

ZBIGNIEW TARKOWSKI*
ANETA KIEPIELA-KOPEREK**

*Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy
**Collegium Da Vinci w Poznaniu
Gabinet logopedyczny Logopeda-AK

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4970-8512>

Wielopostaciowość mutyzmu wybiórczego a jego terapia

Multi-Dimensionality of Selective Mutism and Its Treatment

STRESZCZENIE

Mutyzm selektywny jest jednostką nozologiczną budzącą od lat kontrowersje. Jest wprowadzane w klasyfikacjach DSM – V oraz ICD – 10 zaliczane do zaburzeń lękowych, ale wyróżnia się różne jego rodzaje, takie jak mutyzm wybiórczy sytuacyjny (MWS), lękowy (MWL), traumatyczny (MWT), opozycyjno-buntowniczy (MWO-B). Wielopostaciowość MW sprawia, że jego terapia powinna być dostosowana do specyfiki zaburzenia. Jej efektywność nie została potwierdzona w sposób naukowy.

Słowa kluczowe: mutyzm, rodzaje, terapia

SUMMARY

Selective mutism is a nosological unit that has been considered controversial for many years. It is characterized in DSM – V and ICD as one of anxiety disorders, but several of its types can be distinguished, such as situational selective mutism, anxiety selective mutism, traumatic selective mutism, oppositional defiant selective mutism. Multi-dimensionality of selective mutism contributes to the fact that its treatment should be adjusted to the characteristics of the disorder. The effectiveness of the treatment has not been scientifically proven.

Key words: mutism, types of mutism, treatment

WPROWADZENIE

Pozycja nozologiczna mutyzmu wybiórczego (MW) pozostaje od wielu lat niejasna. Nie opracowano także jednolitej koncepcji diagnozy i terapii tego zaburzenia, które występuje stosunkowo rzadko, bo z częstością od 0,03% do 0,76%. „Niektórzy badacze nie zaliczają MW do zaburzeń psychicznych czy emocjonalnych, ale uważają go za pochodną deficytów zaburzeń mowy czy też zaburzenie behawioralne o typie zachowania unikającego (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema 2018, 323). Dawniej akcentowano rolę świadomej woli pacjenta przy wycofaniu się z kontaktów słownych i traktowano to jako przejaw zachowań opozycyjno-buntowniczych. Obecnie podkreśla się znaczenie logofobii w etiologii MW i traktuje go jako zaburzenie o charakterze fobii społecznej. Podkreśla się jednak, że syndrom MW jest niejednorodny i zaliczanie go wyłącznie do zaburzeń lękowych może stanowić znaczne uproszczenie (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema 2018). Niezależnie do toczącej się dyskusji na temat natury MW jest on wymieniany w klasyfikacjach zaburzeń mowy. Logopeda – jako specjalista w tym zakresie – powinien więc zajmować się zarówno jego diagnozą, jak i terapią.

KRYTERIA ROZPOZNAWANIA MUTYZMU WYBIÓRCZEGO

Zgodnie z obowiązującą w Polsce klasyfikacją zaburzeń psychicznych ICD-10 rozpoznajemy MW jeśli:

- a) ekspresja i rozumienie języka przez dziecko są w granicach dwóch odchyłeń standardowych;
- b) możliwa do potwierdzenia jest niemożność mówienia w wybranych sytuacjach, pomimo mówienia w innych sytuacjach;
- c) czas trwania zaburzenia przekracza 4 tygodnie;
- d) zaburzenia nie wyjaśnia brak znajomości języka mówionego wymaganego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia.

Zatem według klasyfikacji ICD – 10 MW uważany jest nadal za problem zdrowotny ograniczony wyłącznie do wieku dziecięcego, a nie za odmianę zaburzeń lękowych, które mogą ujawniać się w różnych okresach życia (Holka-Pokorska i in. 2018, 325).

Kryteria te są w zasadzie powtórzone w DSM-V (2013), która przy rozpoznawaniu MW nie bierze pod uwagę pierwszego miesiąca przebywania dziecka w szkole lub przedszkolu oraz zakłada, że braku mówienia nie da się wyjaśnić przez zaburzenia komunikacji lub inne nieprawidłowości (np. spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna). Zawsze należy przedstawić jednoznaczne

dowody na to, że dziecko w niektórych sytuacjach mówi prawidłowo, aby nie mylić MW z opóźnionym rozwojem mowy.

To, że wśród aspektów MW na plan pierwszy wysuwa się składową lękową, nie oznacza, że wyklucza się możliwość występowania różnych jego rodzajów. Ponadto w trakcie terapii możliwa jest zmiana diagnozy MW na rozpoznanie zespołu Aspergera czy zachowania opozycyjno-buntowniczego (Holka-Pokorska i in. 2018).

RODZAJE MUTYZMU WYBIÓRCZEGO

W każdym przypadku MW objawem podstawowym jest milczenie. Ma ono jednak różne przyczyny i pełni odmienne funkcje. Mając to na uwadze, T. Hayden (1980) na podstawie przeprowadzonych badań wydzielił cztery rodzaje MW: 1. symbiotyczny, 2. fobiczny, 3. reaktywny i 4. bierno-agresywny. Wielopostaciowość tego zaburzenia mowy potwierdziły wyniki badań przeprowadzonych przez L. Cohana i wsp. (2008). Wyróżnili oni trzy podgrupy badanych z MS: 1. grupę wyłącznie lękową, 2. lękową z zachowaniami opozycyjnymi i 3. opóźnioną w komunikacji. W tym nurcie mieszczą się badania przeprowadzone przez R. Diliberto C. Kearney (2016), którzy na podstawie analizy literatury założyli, że u młodzieży z MW mogą wystąpić cztery profile:

1. zachowania lękowe i opozycyjne występujące razem,
2. zachowania lękowe pojawiające się same,
3. zachowania agresywne i opozycyjne występujące bez zaburzeń lękowych,
4. zachowania lękowe i opozycyjne związane z problemami społecznymi.

Hipotezy te zweryfikowano, używając *Listy kontrolnej zachowania dziecka (CBCL)* oraz *Wywiadu dotyczącego zachowań lękowych dla wersji DSM-IV (ADIS-P)*. Uzyskane przy ich pomocy wyniki poddano analizie czynnikowej, która ujawniła pięć czynników, ale tylko dwa spełniały kryteria dalszych analiz. Należał do nich czynnik:

1. lękowy (np. nerwowy, przerażony, wycofany, unikający towarzystwa, zmienny w nastroju) oraz
2. opozycyjny (np. dużo argumentuje, uparty, ponury, drażliwy, marudny, złośliwy).

Na podstawie analizy czynnikowej wykazano, że MW towarzyszą zarówno zachowania lękowe, jak i opozycyjne. Powodują one różne problemy społeczne, ale w odmienny sposób. Zachowania agresywne są powiązane przede wszystkim z zachowaniami opozycyjnymi. Zachowania lękowe mogą występować samodzielnie.

Mając na uwadze wielopostaciowość MW, Z. Tarkowski (2018a, b) wyróżnił:

Mutyzm wybiórczy sytuacyjny (MWS)

MWS występuje on, kiedy dziecko reaguje przedłużającym się milczeniem na doniosłą zmianę jego sytuacji życiowej. Pojawia się, gdy jest wysłane do przedszkola, umieszczone w placówce opiekuńczej lub długo przebywa w szpitalu. Gdyby nie przymusowy pobyt w tych instytucjach MWS nie ujawniłby się prawdopodobnie wcale.

MWS może być wynikiem lęku separacyjnego, nasilającego się w momencie oddzielenia lub rozłączenia dziecka z ważną osobą, z którą jest silnie związane. To przywiązanie jest szczególne, gdy matka długo karmi piersią dziecko lub z nim śpi, co zdarza się coraz częściej. Rozerwanie tej silnej więzi wyzwala mutyzm zwany symbiotycznym (Hayden 1980). Dziecko obawia się, że osobie, z którą jest silnie emocjonalnie związane, zagraża wielkie niebezpieczeństwo lub że zostanie ono porzucone. W związku z tym stanowczo odmawia opuszczenia domu i rozstania się z ważną dla niego osobą. Kiedy zostaje wysłane do instytucji wbrew własnej woli, swój protest wyraża krzykiem albo milczeniem. Tę drugą formę łatwiej jest zaakceptować otoczeniu szczególnie wtedy, gdy dziecko jest grzeczne. O przedłużającym się milczeniu dziecka w przedszkolu lub szpitalu rodzice mogą nie dowiedzieć się od personelu. Tymczasem protestuje ono długo w nadziei, że w końcu przestanie być posyłane do przedszkola. Niestety, do jego milczenia łatwo się przyzwyczaić. Może więc być kontynuowane w szkole, gdzie może zostać zaakceptowane na podstawie orzeczenia wydanego przez odpowiednią poradnię, w którym zaleca się nieodpytywanie ucznia w klasie lub zorganizowanie mu nauczania indywidualnego.

Dzieci opóźnione w rozwoju mowy są w trudnej sytuacji szczególnie wtedy, gdy w domu mówią mało, a poza nim wcale. Przebywając w domu, są nieświadome swoich deficytów językowych, które ujawnią się w dopiero w przedszkolu. Może to prowadzić do wykluczenia z grupy rówieśników dobrze mówiących (Holka-Pokorska i in. 2018).

MW można pomylić z nieśmiałością lękową zwaną też „nieśmiałością wczesnodziecięcą” lub „lękiem przed obcymi” (Dzwonkowska 2009, 54). W kontakcie z obcymi, głównie dorosłymi, małe dzieci mogą zareagować wycofaniem się lub milczeniem. Głównym wyzwalaczem nieśmiałości wczesnodziecięcej jest nowa sytuacja społeczna, na przykład pobyt w przedszkolu. Pogłębia ją narzucanie się dziecku i nadmierne skracanie z nim dystansu przestrzennego oraz różne formy zastraszania. Dzieci mutystyczne i dzieci nieśmiałe cechuje podobna dwubiegowość zachowań. W przedszkolu są milczące lub małomówne, bierne i wycofane, podczas gdy w domu są gadatliwe, aktywne i dominujące, o czym często mówią rodzice.

Zanim rozpoznamy MW, powinniśmy ocenić dojrzałość przedszkolną, aby nie pomylić dziecka mutystycznego z niedojrzałym społecznie lub emocjonalnie.

A. Brzezińska, M. Czub i N. Ożagowska (2012) wyróżniły dwie strategie adaptacji przedszkolaka:

- pozytywną (twórcza adaptacja lub powolne rozgrzewanie się),
- negatywną (lęk i uległość lub bunt i rozżalenie).

Autorki te oceniły za pomocą autorskiego Kwestionariusza Strategii Adaptacji (KSA) dzieci trzyletnie po pierwszym półroczu pobytu w przedszkolu. Wykazały adaptację twórczą u 37,5% badanych, lękową u 37,5% oraz buntowniczą u 25%. Postawiły hipotezę, że twórcza adaptacja jest efektem bezpiecznego przywiązania dziecka, lękowa – wzorca ambiwalentnego, a buntownicza – unikowego. Niepokoi, że tak dużo trzylatków ma kłopoty adaptacyjne i należy się zastanowić, czy ich edukacja przedszkolna nie jest w wielu przypadkach przedwczesna.

W przypadku rozpoznania MWS mamy w zasadzie dwie strategie terapeutyczne:

1. próbować przystosować dziecko do warunków instytucji, w której przebywa,
2. odroczyć czas posłania do przedszkola lub rezygnacja z niego.

Zazwyczaj rozpoczyna się od pierwszej strategii. Metodą małych kroków i osuwania się próbuje się pomóc dziecku w adaptacji do instytucji. Kiedy ta strategia zawodzi, jest rozważana możliwość pozostawienia dziecka w domu lub posyłania je na kilka godzin do przedszkola, ale na przeszkodzie stoi często praca rodziców. Można wówczas próbować wspierać się opiekunką lub krewnymi. Nie raz jest wskazane podjęcie terapii rodziny dziecka mutystycznego, którą powinien poprowadzić odpowiednio przygotowany psycholog lub logopeda.

Mutyzm wybiórczy lękowy (MWL)

Należy podkreślić, że lęk jest pojęciem wieloznacznym i trudnym do zdefiniowania (Gawda 2017). Istnieje wiele jego rodzajów, a jednym z nich jest lęk przed mówieniem – logofobia. Stanowi ona rodzaj lęku społecznego i jest powiązana z tremą. Na temat istoty i genezy MWL mnożą się przypuszczenia. Jedno z nich zakłada, że dziecko obawia się konkretnych ludzi, inne – że jedynie boi się do nich mówić, a jeszcze inne, że lęka się swojego głosu. Stawia się hipotezę, że lęk powoduje milczenie, a ono z kolei łagodzi lęk, co stanowi przykład błędnego koła. Czasem twierdzi się, milczenie nagradza zachowanie lękowe, które utrwała się w formie nawyku. Snuje się przypuszczenia na temat biologicznych podstaw MWL, ale brakuje na to dowodów. Dostrzega się zależność między MWL u dziecka a nieśmiałością rodziców lub ich małomównością. W etiologii MW wyróżnia się czynniki predysponujące (np. introwersja), wyzwalające (np. trauma) i utrwalające (np. nagradzanie społeczne).

Strategia terapii MWL polega generalnie na stopniowym obniżaniu logofobii i jednoczesnego stymulowania dziecka do komunikacji najpierw bezsłow-

nej, a później słownej. Przykłady takiego podejścia znajdujemy w wielu pracach, m.in. A. Herzyk (1992), M. Johnson i A. Wintgens (2012), A. Skoczek (2015), Czech i współauterek (2017) J. Bali i współauterek (2017), B. Ołdakowskiej-Żyłki i K. Grąbczewskiej-Różyckiej (2017).

Mutyzm wybiórczy traumatyczny (MWT)

MWT może być wynikiem silnych i bolesnych przeżyć lub urazów psychicznych. Mogą one być związane z pewnymi istotnymi zmianami w życiu dziecka, takimi jak: przeprowadzka, śmierć kogoś bliskiego, rozwód rodziców, narodziny młodszego rodzeństwa, pozostawienie u babci przez rodziców wyjeżdżających do pracy za granicą, rozłąka z ojcem lub matką pracującą za granicą. Trauma może być też spowodowana przeżyciem katastrofy, pożaru, powodzi oraz być wynikiem ataku zwierzęcia (psa, koguta). Milczenie jest wówczas objawem prerażenia, długoterminowego stresu lub żalu i smutku. W skrajnych przypadkach uraz psychiczny jest spowodowany molestowaniem lub wykorzystywaniem seksualnym oraz przemocą fizyczną i psychiczną stosowaną wobec dziecka. Wówczas milczy ono, gdyż nie potrafi donieść na oprawców, którzy straszą je konsekwencjami złamania strefy tabu. Milczenie staje się wtedy jedynym ważnym komunikatem skierowanym do otoczenia, aby domyśliło się ono jego powodów. Proces ujawniania bolesnej prawdy przedstawiła Casey Watson w swoim bestsellerze pt. *Dziewczynka, która przestała mówić*. Przedstawia on prawdziwą historię dziecka, które z prerażenia zaniemówiło, aby w ten sposób „wołać” o pomoc. Trzynastoletnia Imogena nie odzywa się podczas lekcji, ale swobodnie rozmawia w czasie przerw oraz w domu. Wrażliwa i dociekliwa nauczycielka szuka przyczyny tego dziwnego zachowania. W końcu odkrywa tajemnicę. Okazuje się, że dziewczynka jest ofiarą przemocy macochy – nieźrównoważonej psychicznie kobiety, sprawnie manipulującej mężem i otoczeniem. Inne przykłady MWT znajdujemy w klasycznej pracy N. Reuttowej (1971).

Efektywna terapia MWT jest niemożliwa bez ustalenia przyczyn milczenia. Podejście analityczne należy tu uznać za pierwszoplanowe. Jeśli za milczeniem kryje się przemoc, to należy poinformować o tym przypuszczeniu odpowiednie służby.

Mutyzm wybiórczy opozycyjno-buntowniczy (MWO-B)

MWO-B budzi kontrowersje, gdyż podważa idylliczny obraz łękiego dziecka niemówiącego. Zgodnie z teorią psychodynamiczną długotrwałe milczenie może pełnić funkcję obronną służącą „karaniu” rodziców, wobec których dziecko odczuwa złość (Holka-Pokorska J. i in. 2018). Za murem jego milczenia może kryć się opór i bunt. Są one manifestowane za pomocą różnych bezsłownych dokuczliwych zachowań, które na ogół nie są karane. Milczenie może sku-

tecznie chronić przed karą. Nie ma dowodów na to, że dzieci mutystyczne są bardziej agresywne niż mówiące dzieci. Przedłużające się milczenie może stanowić jedynie formę biernego oporu. Opis nastolatka z MWO-B znajdujemy w pracy Holki-Pokorskiej i in. (2018).

Celem terapii MWO-B jest naprzód zmiana zachowania, a następnie próba odblokowania słownego. Wydaje się, że największe efekty może dać terapia poznawczo-behawioralna dostosowana do specyfiki tego zaburzenia. Należy pamiętać, że dzieci z MW potrafią narzucić zasady postępowania otoczeniu i skutecznie nim manipulować. To one wybierają osoby, z którymi rozmawiają i miejsca, gdzie się odzywają. To one narzucają także formy komunikacji bezsłownej, na przykład pisemną. Zdezorientowani dorośli na ogół są ulegli wobec dzieci z MW i zmiana ich postaw i zachowań wymaga zastosowania podejścia systemowego.

Niezależnie od rodzaju MW jego przyczyna znajduje się na etapie motywacyjnym – pierwszej fazie procesu programowania wypowiedzi słownej. Oczywiście pojawia się wówczas wiele emocji, w tym również lęk. Na etapie motywacyjnym powstaje tak zwany konflikt podstawowy: mówić czy milczeć, który jest wielokrotnie rozwiązywany w czasie codziennego porozumiewania się. Milczenie stanowi podstawową barierę komunikacyjną niezależnie od jego podłoża.

Nie ustalono, jakie są proporcje między wyróżnionymi rodzajami MW. Dla terapii ma to niewielkie znaczenie, ponieważ każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie. Metodę należy dostosować do potrzeb pacjenta, a nie nagiąć go do jednej uniwersalnej strategii terapii, bo taka nie istnieje.

MUTYZM WYBIÓRCZY SYTUACYJNY

Przypadek

Dziewczynka – jedynaczka – została posłana do przedszkola w wieku dwóch lat i 6 miesięcy. Nie protestowała i była grzeczna. Reagowała na polecenia i uczestniczyła w zabawach. Nie podejmowała jednak żadnych kontaktów słownych, co zgłoszono matce po trzech miesiącach pobytu w przedszkolu. Zaniepokojona tym faktem udała się na konsultację do logopedy, który przeprowadził z nią wywiad. Wynikało z niego, że rozwój mowy dziewczynki był prawidłowy: pierwsze słowa wypowiedziała około 1. roku życia, a zdania zaczęła budować w 2. roku życia. Dobrze rozumiała skierowane do niej wypowiedzi i stawiała pytania. Używała zaimka *ja*. Inicjowała kontakty słowne w domu, gdzie była gadatliwa i aktywna. Informacje uzyskane w czasie wywiadu zostały potwierdzone przez metodę Analizy Próbek Mowy nagranych w domu.

Matka po urodzeniu dziecka nie podjęła pracy. Twierdziła, że ma bardzo bliskie relacje z córką, z którą spała, kiedy ojciec był nieobecny, a zdarza-

ło się to dość często ze względu na charakter jego pracy. Kiedy wracał do domu, dziewczynka stawiała się „córka tatusia” i trudno znosiła z nim rozstania. Miała dobre relacje z dziadkami, którzy zabierali ją do siebie, ale na krótko. Dziewczynka ciągle pytała o mamę i była zaniepokojona rozstaniem. Nie chciała zostawać u dziadków na noc.

Kiedy podjęto decyzję, że matka wróci do pracy, postanowiono przygotować dziewczynkę do tej zasadniczej zmiany. Wybrano przedszkole prywatne cieszące się dobrą opinią, z niewielką liczbą dzieci i miłym personelem. Zanim oddano dziecko do tej placówki, odwiedziono ją kilkakrotnie. Matce zaproponowano możliwość stopniowego wprowadzania dziewczynki do przedszkola, ale nie mogła z tego skorzystać, gdyż nie wyraził na to zgody pracodawca. Była więc zmuszona wydłużyć znacznie ten pobyt, ale korzystała z każdej okazji jego skrócenia. Przyznała, że była to dla niej bardzo trudna decyzja i czuła się trochę winna.

Terapia

W czasie pierwszej wizyty logopeda zaproponował matce rozluźnienie więzi z córką, którą uznał za symbiotyczną. Umówiono się na kolejną wizytę, ale z udziałem ojca. Kiedy stawili się oboje rodzice (bez dziecka), to postanowiono wyprowadzić córkę z łóża małżeńskiego, co zostało przyjęte niemal entuzjastycznie przez męża, a sceptycznie przez żonę. Mieli tego dokonać w czasie zbliżającego się weekendu, kiedy wszyscy byli razem. Odpowiedzialnością za to obciążono ojca, a matce zalecono wziąć – w razie potrzeby – środki nasenne. Ku zaskoczeniu wszystkich próba wypadła pomyślnie i odtąd dziewczynka spała sama w łóżku w sąsiednim pokoju i miała prawo przyjść do rodziców rano, za ich zgodą. Kolejnym krokiem była próba stopniowego wprowadzania dziecka do przedszkola, połączona ze stymulacją do komunikowania się słownego. Matce udało się przekonać pracodawcę do późniejszego rozpoczynania pracy, aby miała czas pobyć z córką w przedszkolu, które wyraziło na to zgodę. Kierowano się przyjętą w terapii behawioralną zasadą generalizacji zachowania i podjęto próbę przeniesienia zachowań werbalnych z domu do instytucji. Skoro córka rozmawia z matką w jednym miejscu, to może będzie porozumiewać się w sytuacji, w której dotychczas milczała. Matce pozwolono uczestniczyć w zajęciach przedszkolnych i asystować córce. Miała próbować nawiązać z nią kontakt słowny w czasie zabawy z udziałem dzieci, które wspomagały ją na wiele sposobów. W ciągu miesiąca udało się osiągnąć jedynie to, że dziewczynka mówiła sporadycznie szeptem do ucha matki. Ale kiedy matka chciała te informacje przekazać otoczeniu, to dziewczynka zatykała uszy. Zdezorientowana nie wiedziała, czy ma kontynuować, czy przestać. Sporadycznego mówienia szeptem nie uznano za sukces terapeutyczny i postanowiono zmienić strategię postępowania. Dziadkowie zadeklarowali się, że zajmą się wnuczką do czasu, kiedy ona przekona się do przedszkola i zacznie

się w nim mówić. Po uzgodnieniu z dyrektorką warunków współpracy zastosowano metodę comiesięcznych sprawdzianów dojrzałości przedszkolnej. Polegały one na tym, że dziadkowie zaprowadzali dziewczynkę na kilka godzin do przedszkola w uzgodnionych porach. Nie wywierano na niej żadnej presji, aby mówiła i traktowano ją jak pozostałe dzieci. Co jakiś czas dzieci te zapraszano do domu w towarzystwie nauczycielki, którą bardzo polubiła. Po siedmiu miesiącach tego eksperymentu dziewczynka zaczęła spontanicznie mówić w przedszkolu. Rodzina przeprowadziła się i kontakt z nią urwał się.

MUTYZM WYBIÓRCZY LĘKOWY

Przypadek

Chłopiec wypowiedział pierwsze słowa przed ukończeniem 1. roku. Szybko pojawiły się u niego kombinacje dwuwyrazowe. Mówił od początku zrozumiale dla otoczenia. W wieku dwóch lat miał dwutygodniowy epizod nie płynności mówienia, który samoistnie ustąpił. Miał on podłoże rodzinne, gdyż ojciec jąka się i jest nieśmiały.

Chłopiec zaczął chodzić do przedszkola w wieku trzech lat. Rozstania z rodzicami były trudne. Pozostawiony w placówce chłopczyk często płakał i z nikim nie rozmawiał. Trwało to rok i w końcu zajęła się nim babcia. W wieku pięciu lat chłopczyk zaczął powtórnie chodzić do innego przedszkola, ale i tam nadal milczał. Pierwsze jego badanie, gdy ukończył 7 lat, przeprowadzono w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Zespół diagnostyczny składający się z psychologa, pedagoga specjalnego i psychoterapeuty rozpoznał MW, ale nie wskazał jego przyczyny. Zalecił natomiast unikanie nacisku na mówienie oraz łagodne zachęcanie do kontaktów i rozmów z rówieśnikami. Jednocześnie rodzice otrzymali z przedszkola informację o gotowości dziecka do podjęcia nauki szkolnej mimo ustawicznego milczenia w tej placówce.

W szkole jego zachowanie nie zmieniło się. Nie rozmawiał z nauczycielami i kolegami, nawet podczas przerw. Na zadane pytanie kiwał głową lub odpowiadał pisemnie. Aby umożliwić ocenę czytania rodzice nagrywali film, a następnie odtwarzali go nauczycielowi. Chłopiec był bardzo dobrym uczniem i zachowywał się wzorowo. Brał udział w konkursach matematycznych. Był bardzo ambitny i wręcz perfekcyjny. Z wywiadu z rodzicami wynika, że w okresie wczesnoszkolnym u chłopca nasiliły się także objawy, jak: silne napięcie mięśni całego ciała, problem z oddychaniem, drżenie rąk i nóg, pocenie się, unikanie kontaktu wzrokowego. Chłopiec poza rodzicami, babcią i kuzynką nie rozmawiał z nikim. Rodzice z dzieckiem ponownie zgłosili się do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, która to wydała opinię w sprawie objęcia ucznia pomocą psychologiczno-peda-

gogeniczną. Chłopiec zaczął uczęszczać do psychologa zatrudnionego w poradni, a matka na organizowane w niej spotkania dla rodziców. Zajęcia te okazały się nieefektywne. Chłopiec nie chciał chodzić na te spotkania i oświadczył rodzicom, że „nie będzie rozmawiał z tą panią”. Pod koniec III klasy chłopiec powiedział im, że bardzo chce mówić, ale nie może. „Jakbym miał na ustach tarczę” – opisywał swój problem. Zdawał sobie sprawę, jak milczenie utrudnia mu życie. Brakowało mu kolegów i przyjaciół. W końcu rodzice zrezygnowali ze spotkań w poradni i postanowili podjąć terapię u logopedy w gabinecie prywatnym.

Terapia

Przyjęto hipotezę, że u podstaw MW dziecka leży logofobia oraz akceptacja jego milczenia. Terapię prowadzono według modelu Herzyk (1992) w modyfikacji własnej. Rozpoczęto ją od dwóch spotkań, kiedy to ojciec opowiadał o sobie w obecności syna, z którym logopeda nawiązywał kontakt wzrokowy. Kolejne sesje polegały na budowaniu kontaktu niewerbalnego terapeuty z dzieckiem za pomocą stosowania różnych technik relaksacyjnych i oddechowych oraz czytania bajek terapeutycznych. Następnie prowadzono terapię poznawczo-behawioralną według Programu Zaradny Kot, (Kendall, Hedtke 2013). Wprowadzono również kalendarz, w którym chłopiec codziennie przyklejał rysunek kota obrazującego jego stan emocjonalny. Na początku każdej wizyty omawiano z ojcem w obecności syna miniony tydzień. Chłopcu bardzo się podobała ta forma komunikacji. Dzięki kalendarzowi poznawano emocje, jakie przeżywał w sytuacjach trudnych oraz podawano sposoby obniżania poziomu lęku. Ustalono trzy kręgi osób, z którymi: 1. chłopiec rozmawia swobodnie (rodzice, dziadkowie, kuzynka, brat), 2. nie rozmawia, a chciałby rozmawiać (koledzy i koleżanki z klasy, pozostała rodzina) oraz 3. z którymi nie rozmawia, a należy rozmawiać (np. lekarz, nauczyciele, policjant itp.). Po dwóch miesiącach, gdy kontakt był dobry, zaproponowano, aby ojciec wychodził z gabinetu i czekał w poczekalni (drzwi były lekko uchylone), co się synowi bardzo spodobało. Poczul się jeszcze bardziej swobodnie i był gotowy do podjęcia nowych zadań. Zaproponowano więc realizację autorskiej (A. K-K) metody Program Level Up. Polegała ona na zdobyciu XI poziomów (od mowy niewerbalnej do głośnego mówienia), podobnie jak w grze komputerowej. Wyjaśniono zasady, metody i zawartość kontraktu terapeutycznego. Chłopiec dość szybko przechodził na coraz wyższe poziomy, co miało odzwierciedlenie nie tylko w gabinecie, ale i w innych miejscach, w których do tej pory nie mówił. Z każdą wizytą widzieliśmy pozytywne zmiany zachodzące w nim oraz w jego rodzinie. Po rocznej terapii ten wcześniej milczący, załęknioty i samotny dziesięciolatek stał się radosnym, dowcipnym i wierzącym w siebie jedenastolatkiem. Nawiązał kontakty słowne z wieloma kolegami i koleżankami z klasy. Odpowiadał podczas lekcji i rozmawiał z nauczycielami. Został wice-

przewodniczącym klasy oraz wystąpił w przedstawieniu szkolnym. Ukończył klasę z wyróżnieniem. Chłopiec sam uznał, że nie wymaga dalszej terapii, mówiąc: „już jest dobrze, nie ma o czym gadać”.

MUTYZM WYBIÓRCZY TRAUMATYCZNY

Przypadek

Do gabinetu logopedycznego zgłosiła się matka z pięcioletnią dwujęzyczną dziewczynką, której rozwój psychoruchowy był prawidłowy. Z wywiadu wynika, że rodzina (matka – Polka, ojciec – Włoch) po urodzeniu dziecka mieszkała przez 4 lata w Holandii, gdzie córka w wieku 2 lat i 6 miesięcy została posłana do przedszkola anglojęzycznego, które po pół roku zmieniono na placówkę, w której mówiono po holendersku. Nie spodobało się jej to miejsce i z nikim tam nie rozmawiała. W wieku 4 lat została umieszczona w holenderskiej szkole, gdzie rozmawiała z dziećmi. Gdy miała 5 lat rodzina przeprowadziła się do Polski i po 4 miesiącach pobytu mama zgłosiła się z dzieckiem do Specjalistycznego Ośrodka Zdrowia Psychicznego, w którym zdiagnozowany zostały MW bez podania jego przyczyn. Po pewnym czasie matka zgłosiła się córkę na kolejne badania, tym razem do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w której potwierdzono wcześniejsze rozpoznanie i stwierdzono wysoki poziom inteligencji u dziecka.

Z wywiadu wynika również, że dziewczynka jest nieśmiała poza domem, a w polskim przedszkolu z nikim nie rozmawia i jest uległa. W domu natomiast mówi na poziomie wieku, ale jest bardzo uparta. Potrafi włożyć rękę do gorącej wody i trzymać tak długo, aż zaczerwienieje i pojawią się pęcherze. Bardzo nie lubi zmian oraz ma trudności z przystosowaniem się do nowych sytuacji.

Terapia

Przyjęto hipotezę, że u podłoża MW u dziewczynki leżą traumatyczne przeżycia związane z niestabilną sytuacją rodzinną (ojciec rzadko obecny w domu), częstymi zmianami miejsc zamieszkania i edukacji przedszkolnej oraz brakiem tożsamości językowej. Terapię rozpoczęto od jej kształtowania zgodnie z metodą podaną przez A. Majewską-Tworek i Z. Tarkowskiego (2018). Ustalono z rodzicami, że językiem pierwszym będzie polski, a drugim angielski. Kiedy jest z ojcem porozumiewać się ma w języku angielskim, a kiedy jest z matką – w języku polskim, a gdy są wszyscy razem przechodzić z jednego języka na drugi, zgodnie z przyjętym wzorem. Ze względu na występujące u dziecka zaburzenia snu połączone z powracającymi koszmarami skierowano je na konsultację do psychiatry. Porównano zachowanie dziecka w domu i przedszkolu. Zastosowano także metodę Systemowej Analizy i Modyfikacji Zachowania (Tarkowski 2018a), stanowią-

cej połączenie podejścia analitycznego, behawioralnego i systemowego w jedną całość. Rozpoczęto od analizy interakcji dziecko – rodzic w czasie zabawy. Terapia jest w toku i prawdopodobnie potrwa co najmniej jeden rok.

MUTYZM WYBIÓRCZY OPOZYCYJNO-BUNTOWNICZY

Przypadek

Z wywiadu wynika, że dziewczynka początkowo spała z rodzicami w sypialni, ale w swoim łóżeczku. Później została przeniesiona do swojego pokoju, ale miała problem z zasypianiem. Musiała być przy niej mama, którą trzymała za rękę. Ta sytuacja trwała kilka lat, po czym podjęto próbę nauki samodzielnego zasypiania, która skończyła się niepowodzeniem. W nocy dziewczynka przychodziła do łóżka rodziców. Gdy miała 5 lat, mama znów podjęła próbę odseparowania dziecka, które w końcu zaakceptowało nową sytuację. Od tamtej pory zasypia sama, ale budzi się w nocy.

Gdy dziewczynka miała 2 lata bardzo przeżyła przeprowadzkę. Nie była zadowolona, że urodził się jej brat, z którym zaczęła rywalizować i często mu dokuczała. W domu jest skrajnie uparta, nieposłuszna, władcza i gadatliwa. Natomiast poza nim jest nieśmiała i wycofująca się. Analiza próbek mowy nagranych w domu wykazała jej prawidłowy rozwój.

Dziewczynka uczęszczała do przedszkola od 3. r.ż. Początkowo nie chciała do niego wchodzić, gdy jakieś dziecko weszło przed nią. Kiedy znalazła się w grupie rówieśników milczała. Starła się jednak nad nimi dominować. Popadała w konflikty z dziećmi wykazującymi podobne zachowanie. Z powodu nieśmiałości dziewczynka była konsultowana przez psychologa, ale odmówiła z nim współpracy.

Terapia

Przyjęto hipotezę, że przyczyną MW u dziewczynki jest wyparta złość skierowana początkowo na rodziców, a później przeniesiona na inne osoby, głównie brata, którego wyraźnie nie akceptowała. Uznano, że zmiana jej zachowania przyczyni się do wyzwolenia mówienia w sytuacjach, gdzie oczekiwano tego. Podczas pierwszej wizyty milczała i okazywała niezadowolenie. Logopeda zachęcał ją do wspólnej gry z udziałem rodziców, ale odmówiła. Zastosował więc strategię „milczeniem na milczenie”. Dorośli postanowili siedzieć w ciszy do końca sesji i czekać, aż dziecko się odezwie. Po kilku minutach dziewczynka zaczęła szturchać ojca, dając do zrozumienia, że chce opuścić gabinet, ale rodzice się na to nie zgodzili i w milczeniu doczekali końca sesji. Na drugiej sesji logopeda znów zaproponował tę samą grę i dziewczynka wprawdzie niechętnie, ale zaczęła współpracować i mówić sporadycznie szeptem do ojca. Na trzeciej sesji ustalo-

no zasady, które miała ona respektować oraz konsekwencje ich nieprzestrzegania. Sześciolatka była tym zdumiona i przekonana, że rodzice nie będą konsekwentni, co oczywiście sprawdziła w domu. Na czwartej sesji dziewczynka wykonała wszystkie polecenia choć niechętnie. Odpowiadała też na pytania podczas gier słownych. Po dwóch miesiącach modyfikacji zachowania rodzice zgłosili jego zdecydowaną poprawę. Dziecko uspokoiło się, zaczęło respektować ustalone zasady, ustąpiły również wszelkie zmiany skórne, które były bezskutecznie leczone od kilku lat. Sytuacja ta wpłynęła na całą rodzinę, a w szczególności na matkę dziecka, która zdobyła należną pozycję w rodzinie w oczach dziewczynki. Poprawa zachowania spowodowała także ustąpienie oporu przed mówieniem. Obecnie dziewczynka rozmawia wszędzie i z każdym.

Efektywność terapii MW

O skutecznej terapii MW możemy mówić dopiero wtedy, kiedy dziecko mówi spontanicznie tam, gdzie dotychczas nie wypowiadało się. Trudno uznać za sukces terapeutyczny wyduszenie z siebie kilku słów po długotrwałym leczeniu, co obserwujemy w filmie dokumentalnym *Moje dziecko nie mówi* w reżyserii Barnaby'ego Peela, z udziałem Maggy Johnson – czołowej terapeutki MW. Nie można też zadawać się tym, że dziecko pozbyło się lęku, ale nadal nie mówi. Nie można również mówić o skuteczności terapii MW, gdy został on pomylony z nieśmiałością, niedojrzałością społeczną, biernością czy prostym opóźnionym rozwojem mowy. O efektach zapewnia się w Internecie w formie reklamy lub marketingu, a rzadko kiedy przedstawia się na to naukowe dowody.

Beate Oerbeck i in. (2015) dokonały przeglądu badań nad efektywnością terapii MW. Wynika z nich, że literatura jest zdominowana przez studia przypadków o małej wartości naukowej. Pewne nadzieje wiąże się z terapią poznawczo-behawioralną (Bergman 2013) oraz podejściem systemowym (Tarkowski 2018a), ale dane na temat ich skuteczności są nader skąpe. Podobnie nie potwierdzono efektywności farmakoterapii. Objawy MW utrzymują się mimo stosowania leków, głównie przeciwłękowych (Holka-Pokorska J. i in. 2018).

MW stanowi poważne wyzwanie dla terapeuty. Moje (Z.T.) badania pilotażowe przeprowadzane za pomocą autorskiej Skali Reakcji na Milczenie wykazują, że badani (w tym logopedzi oraz psychologowie) różnie reagują na przedłużającą się ciszę w komunikacji. Pojawiają się jednak dość często reakcje dezorientacji, złości, niepokoju, poczucia winy, zawodu lub chęci zerwania trudnego kontaktu. MW wystawia cierpliwość terapeutów na najwyższą próbę, którzy mogą zmieniać się z powodu braku współpracy ze strony pacjenta (Holka-Pokorska i in. 2018). Efektywność terapii MW zwiększy się, jeśli specjaliści będą ze sobą współpracować, a nie rywalizować. Nam najbardziej odpowiada podejście psychologiczne, łączące elementy terapii psychologicznej i logopedycznej.

BIBLIOGRAFIA

- Bystrzanowska M., 2017, *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Kraków.
- Bergman L.R., 2013, *Treatment for Children with Selective Mutism. An Integrative Behavioral Approach*, New York.
- Brzezińska A.I., Czub M., Ożadowicz N., 2012, *Adaptacja dziecka trzyletniego do środowiska przedszkolnego*, „Edukacja”, 120, s. 5–21.
- Bala J., Cabała M., Giese-Szczap K., Kiepiela-Koperek A., Miękina-Pindur J., Młynarska I., Pilch A., Szczeniński S., Szyszka K., 2017, *Mutyzm wybiórczy w praktyce terapeutycznej*, Kraków.
- Cabała M., Leśniak-Stępień K., Szot R., Szyszka K., 2016, *Mutyzm wybiórczy. Trzy spojrzenia*, Kraków.
- 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”, 37, s. 770–784.
- Diliberto R.A., Kearney C.A., 2016, *Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism*, Journal of Communication Disorders, 59, s. 16–23.
- Dzwonkowska I., 2009, *Nieśmiałość a wspierające i trudne relacje z ludźmi*, Kraków.
- Gawda B., 2017, *Struktura pojęć emocjonalnych. Wykorzystanie technik fluencji werbalnej*, Lublin.
- Hayden T.L., 1980, *Classification of selective mutism*, “Journal of the American Academy of Child Psychiatry”, 19, s. 118–133.
- Hartman B., Lange B., 2008, *Mutismus v dětství, mláďi a dospělosti*, Praha.
- Herzyk A., 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, Lublin, s. 29–39.
- Holka-Pokorska J., Piróg-Balcerzak A., Jarema M., 2018, *Kontrowersje wokół diagnozy mutyzmu wybiórczego – krytyczna analiza trzech przypadków w świetle współczesnych badań oraz kryteriów diagnostycznych*, „Psychiatria Polska”, 52 (2), s. 323–343.
- Johnson M., Wintgens A., 2012, *Can I tell you about Selective Mutism?*, Londyn.
- Kendall P.C., Hedtke K.A., 2013, *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci*, Sopot.
- Kiepiela-Koperek A., 2015, *Zaczął mówić i uwierzył w siebie*, „Forum Logopedy”, nr 9, s. 41–44.
- Majewska-Tworek A., Tarkowski Z., 2018, *Terapia logopedyczna dziecka dwujęzycznego*, [w:] *Metody terapii logopedycznej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Lublin, s. 201–2017.
- Oerbeck B., Stein M., Pripp A., Kristensen H., 2015, *Selective mutism: Follow – up – study 1 year after and treatment*, “Europann Child & Adolescent Psychiatry”, 24, 7, s. 757–766.
- Ołdakowska-Żyłka B., Grąbczewska-Różycka K., 2017, *Mutyzm wybiórczy. Strategie pomocy dziecku i rodzinie*, Warszawa.
- Reuttowa N., 1971, *Z zagadnień dziecięcego mutyzmu*, „Logopedia”, nr 10, s. 78–86.
- Skoczek A., 2015, *Mutyzm. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków.
- Tarkowski Z. red., 2017, *Patologia mowy*, wyd. I, Gdańsk.
- Tarkowski Z., 2018 a., *Terapia mutyzmu psychogenego*, [w:] *Metody terapii logopedycznej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Lublin, s. 201–2017.
- Tarkowski Z., 2018 b., *Dziecko nie mówi. Dlaczego? Czy i kiedy zacznie?*, Gdańsk.
- Tarkowski Z., 2017, *Mutyzm wybiórczy – moda, epidemia czy błąd diagnostyczny*, „Psychologia w Praktyce”, 3, s. 16–21.