestinedělí se rozvinuly u maminky poporodní deprese s následnou třítýdenní hospitalizací. Maminka doposud užívá antidepresiva. V rodině z matčiny strany jsou evidované úzkostně-depresivní poruchy.

Psychomotorický i jazykový vývoj byl u dívky zcela v normě, pouze samostatná chůze se začala dařit až v 18 měsících. Dívka nebyla nikdy významně nemocná. Docházela do dětské skupiny v intervalu dvakrát týdně. Od září 2023 byla zařazena do běžné mateřské školy. Hlavní volnočasová aktivita je jízda na koni. Dívka doposud nebyla v péči žádného odborníka.

Vstupní vyšetření

Dívka (4 roky a 10 měsíců) přichází do čekárny. Přes dveře je možné slyšet, jak s rodiči plným hlasem hovoří zcela plynule, srozumitelně, bez gramatických a zásadních fonologických obtíží. Při otevření dveří okamžitě dochází nejen k absolutnímu útlumu komunikace, ale také ke stažení těla a schování se za otce. Pouze nenápadně vykukuje, jelikož impulzy zvědavosti jsou příliš silné. Při vstupu do pracovny je dívka stále za otcem a pevně se drží jeho oblečení. Terapeut si sedá na svou židli a potvrzuje, že zde bude sedět a pouze si bude povídat s rodiči a pro dívku je celý prostor k dispozici. Pracovna je větší místnost, na zdi je tabule s magnetky, na druhé straně jsou skříně s různými hrami, uprostřed je stůl s připraveným „Hliněným polem", vzadu v rohu je pískoviště s kufrem plným figur, v druhém rohu jsou balanční pomůcky a bazének s míčky. Dívka po chvilce prohlížení prostoru jde do úplně protilehlého rohu a hraje si na pískovišti. Tělo je stále schoulené.

Výsledky z dotazníků:

1) Dotazníky ze standardu pro selektivní mutismus (AKL ČR)

Dotazník pro děti se selektivním mutismem – dosahuje 11 bodů z 24 bodů. Výsledek odpovídá vysoké míře obtíží zejména v sociálním prostředí. V rodinném prostředí obtíže nejsou zaznamenány.

Dotazník pro rodiče – dosahuje v oblasti rodiny/domácnosti 4 body z 5, v oblasti školy 0 bodů ze 3 a v oblasti sociálních situací 0 bodů ze 3. Výsledky odpovídají vysoké míře obtíží v sociálních situacích a ve škole. V otevřených otázkách je významnou informací stimming formou štípání kůže kolem nehtů, škrábání a kousání spodního rtu. Obtíže u dívky rodiče evidují od 2 let. Dcera jim opakovaně říká, že nerozumí tomu, proč nemůže mluvit jinde než doma, ale „má zavázaný jazýček".

proLékaře.cz | 12.11.2026

2) Dotazník pro selektivní mutismus (Selective mutism questionnaire, 2008)

Dosahuje v oblasti školy 7 bodů z 18, v oblasti rodiny 12 bodů z 18 a v oblasti sociálních situací 1 bod z 15. Výsledek odpovídá vysoké míře obtíží v sociálním prostředí. Dotazníkové otázky směřující k míře zásahu do kvality života / úzkosti nejsou zahrnuty do celkového skóre. Odpovědi z této části dotazníku odpovídají středně silné závažnosti úzkosti zasahující do kvality života.

3) Vyšetření senzorického profilu (Short Sensory Profile, 1999)

Výsledek odpovídá jemně zvýšené senzitivitě, zejména v oblasti sluchové filtrace.

Terapie

První společné setkání probíhá na „pískovišti“ (herní terapie s prvky Sandplay). Rodiče jsou přítomni. Terapeut sedí bokem od dívky a dodržuje větší tělesný odstup. Dívka „vaří“ na pískovišti a terapeut komentuje pouze faktické dění. Komentář je bez emočních či navádějících konotací. Dívka má celou dobu schoulené tělo, natočenou hlavu směrem od terapeuta a stejným směrem stočená ústa, navíc pevně skousnutá. Po chvíli skrze bezpečný a respektující vztah od terapeuta dochází k iniciaci společného „vaření“. Dívka přijímá nabízené nádobí a předměty. Po dovaření dívka respektuje nabídku přejít na hliněné pole. Zbylý terapeutický čas zkoumáme společně hliněné pole a dívka zkouší první pohybové experimenty. Její kontakt s hlínou je velmi opatrný, převažuje dotýkání jen konečky prstů a práce s vodou. Od druhého setkání zvládá být dívka sama v terapeutickém prostoru. Během čtvrtého setkání dochází k viditelnému uvolnění. Dívka se cítí v bezpečí a plném přijetí. V hliněném poli již nabírá hlínu do celých dlaní, tělo je narovnané, oční kontakt velmi vitální. Velmi často do hlíny zabaluje zvířecí figury, následně vyndává a omývá. Toto můžeme vnímat jako dosycení stálosti objektu a ujištění bezpečí v nebezpečném světě. Dívka začíná dokonce fyzicky kontaktovat terapeuta, zabaluje mu ruce do hlíny a dokonce „agresivně“ napadá terapeuta zvířecími figurkami. Toto je projevení nejen důvěry, ale také uvolňování vitální agrese, která je často blokovaná úzkostným prožíváním a selektivním mutismem. Při následném setkání se dívka začíná zvukově projevovat při individuální práci. S rodiči mluví nahlas i před terapeutem (dokonce i stážistou).

Status praesens

Stav po 7 lekcích je velmi příznivý. Od září je dívka v nové státní mateřské škole, kde mluví se všemi od začátku docházky. Hovoří i s cizími lidmi v přítomnosti rodičů nebo při jízdě na koni. K samostatné mluvě bez rodičů ještě nedochází ve všech sociálních situacích. Zásadní je, že má jistější oční kontakt, rovné držení těla a usmívá se. Stimming zcela odezněl. Předpokládáme velký potenciál k maximálnímu snížení projevů selektivního mutismu. Tuto situaci podporuje i skutečnost, že dívka nemá žádné souběžné obtíže ve smyslu opozičního vzdoru či neurovývojových a jazykových deficitů.

Kazuistika 2

Popis případu

Dívka (11 let 8 měsíců) žije v úplné rodině bez sourozenců. Když byl dívce jeden rok, odstěhovala se rodina do ciziny. Ve třech letech se sice vrátili na rok do České republiky, ale pak opět odcestovali do zahraničí, kde dívka zahájila školní docházku. Po celou dobu pobytu v cizině byla maminka v domácnosti. Dívka komunikovala pouze s několika dětmi ve třídě, s dospělými jen v jádrové rodině, v sociálních situacích mimo školu vůbec. Do České republiky se rodina natrvalo vrátila, když bylo dívce 7 let. Byla zařazena do běžné základní školy. V tomto období bylo evidováno zhoršení symptomatiky selektivního mutismu. Také došlo k situaci, kdy jí její nevlastní dědeček, s kterým měla velmi pevnou vazbu, přivedl ukázat své dvouleté vnouče. Dívka s ním přestala zcela komunikovat. V tomto období proběhlo klinickopsychologické vyšetření se závěrem: Orientační intelektový vývoj odpovídá pásmu lepšího průměru. Schopnost aktuální pracovní paměti v neverbální modalitě odpovídá normě. Oslabený vývoj je evidován ve zrakovém vnímání a grafomotorice. Jazykový vývoj odpovídá normě pro 7 let, selektivní mutismus. Stejný závěr vyjádřila i speciálněpedagogická poradna. Shoduje se i klinický logoped, který jen navíc uvádí preferenci ukrajinské intonace a paralálii hlásky ř. Do roku 2023 však nedocházelo k žádné kontinuální terapii, pouze k diagnostickým vyšetřením. Závěr z aktuálního vyšetření klinického psychologa je selektivní mutismus, sociální úzkostná porucha a izolovaná fóbie. Aktuální úroveň intelektu je v pásmu průměru. Klinický psycholog doporučuje zvážit zařazení do alternativního školského zařízení s menším počtem žáků. Toto vyšetření je doplněno pedopsychiatrickým vyšetřením se závěrem selektivní mutismus a obsedantně-kompulzivní porucha.

Dívka nyní chodí do 6. třídy běžné základní školy s nejvyšším podpůrným opatřením a osobním asistentem. V druhém pololetí páté třídy se začala dívka významněji horšit ve školské úspěšnosti. Ve škole nekomunikuje se spolužáky ani učiteli, ale ani s asistentkou. Po celou dobu výuky sedí v lavici a zvedne se až při odchodu domů. Ráno nesnídá ani nepije, aby nemusela ve škole na cizí WC. V domácím prostředí vyžaduje asistenci matky v sebeobsluze. V této oblasti dochází k postupnému zlepšování, jelikož matka je již v práci. K dívce dochází dobrovolnice jednou týdně k nácviku sociálních dovedností.

Anamnestické údaje

Těhotenství bylo bez obtíží. Porod proběhl přirozeně, bez komplikací. Kojena byla 8 měsíců. V rodině z matčiny strany jsou evidované úzkostně-depresivní poruchy, ze strany otce poruchy plynulosti řeči a podle matky melancholický temperament.

Psychomotorický vývoj byl relativně přiměřený. Samostatná chůze se začala dařit v 15 měsících. Jazykový vývoj byl mírně opožděný, tvorba vět se začala dařit až ve 3 letech a 5 měsících. Dívka nebyla nikdy významně nemocná. Jsou znatelné obtíže v motorické koordinaci a rovnováze, dívka necvičí a z tělesné výchovy je omluvená. Hlavní volnočasová aktivita je mobil. Doposud nebyla v terapeutické péči žádného odborníka, pouze podstoupila mnohá vyšetření.

Vstupní vyšetření

První setkání probíhá pouze v přítomnosti matky. Dochází ke sběru anamnestických údajů, dotazníkovým šetřením a ke zmapování temperamentu dívky, jejího chování, zálib a komunikačních strategií. Probíhá instruktáž matky a edukace k problematice selektivního mutismu a terapeutickému přístupu. Zejména je nutné zdůraznit reálná očekávání vzhledem k věku dívky a přidruženým psychiatrickým onemocněním.

Výsledky z dotazníků:

1) Dotazníky ze standardu pro selektivní mutismus (AKL ČR)

V dotazníku pro děti se selektivním mutismem dosahuje 12 z 24 bodů. Výsledek odpovídá vysoké míře obtíží zejména v sociálním prostředí a škole, ale středně těžká zátěž je i v širší rodině. V rodinném

proLékaře.cz | 12.11.2026

prostředí mluví pouze s matkou, otcem a babičkou, s ostatními členy rodiny nemluví.

Dotazník pro rodiče – dosahuje v oblasti rodiny/domácnosti 2 body z 5, v oblasti školy 0 bodů ze 3 a v oblasti sociálních situací 0 bodů ze 3. Výsledky odpovídají vysoké míře obtíží v sociálních situacích a škole, ale i v širší rodině. V otevřených otázkách je významnou informací tendence k izolaci a nadmíra užívání technologií. Obtíže u dívky rodiče evidují od 3 let. Dcera nerozumí tomu, proč nemůže mluvit v sociálních situacích a v širší rodině. Komentuje to: „Nevím, neptej se mě na to".

2) Dotazník pro selektivní mutismus (Selective Mutism Questionnaire, 2008)

Dosahuje v oblasti školy 0 bodů z 18, v oblasti rodiny 6 bodů z 18 a v oblasti sociálních situací 0 bod z 15. Výsledek odpovídá vysoké míře obtíží ve školním a sociálním prostředí a středně těžkým obtížím v rodinném prostředí. Dotazníkové otázky směřující k míře zásahu do kvality života / úzkosti nejsou zahrnuty do celkového skóre. Odpovědi z této části dotazníku odpovídají středně silné závažnosti úzkosti zasahující do kvality života.

3) Vyšetření senzorického profilu (Short Sensory Profile, 1999)

Výsledek odpovídá středně zvýšené senzitivitě, zejména v oblasti taktilního vnímání, citlivosti k pohybu, sluchové filtrace a slabosti.

Logopedická terapie

Dívka (11 let 8 měsíců) přichází v doprovodu matky. V čekárně je ticho. Při otevření vidím matku s dcerou sedící vedle sebe, obě tiché, dcera kouká do mobilu. Dívka je vysoká, bledá s černými vlasy, viditelně s oslabeným tonusem svalů a chybnou posturou. Zvu dívku dál, jelikož jsme s matkou domluvené, že dcera bude v pracovně sama. Matka ještě ověřuje, zda může skutečně odejít, a následně odchází. Dívka jde vcelku ochotně ke stolu s hliněným polem. Celý čas prvního setkání dívka nemluví, nekýve hlavou, emoce nebo přání nenaznačí ani mimikou, gestikou či jiným pohybem těla. Sedí jako socha, jen pomalu nabírá hlínu konečky prstů. Pohyb se velmi často zastavuje, což se často děje u lidí s traumatickou zkušeností. Od třetí lekce je znatelný velmi jemný posun. Dívka nabírá hlínu téměř do celé dlaně, při některých komentářích se usměje. Při pokusu nabídnout odměnu za alespoň jemný náznak souhlasu či nesouhlasu hlavou dívka zcela „zamrzne" v pohybu. Matka po pátém setkání potvrzuje, že je dívka spokojená a vždy udělá to, co chce terapeut. Terapeut jí však nedává žádné zadání. Od páté lekce přidáváme k procesu na hliněném poli ještě behaviorální intervence. Přibližně od sedmé lekce začíná dívka velmi nepatrně kývat hlavou při souhlasu nebo téměř neviditelně zvedne ramena k vyjádření „nevím". „Nevím" po celou dobu terapie dominuje.

Status praesens

Nyní již proběhlo deset setkání v intervalu jedenkrát týdně. Změny nejsou nijak markantní, jenom je pozorovatelné velmi jemné uvolnění na tělesné úrovni. Ve školním prostředí k žádným změnám nedošlo, ale dívka si začala nově povídat s novou kamarádkou. V řeči těla evidujeme mírné uvolnění napětí a pohyb se nezastavuje. Při terapii se postupně zvýšil oční kontakt a počet letmých úsměvů. Věkem dívky a přidruženými psychiatrickými onemocněními je účinnost terapie do značné míry limitována.

Diskuse

Základním aspektem léčby selektivního mutismu je zapojení co nejvíce stran v sociální bublině dítěte (Catchpole et al., 2019; Kearney et al., 2021). Logické i vědecky podložené je využití multimodální léčby, aby se co nejvíce zohlednily individuální potřeby, temperament, rodinné zázemí, ale také souběžné nemoci dítěte (Oerbeck, 2018). Empiricky jsou nejvíce doložené terapie využívající kognitivně-behaviorální přístup a behaviorální intervence (např. Lorenzo et al., 2020; Oerbeck et al., 2014; Aldrich et al., 2023; Zakszeski a DuPaul, 2017). Mezi multimodální léčbu dále patří domácí a školní psychosociální intervence, koučing rodičů, intervence rodičů k zvládání nepředvídatelných situací, interakční terapie rodič-dítě, rodinná terapie a skupinová terapie. Lorenzo et al. (2020) jako jedni z prvních mluví i o možnosti telerehabilitace, což podporují ve svém výzkumném šetření i Hong et al. (2022). Studie dokládá předběžnou proveditelnost, přijatelnost a účinnost vzdálené intenzivní skupinové behaviorální terapie. Telerehabilitaci také vnímají jako možný nástroj k proškolení pečovatelů. Mezi základní behaviorální intervence patří vyblednutí stimulů, desenzibilizace, tvarování, modelování, terapie založená na expozici a řešení nepředvídatelných situací. Jiné studie uvádějí „nesoustředěnou" (*defocused*) komunikaci jako obecný léčebný princip pro snížení sociální úzkosti (Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). Mezi základní principy „nesoustředěné" komunikace patří: sedět vedle dítěte, nikoli naproti; vytvářet sdílenou pozornost pomocí činnosti, která dítě baví; fakticky komentovat konání spíše než klást otázky; dopřát dostatek času na reakci spíše než mluvit za dítě; pokračovat v dialogu, i když dítě verbálně nereaguje; neutrálně přijmout případné verbální vyjádření dítěte (Oerbeck et al., 2014). Také se doporučují odměny za verbální výkon, ale mělo by je dítě dostat okamžitě, jakmile promluví (Pereira et al., 2020). Zde je vhodné zmínit, že pokud je emočně-sociální systém dysregulovaný, mohou být reakce na odměnu pro sníženou motivaci oslabené (Beauchaine et al., 2007). Na našem pracovišti pracujeme s odměnou zřídka, většinou ji využíváme u dětí se selektivním mutismem s komorbiditou vývojových jazykových obtíží. Behaviorální intervence velmi dobře podporuje pocit bezpečí a důvěry. Terapeut je mimo pracovnu za zavřenými dveřmi a dítě s rodičem si hrají samostatně v pracovně. Dalším krokem je, že terapeut je stále venku, ale jsou již otevřené dveře. Následuje terapeutův vstup do místnosti během hry rodič-dítě, ale terapeut se nezapojuje do aktivity. Pokud jsou všechny vypsané situace pro dítě přijatelné, může terapeut sedět v místnosti a sledovat hru rodič-dítě. Postupně dochází k přibližování a připojení se do společné hry. Časové rozmezí procesu přibližování a přijetí dítětem je velmi individuální (Oerbeck et al., 2014). Jakmile začne dítě mluvit ve školním prostředí, je snazší zobecnit řečové chování na jiné sociální prostředí (Pereira, 2020). U dětí s těžší formou selektivního mutismu a doprovodnými psychiatrickými nemocemi je na místě zvážit farmakoterapii, kterou nastavuje pedopsychiatr.

V kontextu výše uvedených vědeckých studií k selektivnímu mutismu, ale také publikací věnujících se traumatu, dysregulaci systému a úzkostnému prožívání (např. Levine a Klein, 2012; Heller a LaPeire, 2016; Elbrecht a Antcliff, 2014) považujeme za vhodné doplnit výše uvedené terapie o terapii zaměřenou na tělo, tzv. „bottom-up treatment" (terapie zdola nahoru). Může pak snáze dojít k celkové regulaci systému a podpoře sebevědomí dítěte. Práce v hliněném poli® je typ terapie, která postupuje zdola nahoru, tedy „zapojuje senzomotorickou základnu v mozkovém kmeni a poté postupuje směrem k vědomé integraci nastalých změn" (Elbrecht, 2022, s. 15). Terapie využívající

proLékaře.cz | 12.11.2026

senzomotorické podněty jsou vhodné pro děti předškolního i mladšího školního věku a pro neverbální pacienty. Výhodné jsou též pro pacienty všech věkových kategorií, u kterých je zřejmá disociace od těla, což je typické u lidí s úzkostným prožíváním/poruchou nebo traumatem. Jestliže je člověk vystaven kontinuálnímu stresovému zatížení a strachu, jako tomu je i u lidí se selektivním mutismem, můžeme mluvit o dysregulovaném systému nervové soustavy. Mozek má neustálý pocit ohrožení, dochází k dysfunkci mozkového kmene a limbického systému, a tím jsou negativně ovlivněny vyšší oblasti mozku. Prožívanou úzkostí a strachem je aktivován autonomní nervový systém, který je dle Porgesovy polyvagální teorie (Porges, 2011) ovlivňován nervem vagem. Dochází k obranným mechanismům, jako je útok, únik, nebo v nejhorším případě zamrznutí. Pro možnou regulaci systému je vhodné využít právě terapie zaměřené na tělo. Kinesteticko-motorická aktivita, tedy dotek a haptika, je primární lidskou zkušeností, která vyžaduje vztah. Práce s haptickým vnímáním přináší intenzivní vztahový zážitek nejen sebe samého, ale i světa. Ve vědě je bohužel tento terapeutický nástroj s velkým potenciálem prozkoumán minimálně. Z našeho klinického pozorování vychází, že po páté terapeutické lekci Práce v hliněném poli® dochází u dětí předškolního věku k uvolnění napětí a začínají komunikovat v jedné či více sociálních situacích. U dětí ve věku 6–8 let tento úzdravný potenciál evidujeme po více než 10 lekcích. Děti starší 8 let mají sociální nemluvení natolik spojené se svou identitou, že míra úspěšnosti léčby není tak vysoká a dochází jen k jemným zlepšením. Toto jsou samozřejmě klinická data, která bude nutné empiricky doložit.

Závěr

V České republice je velmi ojedinělá systémová propojenost týmu odborníků, kteří se této problematice věnují. Ve většině případů děti se selektivním mutismem vyhledávají různé typy podpory, které ale nejsou vzájemně provázány. Rodiny vyzkouší péči klinického psychologa, klinického logopeda, někdy pedopsychiatra či neurologa, ale často schází možnost sofistikované individuální, multimodální podpory se zapojením školských zařízení a rodiny. Zatím neexistuje včasný screening selektivního mutismu v populaci. Přitom včasnost je zásadní. Neuroplasticita u dětí mezi 3–6 rokem je významně otevřená korektivním zkušenostem. Léčba je tedy obecně úspěšnější než v pozdějším věku, kdy se neléčená úzkost a dysregulovaný systém stávají součástí identity dítěte a může dojít k rozvinutí dalších sekundárních psychiatrických diagnóz. V adolescentním věku dospívající děti vnímají selektivní mutismus jako součást své identity, a tím pádem jsou vůči léčbě rezistentnější (Oerbeck et al., 2014). Bylo by na místě, aby v České republice bylo vytvořené centrum komplexní péče pro děti s úzkostným prožíváním/poruchou se specializací na selektivní mutismus, aby mohla být nastavena multimodální léčba s behaviorální intervencí, která by, z našeho pohledu, měla být doplněna na tělo orientovanou terapií.

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.

BEAUCHAINE, T. P., GATZKE-KOPP, L., MEAD, H. K., 2007. Polyvagal Theory and developmental psychopathology: emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology.* [online]. **74**(2), s. 174-184. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2005.08.008.

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. 456-464. 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. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23933108/.

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.

COHAN, S. L., CHAVIRA, D. A., STEIN, M. B., 2006. Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry.* [online]. **47**(11), s. 1085-1097. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x.

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. DOI: 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.

ELBRECHT, C., ANTCLIFF, L. R., 2014. Being touched through touch. Trauma treatment through haptic perception at the Clay Field: A sensorimotor art therapy. *International Journal of Art Therapy.* [online]. **19**(1), s. 19-30. DOI: 10.1080/17454832.2014.880932.

ELBRECHT, C., 2022. Přístup odspodu nahoru usnadňující léčení traumatu pomocí metody Práce v hliněném poli®. In: *Práce v hliněném poli®.* Sborník k sympoziu. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 15-39. ISBN 978-80-244-6170-0.

HELLER, L., LAPIERRE, A., 2016. *Uzdravení vývojového traumatu.* Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-836-4.

proLékaře.cz | 12.11.2026

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.

KEARNEY, CH. A., REDE, M., 2021. The Heterogeneity of Selective Mutism: A Primer for a More Refined Approach. *Frontiers of Psychology.* [online]. **12**. DOI: 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. DOI: 10.1177/1525740112455053.

KRISTENSEN, H., OERBECK, B., MANASSIS, K., 2019. *Pediatric Anxiety Disorders. Chapter 11 – Selective Mutism.* [online]. s. 225-250. ISBN 9780128130049. DOI: 10.1016/B978-0-12-813004-9.00011-6.

LEVINE, P. A., KLINEOVÁ, M., 2012. *Trauma očima dítěte. Probouzení obyčejného zázraku léčení.* Praha: Maitrea. ISBN 978-80-87249-27-7.

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. DOI: 10.1016/j.cbpra.2020.06.002.

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.

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.

PORGES, S. W., 2011. *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation.* New York: W. W. Norton & Co. ISBN 0393707008.

Short Sensory Profile, 1999. [online]. The Psychological Corporation. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://www.abilitylearningcenter.com/.

STANDARDY PÉČE – MUTISMUS. [online]. Asociace klinických logopedů ČR. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: https://www.klinickalogopedie.cz/.

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. DOI: 10.14391/ajhs.19.55.

ZAKSZESKI, B. N., DuPAUL, G. J., 2017. Reinforce, shape, expose, and fade: a review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health.* [online]. **9**, s. 1-15. DOI: 10.1007/s12310-016-9198-8.