



Názov:

Elektívny mutizmus

Autor:

Mgr. Zuzana Moškurjáková

Špecializačný odbor:

Klinická logopédia

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

Elektívny mutizmus

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0129	4. december 2020	schválené	1. február 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

Mgr. Zuzana Moškurjaková

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Klinická logopédia: PaedDr. Barbora Bunová, PhD.; Mgr. Marianna Piovarová; PaedDr. Mária Masárová; PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc.; Mgr. Miroslava Petřík; PhDr. Ľubomíra Štenclová, PhD.; PaedDr. Mária Šišková); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II. (PaedDr. Mária Šišková; PaedDr. Barbora Bunová; PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc.; PaedDr. Mária Masárová; PhDr. Anna Paluková; Mgr. Miroslava Petřík); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliána Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Vladislava Konečná; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

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

Kľúčové slová

Elektívny mutizmus, mutizmus, selektívny mutizmus, úzkostné poruchy, poruchy komunikácie.

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

DSM5	Diagnostický a štatistický manuál duševných chorôb, V. edícia (z ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition)
EM	Elektívny mutizmus
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb(z ang. International Classification of Diseases,10. edícia)
NKS	Narušená komunikačná schopnosť

Kompetencie

Diagnostika a terapia EM si vyžaduje medziodborovú spoluprácu, a to: klinického logopéda, klinického psychológa a psychiatra. Pohľad klinického logopéda v interdisciplinárnej spolupráci zohráva dôležitú úlohu v procese hodnotenia komunikácie v oblasti percepcie a produkcie reči a jej používania v rôznych sociálnych kontextoch. Klinickí logopédi sa aktívne podieľajú na diferenciálnej diagnostike dieťaťa najmä v zmysle posúdenia symptómov elektívneho mutizmu od symptómov ďalších diagnóz z oblasti NKS. Tréningom komunikačných zručností zmierňujú dopad na sociálnu oblasť. V oblasti rozvoja komunikačných zručností poskytujú poradenstvo a edukáciu aj pre rodinných príslušníkov aj odborníkov.

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

Úvod

V revidovanej verzii MKCH-10 z roku 2013 je elektívny mutizmus zaradený do kapitoly Poruchy chovania a emócií zo začiatkom zvyčajne v detstve a dospievaní pod diagnózu F 94.0.

V terminologickom vymedzení je elektívny mutizmus narušená komunikačná schopnosť zaradená do kategórie mutizmu. Mutizmus je syntetizujúci termín, ktorý zahŕňa všetky prípady náhlej straty artikulovanej reči. Pre úplnú stratu reči a hlasu sa používa termín totálny mutizmus. Pre výberové mlčanie prítomné v určitom prostredí, určitej situácii a v styku s konkrétnou osobou (osobami) sa používa termín elektívny mutizmus (prípadne selektívny, v závislosti podľa výberu klasifikačného systému, krajiny).

Elektívny mutizmus je v komplexne úzkostná porucha, charakterizovaná neschopnosťou efektívne rozprávať a komunikovať v špecifických sociálnych podmienkach, ako je napríklad škola. Individuálne podoby elektívneho mutizmu sa od seba môžu veľmi odlišovať. Niektoré

deti alebo dospelí nikdy nerozprávajú mimo domova, niektorí šepkajú a niektorí komunikujú iba s vybranými osobami.

Táto porucha je chápaná ako funkčná strata rečových prejavov, ktoré už boli úplne, alebo čiastočne nadobudnuté, pričom sa nejedná o organické poškodenie mozgu a môže sa prejavovať aj u dospelých a mladistvých, ale najčastejšie sa s ním stretávame u detí predškolského a mladšieho školského veku.

V multidisciplinárnej starostlivosti o pacienta s EM je klinicko-logopedická intervencia zameraná na efektívny tréning komunikačných schopností primárne v oblasti pragmatiky, s následným zlepšením kvality sociálnych vzťahov.

Elektívny mutizmus je všeobecne považovaný za pomerne zriedkavú poruchu a preto je nedostatočne diagnostikovaný a nedostatočne liečený, o čom svedčia aj výsledky poslednej publikovanej štúdie o tejto poruche *Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis* z októbra 2019. Pomerne malé povedomie o tejto diagnóze, časté prehliadanie, podhodnocovanie a vyjadrenia typu „z toho vyrastie“, prinášajú zľahčovanie potreby diagnostiky a následnej liečby tejto poruchy, čo vzhľadom na sociálny dopad-sociálna izolácia, je pre postihnutého jedinca neprípustná.

Ak sa EM nelieči, môže dôjsť k neúmyselnému zosilneniu a následnej odolnosti voči zásahu. Čím je dieťa staršie, tým je väčšia pravdepodobnosť, že sa bude ťažšie liečiť a skoršia identifikácia by mohla viesť k rýchlejšiemu zásahu, ktorý by mohol zabrániť alebo obmedziť funkčné poškodenie.

KLINICKÁ OTÁZKA 1.

Ak by sme zaznamenali vek pacientov trpiacich elektívnym mutizmom (P), u ktorých sú prítomné klinické príznaky ochorenia (I), zaznamenali by sme iba detských pacientov (C), alebo by bol vek pacientov s elektívnym mutizmom variabilnejší ako sme predpokladali (O)? Výskum potvrdil, že Elektívny mutizmus nie je choroba viažuca sa výlučne na detský vek. 83 dospelých, ktorí uviedli, že mali EM, aj keď dovŕšili vek 18 rokov. Všetci účastníci tejto štúdie boli EM zasiahnutí-aj keď v rôznej miere-do dospelosti a väčšina bola zasiahnutá EM v čase účasti na prieskumnej štúdii University of Chester. Závažnosť EM sa v priebehu veku spravidla znižovala, najvyššia závažnosť EM sa zaznamenala vo veku od 12 do 19 rokov. Niektorí stále bojovali s EM aj vo svojich 50.-tich rokoch. Táto štúdia jasne dokazuje, že EM nie je iba poruchou detského veku.

KLINICKÁ OTÁZKA 2.

Ak by sme zaznamenali patogenézu pacientov trpiacich elektívnym mutizmom (P), u ktorých sú prítomné klinické príznaky ochorenia (I), zaznamenali by sme, že obdobím vzniku elektívneho mutizmu je vek pred piatym rokom života (C), alebo by bol vek vzniku elektívneho mutizmu nižší ako sme predpokladali (O)?

Výskum potvrdil, že priemerný začiatok elektívneho mutizmu bol vo veku 3,78 roka a najneskorší podľa štúdie bol vo veku 16.-tich rokov.

Prevenca

Prevenca v rámci užšieho sociálneho prostredia-rodiny v zmysle predchádzania nevhodných výchovných stratégií, informovanosti o prípadných dôsledkoch neurotizácie pri zaškolení na rečovú produkciu, osvetou o tomto druhu NKS, vhodnosti/nevhodnosti postojov pri mlčanlivosti dieťaťa, akceptovaní dieťaťa a spolupráci s tímom odborníkov a osobnej angažovanosti na riešení problému.

Prevenca v rámci širšieho sociálneho prostredia je zameraná na predchádzanie zlyhávania dieťaťa v rovesníckych kontaktoch a je zacielená na prácu s dieťaťom a sociálnym prostredím, a to vrátane detského kolektívu aj personálu.


Epidemiológia

EM sa považuje za primárne psychogénne podmienenú poruchu komunikačných schopností rôznej etiológie. Elektívny mutizmus je spravidla viazaný na detský vek, a to predovšetkým na obdobie predškolského veku s preddominanciou ženského pohlavia.

Uvádza sa, že EM začína zvyčajne pred piatym rokom života, ale porucha nemusí vyžadovať klinickú starostlivosť až do nástupu do školy, keď narastajú nároky na sociálnu interakciu. Trvanie poruchy je pritom variabilné a aj keď klinické štúdie tvrdia, že mnohí jedinci z EM „vyrastú,“ longitudinálny priebeh ochorenia je neznámy. Prevalencia EM je 0,03-1%, a to v závislosti od prostredia (napr. klinické vs. školské prostredie vs. bežná populácia) a veku jedincov. Prevalencia poruchy nie je závislá od pohlavia, rasy, či etnickej príslušnosti. Porucha sa častejšie vyskytuje v ranom veku, skôr ako v dospievaní či dospelosti. Aj keď je všeobecne zaužívané, že v prípade vzniku EM v dospelosti ide pravdepodobne o psychickú poruchu, ktorej riešenie je v kompetencii psychiatra, nie je vylúčená možnosť identifikovať ho u adolescentov a dospelých jedincov. Výskyt v dospelosti je 0,02-0,05%, obvykle ako symptóm iných porúch, ako napr. sociálna fóbia, adaptačné problémy, poruchy osobnosti alebo psychotické poruchy.

Príčiny vzniku EM môžeme rozdeliť na psychologické a organické. Z psychologických faktorov vyvolávajúcich EM sa najčastejšie uvádza reakcia na prežitie traumatizujúceho zážitku, zvýšená citlivosť na vlastné výkony, reakcia na stresujúce zážitky, strach zo sociálnych kontaktov, zaškolenie. V kombinácii s inými problémami sa môže objaviť ako reakcia na tlak v oblasti rečového vývinu. O organických faktoroch sa hovorí napr. v súvislosti s komorbiditou mutizmu a vývinových porúch, psychóz, alebo napr. genetickej predispozícií k sociálnej izolácii.

Tabuľka č. 1: Tri okruhy etiologických faktorov

Okruhy etiologických faktorov	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ELEKTÍVNY MUTIZMUS
1. Predispozičné faktory:	zvýšená anxiozita, pocit viny, hanby manipulatívne chovanie, intelektový deficit, NKS, napr. oneskorený vývin reči, telesná stigmatizácia, nesprávna výchova, znížená schopnosť adaptovať sa na zmenu
majú skôr charakter chronickej frustrácie ako akútneho spúšťača poruchy alebo sú dané osobnosťami rysmi dieťaťa.	
2. Akútne psychotraumatizujúce faktory:	zmena prostredia (napr. nástup do MŠ/ZŠ), prítomnosť ťažkého konfliktu, neprimeraný trest, neprimerané chovanie / nároky voči dieťaťu, ťažká trauma
priamo vyvolávajú symptómy EM	
3. Udržiavacie faktory:	tresty, výsmech, nútenie do hovorenia, sociálna izolácia
vplyvy na dieťa stále pretrvávajú, prehliadajú sa alebo sa nevhodným správaním okolia posilňujú	

Medzi rizikovými faktormi sa uvádza temperamentové faktory, ktoré je ale ťažké rozoznať. Úlohu môže zohrávať negatívna afektivita (neuroticizmus), alebo inhibícia chovania, sociálna izolácia a sociálna úzkosť. Ďalšími faktormi sú enviromentálne faktory, u ktorých sa predpokladá, že ako model pre sociálnu rezervovanosť elektívny mutizmus v detstve môžu slúžiť sociálne zábrany na strane rodičov. Okrem toho rodičia detí s EM boli popísaní ako hyperprotektívni, alebo viac kontrolujúci, ako rodičia s inou úzkostnou poruchou častejšie ako u zdravých detí. Pre významné prekrývanie medzi elektívnym mutizmom a sociálnou úzkostnou poruchou sa medzi rizikové faktory radia aj genetické a fyziologické faktory.


Patofyziológia

Elektívny mutizmus je funkčná strata reči na psychogénnom podklade. Stratu reči nespôsobuje organické ani senzorické poškodenie. Schopnosť reči je blokováná a dieťa komunikuje len vo vybraných situáciách, pričom nikdy nejde o spontánne rozhodnutie dieťaťa nerozprávať, ale vždy je spúšťačom psychická blokáda, ktorá utlmuje vnútornú motiváciu na tvorbu reči. Typickou črtou sú abnormality sociálneho fungovania začínajúce sa vo vývinovej perióde, ktoré na rozdiel od prenikavých vývinových porúch prvočne necharakterizuje konštitučná sociálna neschopnosť alebo deficit prenikajúci všetkými oblasťami fungovania.

Charakterizuje ho výrazná emočne determinovaná výberovosť v hovorení, takže dieťa v niektorých situáciách ukazuje rečovú schopnosť, ale v iných (definovateľných) odmieta rozprávať. V akej situácii bude hovoriť, nerozhoduje postihnutý, ale diktuje to situácia sama.


Klasifikácia

Tabuľka č. 2: Tri druhy mutizmu

Druhy mutizmu	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ELEKTÍVNY MUTIZMUS
Elektívny mutizmus	- častejšie sa prejavujúci v niektorých sociálnych situáciách
Totálny mutizmus	- mutizmus je rozšírený na všetky situácie a osoby - je skôr prejavom dissociatívnej poruchy - hysterická reaktivita na vnútorný konflikt, ktorý dieťa nedokáže vyriešiť alebo ako dissociatívna reakcia na prebiehajúcu traumu.
Psychogénna hluchota (surdomutizmus)	- psychogénna strata nielen reči, ale aj sluchového vnímania hovorovej reči - nápadná býva vysoká kvalita schopnosti odzerať reč z pier, takže sa predpokladá, že pacient podvedome počúva.

V psychiatrickej literatúre sa najčastejšie stretávame s viacerými termínmi pre jednotlivé formy elektívneho mutizmu:

Tabuľka č. 3: Formy elektívneho mutizmu

Formy elektívneho mutizmu	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ELEKTÍVNY MUTIZMUS
Situačný mutizmus	<ul style="list-style-type: none"> - v bežných situáciách najčastejší - obmedzenia funkčnosti verbálneho prejavu nie sú obvykle tak závažné, aby si vyžadovali špeciálne postupy a starostlivosť - tzv. krátkodobá prechodná nemota (napr. v súvislosti s trémou)
Reaktívny mutizmus	<ul style="list-style-type: none"> - stav, keď nemota vzniká ako jasne identifikovateľná reakcia na (psycho)trauma - čím je dieťa labilnejšie, tým menší traumatický zážitok stačí k zablokovaniu rečových funkcií (Kutáľková (2007))
Tranzitórny mutizmus	<ul style="list-style-type: none"> - prechodná strata reči, pričom dĺžka tohto stavu nie je časovo daná - jeho ústup sa dáva do súvislostí s postupným zrením CNS
Perzistentný mutizmus	<ul style="list-style-type: none"> - je popisovaný ako pretrvávajúca prechodná nemota - s touto formou sa najčastejšie stretávajú pedagógovia - aj v logopedickej praxi ide o najčastejšiu formu elektívneho mutizmu, keď po určitom období symptómy odznievajú - tento stav sa upraví väčšinou behom roka, napr. v priebehu niekoľkých mesiacoch po nástupe do školy. Klin et al. (1993)
Autistický mutizmus	<ul style="list-style-type: none"> - nedostatok vnútornej motivácie na reč, ktorá môže viesť až k úplnej nemote
Psychotický mutizmus	<ul style="list-style-type: none"> - symptóm začínajúcej psychózy - býva signálom nastupujúceho psychotického ochorenia, najčastejšie detskej schizofrénie
Neurotický mutizmus	<ul style="list-style-type: none"> - považovaný za ťažšiu formu situačného mutizmu, keď dieťa alebo dospelý nie je schopný rozprávať v určitých náročných spoločenských situáciách, pričom tento stav prežíva pacient subjektívne horšie a spoločensky je situácia nápadnejšia.

Klinický obraz

Dominujúcim symptómom elektívneho mutizmu je nehovorenie, nemota. Nakoľko elektívny mutizmus sa považuje primárne za psychogénne podmienenú poruchu rozmanitej etiológie, klinický obraz pacienta sa líši podľa formy elektívneho mutizmu.

Schopnosť rozprávať v bežných komunikačných situáciách je buď obmedzená, alebo nemožná. V pozadí elektívneho mutizmu sú psychogénne faktory, ktoré sa síce manifestujú ako rečový problém, ale skutočná príčina/príčiny sú niekde inde a preto klinický obraz bude variabilný priamo v závislosti od týchto faktorov.

Pridružené príznaky podporujúce diagnózu EM môžu zahrňovať nadmernú hanblivosť, strach jedinca, že sa spoločensky znemožní, sociálnu izoláciu až stiahnutie, citovú závislosť, nutkavé rysy, negativizmus, výbuchy zlosti, alebo mierne opozičné chovanie. Aj keď deti s touto poruchou disponujú zvyčajne normálnymi jazykovými schopnosťami, môžu sa súbežne vyskytovať aj iné poruchy komunikácie, nepreukázala sa však konkrétna spojitosť

so špecifickými poruchami komunikácie. V klinických vzorkách detí s EM majú takmer vždy nejakú ďalšiu úzkostnú poruchu – najčastejšie sociálnu úzkostnú poruchu (sociálnu fóbiu).

Totálny, alebo elektívny mutizmus sa neprejavuje iba bezrečnosťou. Neobjavuje sa ani hlasný smiech, plač, odkašliavanie, kašeľ, alebo hlasné dýchanie. Mimika postihnutých je strnulá, monotónna, alebo ľahostajná. Očný kontakt je obmedzený, vyhýbavý, alebo prázdny - bezkontaktný. V dôverne známom prostredí naopak sledujeme živý a hlasný hovor bez zábran, často s extrémnou potrebou hovoriť. Strnulá mimika a gestikulácia sa mení na živú. Komunikácia je doprevádzaná výraznou zmenenou reči tela.


Diagnostika/Postup určenia diagnózy

Na diagnostike EM participujú viaceré odbory a ide o tímovú diferenciálnu diagnostiku. Na diagnostike sa podieľa klinický psychológ, klinický logopéd, pedopsychiater a podľa potreby ďalší špecialisti, ako napr. detský neurológ.

Základnými parametrami pre stanovenie diagnózy sú kritéria podľa MKCH-10 a DSM-5:

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

Tabuľka č. 4: Kritéria podľa MKCH – 10 a DSM5

Kritéria podľa MKCH-10 a DSM5	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ELEKTÍVNY MUTIZMUS	
Diagnostické kritéria	Diagnostické znaky
A. Stála neschopnosť hovoriť v špecifických sociálnych situáciách, v ktorých sa očakáva, že jedinec bude hovoriť, aj keď v iných situáciách hovoriť dokáže.	<p>Deti s EM sa pri sociálnej interakcii stretávajú s ostatnými, ale nezahajujú rozhovor, alebo pri rozhovore s druhými nereagujú priamo.</p> <p>Absencia reči sa vyskytuje v sociálnej interakcii s deťmi alebo s dospelými.</p>
B. Porucha narušuje školské, alebo pracovné výsledky či sociálnu komunikáciu	<p>Deti s EM doma hovoria v prítomnosti najbližších členov rodiny, ale často nehovoria ani pred príbuznými ako sú starí rodičia, bratranci a sesternice a ani pred blízkymi kamarátmi.</p>
C. Porucha trvá aspoň 1 mesiac (nejde o prvý mesiac školskej dochádzky)	<p>Porucha sa vyznačuje vysokou sociálnou úzkostlivosťou.</p>
D. Neschopnosť hovoriť sa nedá pripísať nedostatku schopnosti alebo pohotovosti v hovorenom prejave, ktorý je požadovaný v sociálnych situáciách.	<p>Deti s EM často nehovoria v škole, čo vedie k študijnému neúspechu, pretože je ťažko hodnotiť výkony ako napr. v čítaní.</p>
E. Porucha sa nedá vysvetliť poruchou komunikácie (napr. porucha plynulosti reči so začiatkom v detstve) a nevyskytuje sa u jedinca s poruchou autistického spektra, schizofréniou, alebo inou psychotickou poruchou.	<p>Deti s EM niekedy komunikujú neverbálne (napr. hmkaním, ukazovaním, písaním) a môžu sa snažiť zapojiť do sociálnych aktivít pri ktorých sa nevyžaduje rozprávanie.</p>

Základné klinicko-logopedické vyšetrenie:

1. Zisťovanie anamnézy

V rámci základného klinicko-logopedického vyšetrenia je nevyhnutné pri podozrení na EM venovať zvýšenú pozornosť odobraniu anamnézy. Všetky potrebné informácie od zákonných zástupcov by mali byť získané mimo kontaktu s dieťaťom.

V riadenom rozhovore pri odoberaní rodinnej anamnézy sa zameriavame na výskyt porúch reči a podobných prejavov u rodičov, súrodencov a pokrvných príbuzných (nevýrečnosť, mutizmus a iné poruchy verbálnej komunikácie). Ďalej zaznamenávame duševné poruchy a povahové zvláštnosti v rodine (zvláštnosti, neprimerané sklony k izolácii, schizoidné povahové črty, hostilné správanie). Zaujímame sa o postavenie dieťaťa v rodine (súrodenecké konštelácie, vzťah medzi deťmi, vzájomné postavenie dieťa-rodič). Ďalej aj o celkovú atmosféru (konflikty, odlúčenie, separačnú úzkosť, výchovu). V anamnéze pátrame aj po možnostiach účelovej nemoty, ktorú dieťa používa z rôznych dôvodov vedome

či nevedome ako prostriedok k manipulácii s okolím, k získaniu pozornosti, trestaniu okolia a pod.


V osobnej anamnéze zisťujeme podrobné informácie ako pri vyšetrení iných porúch reči a jazyka a zaznamenávame prekonané a súčasné ochorenia, liečbu, hospitalizácie. Zaznamenávame všetky odlišnosti a problémy v súvislosti zo stravovaním, spánkom, pomočovaním, citlivosť na hluk, dotyk, očný kontakt. Ďalej zisťujeme u ktorých špecialistov už bolo dieťa pre túto poruchu reči vyšetrované a s akými závermi. Veľmi dôležitými sú informácie: rozvoj symptómov; osobná charakteristika; povahové črty; spôsob fungovania v rôznych sociálnych situáciách; vyhľadávanie rovesníkov či súrodencov k hre; záujmy; reakcie na separáciu od rodičov; adaptácia v predškolskom či školskom zariadení; odlúčenie od rodičov pre pobyt u starých rodičov alebo pobytoch z MŠ/ZŠ.

Dôležitou súčasťou diagnostického profilu je presné zaznamenanie údajov o predškolskom alebo školskom zariadení, prípadných zmenách zariadenia, kolektívu, učiteľov a pod.

2. Klinicko-logopedická diagnostika jazykových a rečových funkcií

Dôležitou súčasťou diagnostického profilu pacienta s elektívnym mutizmom je vyhodnotenie dosiahnutej úrovne komunikačných schopností podľa platného štandardného diagnostického a štandardného terapeutického postupu **Poruchy vývinu jazyka a reči**.

Tabuľka č. 5a: Diagnostika jazykových a rečových funkcií

<p style="text-align: center;">Diagnostika jazykových a rečových funkcií</p>		
<p style="text-align: center;">ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ELEKTÍVNY MUTIZMUS</p>		
		
Hodnotené oblasti vývinu	Diagnostické nástroje	Vek dieťaťa
Porozumenie	<p>Klinicko - logopedické vyšetrenie</p> <p>Test komunikačných schopností TEKOS I: Slová a Gestá TEKOS II: Slová a vety (Kapalková a kol. 2010)</p> <p>V indikovaných prípadoch sa oprieť o: Analýza porozumenia viet v slovenčine (Marková, Cséfalvay, Mikulajová, Schofelová, 2015), vydavateľstvo UK, Bratislava 2015</p>	<p>8 - 36 mesiacov</p> <p>6 - 10 rokov</p>
Pragmatická rovina	<p>Klinicko - logopedické vyšetrenie</p> <p>V indikovaných prípadoch sa oprieť o : Klinické hodnotenie prekursorov vývinu pragmatiky (Slančová, D., 2008)</p> <p>Hodnotenie komunik. správania detí (Kapalková, 2009)</p>	
Gramatická rovina	<p>Klinicko - logopedické vyšetrenie :</p> <p>Laheyovej model (Lahey, 1988; Mikulajová, Hornáková, 1998) - sleduje tri línie v 8 štádiách vývinu reči : jazykovú formu, významovú stránku reči a pragmaticko-komunikačné uplatnenie</p> <p>V indikovaných prípadoch sa oprieť o : Vývin gest v rannom veku (Kapalková, 2005; Kapalková in Slančová, 2008; 2018)</p> <p>GPsK. (Slančová, 2018: opisový spôsob hodnotenia reči, ktorého základom je kvalitatívny spôsob hodnotenia</p>	<p>12 - 72 mesiacov</p> <p>18 - 36 mesiacov</p>

Tabuľka č. 5b: Diagnostika jazykových a rečových funkcií

Diagnostika jazykových a rečových funkcií ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ELEKTÍVNY MUTIZMUS		
		
Hodnotené oblasti vývinu	Diagnostické nástroje	Vek dieťaťa
Gramatická rovina	Test komunikačných schopností TEKOS II. Slová a vety (Kapalková a kol. 2010) Gramatické posudzovanie ako hodnotiaci nástroj vývinu gramat. schopností u detí (Kapalková - Pyšná, 2015)	
Lexikálno - sémantická rovina	Klinicko - logopedické vyšetrenie Test komunikačných schopností TEKOS I: Slová a Gestá TEKOS II: Slová a vety (Kapalková a kol. 2010) Laheyovej model (Lahey, 1988; Mikulajová, Hornáková, 1998) V indikovaných prípadoch sa oprieť o: Vyšetrenie naratívnych schopností - Klinické hodnotenie naratívnych schopností (Kapalková - Pyšná, 2012, Kapalková - Slovačková, 2013) - kvalitatívne klinické hodnotenie	8 - 36 mesiacov 12 - 72 mesiacov
Foneticko-fonologická rovina	Pozri ŠDTP Dyslália kapitulu Diagnostika Test opakovania pseudoslov (Kapalková, Polišíenská, 2014) - dostupný na www.skizp.sk	od 2 rokov

Test komunikačných schopností TEKOS I. Slová a Gestá a TEKOS II. Slová a vety umožňuje kvantitatívne stanovenie úrovne vývinu reči dieťaťa. Ide o test formou dotazníkov pre rodičov, v ktorom hodnotia komplexné komunikačné správanie a reč dieťaťa vo veku 8–36 mesiacov. Oba prístupy mapujú úroveň komunikácie dieťaťa z hľadiska pragmatického, lexikálnosémantického a morfosyntaktického. Za rizikové deti sa považujú všetky deti, ktorých výkon v oblasti aktívnej slovnej zásoby je nižší ako desať percentil .

Laheyovej model vývinu reči zachytáva predškolský vek dieťaťa. Metodologicky vychádza zo snímania a analýzy voľnej rečovej produkcie dieťaťa v prirodzenej komunikačnej situácii. Jazykový prístup spočíva v tom, že pracuje s pojmom jazyk, nie s pojmom reč.

Rozlišujeme tri základné dimenzie jazyka:

- a) Obsah-o čom sa hovorí alebo čo v reči rozumieme. Prvá dimenzia predstavuje význam (sémantiku) reprezentovaný v reči. Obsah sa vyvíja počas celého života,

je všeobecný, univerzálny. V obsahu rozlišujeme tri kategórie: predmety, vzťahy medzi predmetmi a vzťahy medzi dejmi.

- b) Forma-zvuky, ich kombinácie a gramatické pravidlá. Prenos informácie môže prebiehať pomocou zvukov, pohybmi, alebo postavením rúk. Patria sem aj suprasegmentálne aspekty reči, ako sú prízvuk, intonácia, rytmus. Forma jazyka má tri kategórie: fonológiu, morfológiu a syntax, ktoré podliehajú systému pravidiel – gramatike.
- c) Použitie-tretia dimenzia jazyka rozlišuje tri základné aspekty pragmatiky: ciele, teda príčiny, prečo človek komunikuje a počúva. Druhým aspektom je výber foriem na dosiahnutie cieľa a tretím aspektom je interakcia medzi ľuďmi.

Gramatický profil slovensky hovoriaceho dieťaťa – GPSK nie je testový, ale zjednodušený opisový spôsob hodnotenia reči. Neurčuje sa skóre, ale základom je kvalitatívny spôsob hodnotenia. Ako hlavné členiace kritérium je, že sa používa počet slov v detskej výpovedi. V ranej fáze je vyjadrenie každého nového slova vývinovým indikátorom. Počet slov sa vo výpovedi berie ako kritérium dovtedy, kým detská výpoveď, ktorá obsahuje jednu klauzu (z angl. „clause“, pričom klauza zodpovedá jednej vete s jedným určitým slovesom, ktorá sama môže byť súčasťou súvetia) nedosiahne počet štyroch a viacerých slov. Ak obsahuje detská výpoveď dve a viac kláuz, vtedy sa ako základné kritérium berie počet kláuz vo výpovedi.

V jednoklauzovej výpovedi rozlišujeme štyri úrovne:

Úroveň I. – úroveň jednoslovnej výpovede vo veku 0;8–1;2

Úroveň II. – úroveň dvojslovnej výpovede vo veku 1;3–1;8

Úroveň III. – úroveň trojslovnej výpovede vo veku 1;9–2;2

Úroveň IV. – úroveň štvor a viacslovnej výpovede 2;3–2;8

Ak detská výpoveď obsahuje dve a viac kláuz:

Úroveň V. – úroveň dvoch a viacerých kláuz so súvetnou štruktúrou 2;9 a viac.

Úroveň VI. – úroveň naratív.

Naratívum je zároveň komplexnou kognitívno – jazykovou schopnosťou.

Vyšetrovanie naratívnych schopností

Naratívum v ústnej podobe považujeme za najtypickejšiu formu textových štruktúr, s ktorými sa stretávajú deti v ranom a predškolskom veku. Ako prvé sa objavujú protonarátiva, t. j. deti hovoria „o všetkom v kope“ a postupne prechádzajú k rozprávaniu, ktoré má črty priradených reťazcov, ale jadro príbehu ešte neexistuje. Naratívne zručnosti je možné subjektívne hodnotiť reprodukciou príbehu, spontánneho rozprávania od 4. roku života, ktoré majú charakter časových reťazcov. Prechod k skutočným naratívam pozorujeme okolo 5. roku života.

3. Stanovenie profilu silných a slabých stránok dieťaťa, stanovenie diagnózy

Pri podozrení na EM hodnotíme aj vznik a vývoj prejavov mutizmu:

- situáciu v ktorej si rodičia, alebo iný zákonný zástupcovia prvýkrát poruchu všimli; dĺžku trvania problémov od prvotného zaznamenania patologických prejavov,
- popis všetkých situácií, kedy sa klinický obraz mutizmu naplňuje a v ktorých sa dieťa prejavuje úplne bežne,
- doterajší priebeh poruchy (stabilizovaný, zlepšujúci sa, zhoršujúci sa, premenlivosť prejavov),
- identifikovateľný psychotraumatizujúci vplyv súvisiaci so vznikom mutizmu (áno-nie).

4. Informovanie rodinných príslušníkov o výsledkoch klinicko-logopedickej diagnostiky; poradenstvo

5. Pri podozrení na EM odosiela klinický logopéd pacienta na diferenciálnu diagnostiku ku klinickému psychológovi/psychiatrovi

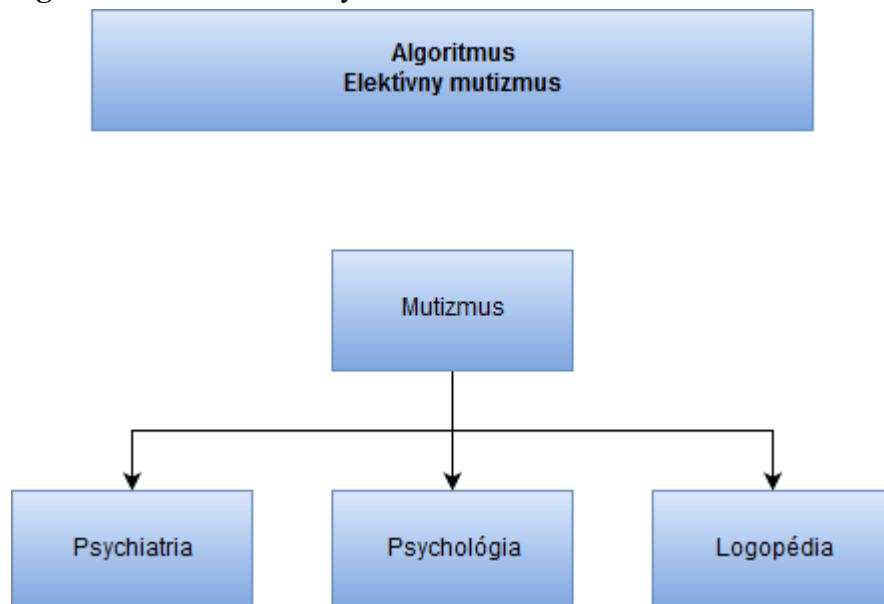
6. Poradenstvo a informovanie rodinných príslušníkov dospelého pacienta s EM

7. Stanovenie cieľov terapie – na základe výsledkov tímovej diferenciálnej diagnostiky

Liečba

Deti, mládež a dospelí s EM sú terapeuticky sprevádzaní tromi odbornými disciplínami.

Algoritmus č. 1: Elektívny mutizmus



Každý z týchto terapeutických koncepcií vychádza z organických, psychologických a rečových zistení a dovtedy už absolvovanými formami terapie.

Klinickí logopédi majú výbornú pozíciu na koordinovanie intervencie pre deti s EM, nakoľko majú dostatočné zručnosti a vedomosti z oblasti rozvíjania efektívnej komunikácie. Logopedická terapia mutizmu sa rozvíjala od 90.-tych rokov 20. storočia práve pre častú prítomnosť porúch reči s mutizmom. Preto je logopedická terapia zameraná na budovanie dobrých komunikačných kompetencií ako predpokladu pre znovunadobudnutie a posilnenie sociálnych kompetencií. Klinickí logopédi svoju koncepciu nezacieľujú na analýzu problémov v minulosti. Pri anamnestických zisteniach psychických príčin a ich identifikácii vstupujú do multidisciplinárnej spolupráce.

Intervenčné postupy sa zhrňujú ako súbor behaviorálnych, psychodynamických, medicínskych a multimodálnych postupov. Pre klinických logopédov je najvýhodnejšie použiť behaviorálne postupy.

Medzi ne zahŕňame:

- zmenu prostredia (zmenu triedy, učiteľa, školy),
- začlenenie moderných technológií do terapie,
- pozitívnu motiváciu a nahrávanie seba samého.

Pri klinicko-logopedickej rečovej terapii ťažisko práce leží na opatreniach rešpektujúc individuálne potreby a dosiahnutú vývinovú úroveň. Vypracovaním rečových kompetencií pacienta sa určujú tie, ktoré by mohli byť použité k novo získaniu, alebo vytvoreniu nových sociálnych kompetencií a to liečením vývinových jazykových porúch, porúch plynulosti u detí aj dospelých, ako aj neurogénne podmienených porúch reči a jazyka (afázia, dyzartria). Sluchové a zrakové cvičenia sú pritom integrálnou súčasťou liečby spolu s poradenstvom pre príbuzných a interpersonálnymi pohovormi s cieľom vypracovania celostných (príp. systémových) perspektív do budúcnosti. Klinický logopéd vytvára vzory komunikácie pre pragmatické nasadenie a precvičuje ich potom aj v reálnych situáciách v terapii in-vivo.

Prevenca Elektívneho mutizmu je najmä v jeho včasnej identifikácii a liečbe. Ak hovoríme o včasnej identifikácii a liečbe, myslíme tým už počiatky rozvoja bezrečnosti a podchytenie v jeho raných štádiách. Preťahovanie diagnostiky, liečby a jej presúvanie na obdobie vstupu do školy je typickým riešením tejto poruchy a nesie so sebou riziko progresie porúch reči a narušenia zdravého psychického vývinu dieťaťa. Prevencia zameraná na jedinca je teda jednou z možností, ale keď hovoríme o prevencii NKS myslíme tým aj prevenciu, ktorá zahŕňa vzdelávanie zainteresovaných odborníkov (pediatrov, neurológov, klinických logopédov a i.) a osvetu zameranú na rodičov a širokú verejnosť.

Prognóza

Stanovenie prognózy je závislé od individuálnych odlišností a ďalších vstupujúcich faktorov. Medzi najvýznamnejšie ukazovatele úspešnosti terapie patrí vek a rodinná záťaž. Úspech je v terapii dosiahnutý väčšinou u nepsychotických foriem elektívneho mutizmu. Pri zodpovedajúcej včasnej identifikácii bezrečnosti a adekvátnej diagnóze, primeranej

poradenskej službe príbuzným a včasnej terapii môžu byť obávané sociálne konsekvencie akými sú izolácia a problémy v škole podchytené v začiatkoch. Tak aby prognóza, ktorá je skôr dobrá, nebola zhoršovaná nedbanlivosťou a ignoráciou v zmysle „on z toho vyrastie“.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

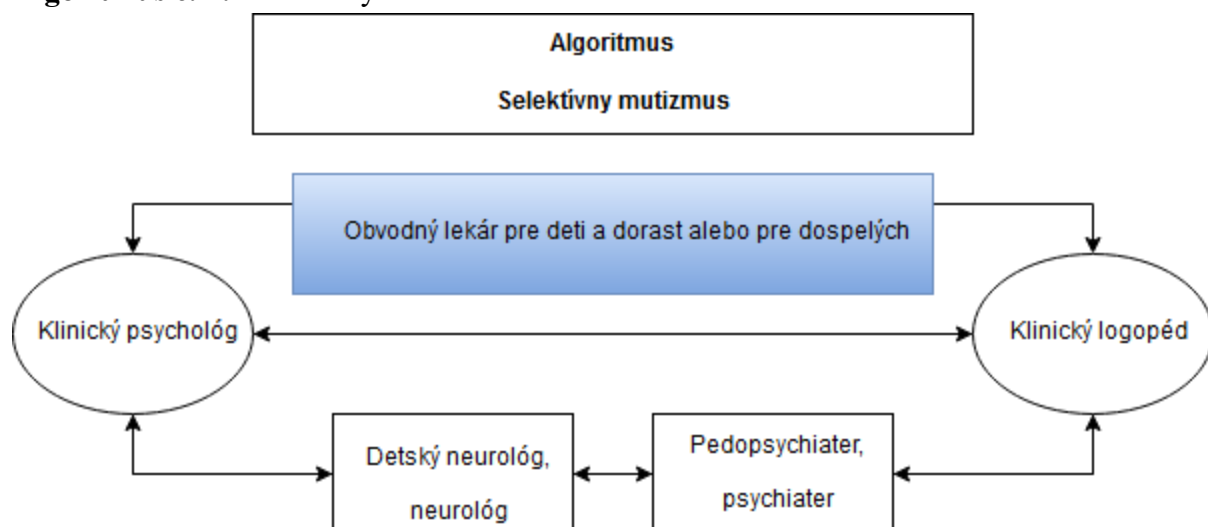
Podľa Zákona č. 461/2003 Z. z o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, je možné posúdiť také poruchy správania a emočné poruchy v detstve a počas dospelovania, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť a to na účely podľa § 15, ods. 1d, t. j. na účely dôchodkového poistenia opatrovateľa dieťaťa,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

Elektívny mutizmus u dospelých môže viesť k pracovnej neschopnosti. Pre výrazne limitovanú verbálnu komunikačnú schopnosť, často dospelý pacienti nedokážu vykonávať svoju pracovnú činnosť a v týchto prípadoch je vhodná zmena ich pracovného zaradenia, na základe odporúčania klinického logopéda a indikácie tímu posudkovej eventuálne revíznej komisie. Percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa určí pre zdravotné postihnutie podľa Prílohy č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

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

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Algoritmus č. 2: Selekatívny mutizmus



Ďalšie odporúčania

Spolupráca s predškolským a školským zariadením v prípade diagnostiky a terapie dieťaťa s elektívnym mutizmom je zásadným predpokladom úspešnosti, nakoľko dieťa zlyháva v komunikácii najmä v sociálnych skupinách týchto zariadení.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pacienti s elektívnym mutizmom, môžu začať diagnostiku a terapiu vo viacerých špecializovaných ambulanciách. U detí ide najčastejšie o ambulanciu klinickej logopédie, nakoľko sa predpokladá, že ide o vývinový problém. U adolescentov a dospelých pacientov je v popredí psychiatrická starostlivosť. Ambulancia, v ktorej prebieha primárna starostlivosť zabezpečuje manažment pacienta a koordinuje multidisciplinárnu starostlivosť.

Špeciálny doplnok štandardu

Autori štandardu neidentifikovali žiadne nové výkony, nové personálne alebo materiálne nároky nad aktuálny stav, teda nie je predpoklad potreby nárastu zdrojov.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

1. BLUM, Nathan et al. 1989. Case study : Audio feedforward treatment of selective mutism. In Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.
2. DSM-5 Diagnostický a štatistický materiál duševných porúch. 2015. Praha: Hogrefe Testcentrum v spolupráci s nakladateľstvom Portál.
3. DVOŘÁK, Jiří. 2001. Logopedický slovník (terminologický a výkladový). Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-902536-2-8.
4. HARTMANN, Boris et al. 2008. Mutismus v dětství, mládí, dospělosti. Rádce pro rodinné příslušníky, postižené, terapeuty a pedagogy. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-021-8.
5. In: Child Psychiatry and Human Development, 47, 1, 94-101. DOI:10.1007/s10578-015-0547-x.
6. iSpeak. 2020. SELECTIVE MUTISM RESEARCH FINDINGS. <http://www.ispeak.org.uk/ResearchFindings.aspx>.
7. KLIN, Ami et al. 1993. Elective mutism and mental retardation. In Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32, 4, 860-846.
8. KUTÁLKOVÁ, Dana. 2007. Mutizmus, metodika reedukace. Praha: Septima. Praha: Septima. ISBN 978-80-7216-241-3.
9. MIDDENDORF, Jan et al. 2009. Selective Mutism. Strategies for Intervention. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA).
10. MKCH 10-SK-2016 (s účinnosťou od 1. 1. 2019). http://www.nczisk.sk/Standardy_v_zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx.
11. MURIS, Peter et al. 2016. Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3-to 6-Year-Olds.
12. NEUBAUER, Karel. et al. 2018. Kompendium klinické logopédie. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.
13. PEČEŇÁK, Ján. 1995. Diagnostika Mutizmu. In: Lechta, V. et al. Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Osveta, 187-191. ISBN 80-88824-18-4.
14. PREISOVÁ, I. (2018). Mutizmus. In: Neubauer, K., et al. Kompendium klinické logopédie. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.

15. RICHARD,Gail. J.2011. The Source for Selective Mutism. ISBN-13: 978-0760612897.
16. SHU-LAN,Hung et.al.2012. Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. In:Children & Schools,34, 4, 222-230.
17. ŠKODOVÁ,Eva.2003. Získaná psychogenní nemluvnost: Mutizmus.In: ŠKODOVÁ,E., I.JEDLIČKA, et.al., (2003). Klinická logopedie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

Poznámka:

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

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. februára 2021.

Marek Krajčí
minister