

Mutyzm wybiórczy – zaburzenie mowy o podłożu lękowym

Dziecko nie może czy nie chce mówić w określonych sytuacjach lub do wybranych osób?

Gdy dziecko nie mówi w wybranych sytuacjach, np. w przedszkolu lub w szkole, natomiast rozmawia z bliskimi osobami w bezpiecznym dla siebie środowisku, za które najczęściej uznaje się rodzinę, warto poprosić o poradę specjalistę .

Problem często pojawia się warunkach adaptacji, bezpośrednio po rozpoczęciu pobytu dziecka w nowym miejscu - przedszkolu czy szkole. Pierwsze niepokojące oznaki u dzieci ze skłonnością do mutyzmu pojawiają się już około trzeciego roku życia. Większość dzieci zagrożonych mutyzmem diagnozuje się pomiędzy 3 a 8 rokiem życia. Za diagnostyczne uważa się występowanie objawu - braku komunikacji werbalnej w określonych sytuacjach społecznych trwające ponad 4 tygodnie, przy zachowaniu rozumienia mowy i możliwości porozumiewania się za pomocą pisma.

Ważne jest uniknięcie sytuacji, gdy przejawy zwykłych przejściowych trudności adaptacyjnych zamieniają się w długotrwały objaw – lęk przed mówieniem i zaprzestanie słownego porozumiewania się w określonych sytuacjach. Skutkiem mutyzmu może być pozbawienie dziecka szansy optymalnego rozwoju oraz trudności w porozumiewaniu się w dorosłym życiu.

1. Kryteria diagnozy:

Obowiązująca w Polsce Klasyfikacja ICD – 10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych), wskazuje następujące kryteria diagnostyczne mutyzmu;

1. Ekspresja i rozumienie języka przez dziecko w granicach 2 odchyłeń standardowych.
2. Możliwa jest do potwierdzenia niemożność mówienia w specyficznych sytuacjach, w których od dziecka mówienie jest oczekiwane, pomimo mówienia w innych sytuacjach.
3. Czas trwania wybiórczego mutyzmu przekracza 4 tygodnie.
4. Zaburzenia nie wyjaśnia brak znajomości języka mówionego wymaganego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia.

Mutyzm wybiórczy należy do grupy zaburzeń w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym – dotyczącym zachowania i emocji, podobnie jak jękanie i mowa bezładna. Rozpoczynają się zwykle w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym (Jastrzębowska 2005)

W diagnozie różnicowej należy wykluczyć autyzm, fobię przedszkolną i szkolną.

2. Etiologia. Pojęcie mutyzmu.

„Etiologia mutyzmu jest oczywiście złożona, ale omawiając ją wydaje się niezbędne uwzględnienie podatności genetycznej, obecności zaburzeń neurorozwojowych i schorzeń neurologicznych, silne związki z objawami internalizacyjnymi, zwłaszcza lękowymi, lecz także czynniki związane z rodziną i środowiskiem, w tym dwujęzyczność i imigrację.” (Wolańczyk 2015)

Irena Styczek, nestorka polskiej logopedii, zalicza mutyzm do logoneuroz (nerwic mowy), pisze że mutyzm jest „przejawem protestu, chęci ukarania kogoś”. Przejawia się niemożnością mówienia u osób, które uprzednio mówiły i które mają aparat mowy (centralny i obwodowy) nieuszkodzony. (Styczek 1983)

Późniejsze polskie klasyfikacje logopedyczne wskazują także na egzogenne i endogenne przyczyny mutyzmu, wg Haliny Mierzejewskiej i Danuty Emiluty – Rozya „mutyzm, to psychogenne zablokowanie funkcji systemu językowego całkowite lub częściowe, trwałe lub okresowe – na bazie dyspozycji układu nerwowego”(Mierzejewska, Emiluta – Rozya 1997)

Większość profesjonalnych źródeł opisujących mutyzm wskazuje na lękowe podłoże zaburzenia.

Według Zbigniewa Tarkowskiego „Istotą mutyzmu jest długotrwałe milczenie osoby, która potrafi mówić. Jest to więc zaburzenie motywacji i gotowości komunikowania się, a nie języka...W przypadku dzieci najistotniejsze jest odróżnienie mutyzmu wybiórczego od nieśmiałości oraz od fobii przedszkolnej i szkolnej. (Tarkowski 2015)

Jako jedną z przyczyn mutyzmu podkreśla się także genetyczną skłonność do reagowania niepokojem.

Mutyzm nie jest wynikiem przemocy domowej czy trudnej sytuacji rodzinnej, aczkolwiek nie można wykluczyć współwystępowania w niektórych sytuacjach tego rodzaju problemów.

3. Objawy

Jest to złożony problem należący do grupy zaburzeń lękowych. Charakteryzuje się tym, że dzieci nie mówią w wybranych sytuacjach społecznych, podczas gdy poza nimi komunikują się zgodnie z normą rozwojową. Dzieci te potrafią mówić, gdy otoczenie jest sprzyjające, bezpieczne i niestresujące. Mogą współwystępować nieznaczące dla komunikacji wady artykulacji. Nie obserwuje się poważnych wad anatomicznych aparatu mowy, stanowiących przyczynę niemożności mówienia.

Mutyzm selektywny występuje u więcej niż 6-7 dzieci na 1000, porównywalnie do występowania autyzmu. Nie wszystkie dzieci wyrażają niepokój w taki sam sposób. Niektóre w trakcie spotkań grupowych nie odzywają się do nikogo, inne są skłonne mówić do wybranych osób lub porozumiewać się szeptem czy rozmawiać z wybranymi osobami z rodziny. Gdyby porównać je z dziećmi wstydliwymi czy nieśmiałymi, te z mutyzmem wybiórczym są wyjątkowo nieśmiałe i wstydlive.

U każdego dziecka mutyzm daje indywidualny obraz funkcjonowania, natomiast występują pewne powtarzalne obszary wspólnych cech i objawów.

W sytuacji występowania mutyzmu selektywnego, można zaobserwować u dziecka przykładowe cechy/objawy towarzyszące zaburzeniom lękowym, np.: pocenie się, drżenie rąk, czerwienienie i blednięcie twarzy, trudności w oddychaniu, biegunkę, niestrawność, ból brzucha, trudności w utrzymaniu kontaktu wzrokowego, nadwrażliwość emocjonalną.

Dzieci nadwrażliwe emocjonalnie (Szamburski 2012):

- często są egocentrykami,
- denerwują się drobnymi błędami i porażkami,
- zazwyczaj są perfekcjonistami,
- płaczą z błahych powodów,
- są niezwykle spostrzegawcze jeżeli chodzi o uczucia innych, ze szczególnym uwzględnieniem tych negatywnych,
- często zachowują się zbyt grzecznie lub zbyt ulegle,
- są szczególnie wyczulone na makabryczne opowieści oraz filmy pełne brutalnych scen i przemocy. Już jako 2, 3-latki przeżywają nawet zwykłe bajki, martwiąc się o los bohaterów.

Dzieci, u których występuje mutyzm selektywny zazwyczaj nie są nieśmiałe w sytuacjach, które nie wymagają mówienia. W zadaniach tzw. niewerbalnych osiągają dobre wyniki. Nie są kłopotliwe w przedszkolu i szkole, gdyż zajmują się zadaniami, nie hałasując. Zdarzają się jednak także dzieci, które próbują skupić uwagę nauczyciela i rówieśników głośno manipulując pomocami, zabawkami czy przyborami szkolnymi. Każde dziecko jest wyjątkowe i prezentuje indywidualne spektrum trudności. Sprawia to, że późno są diagnozowane i mogą również wprowadzić w błąd specjalistów, którzy nie rozpoznają na podstawie ich pozasłownych aktywności zaburzenia o charakterze lękowym.

Lęk przed mówieniem w wybranych sytuacjach można porównać do irracjonalnego popularnego lęku wobec latania samolotem. Gdy nie ma sytuacji latania, lęku również nie ma. W przypadku dziecka dotkniętego mutyzmem jest podobnie - kiedy dana sytuacja nie wymaga od niego mówienia, wówczas lęk się nie pojawia.

4. Do kogo zwrócić się po pomoc specjalistyczną?

Specjalista, który może pomóc w rozpoznaniu i terapii mutyzmu, to terapeuta - logopeda, psycholog, pedagog oraz psychiatra lub lekarz rodzinny. O sukcesie terapii decyduje doświadczenie w leczeniu zaburzeń mowy o podłożu lękowym (np. jąkania), umiejętność nawiązania kontaktu z dzieckiem oraz wiedza terapeuty dotycząca problemu mutyzmu oraz motywacja rodziny i nauczycieli do współpracy z terapeutą.

W placówkach oświatowych dzieci z mutyzmem mogą uzyskać pomoc psychologiczno-pedagogiczną na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. **w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.** W sytuacji rozpoznania mutyzmu niezbędna jest zespołowa pomoc wielospecjalistyczna, którą świadczy lekarz, terapeuta, rodzice i nauczyciele według spójnego programu. Wczesne wspomaganie rozwoju jest formą pomocy, która umożliwiłaby zapewnienie terapii wielospecjalistycznej podczas pobytu dziecka w przedszkolu w ramach dodatkowych godzin dydaktycznych. Aktualna legislacja jednak przewiduje taką formę pomocy tylko dla dzieci niepełnosprawnych, natomiast zaburzeń komunikacji nie definiuje się jako niepełnosprawność. Oczekiwania terapeutów dotyczą zmian legislacyjnych, które pozwolą objąć dzieci z zaburzeniami komunikacji wczesnym wspomaganie rozwoju. Do tej pory Polski Związek Logopedów spowodował możliwość dostosowania wymagań oraz rozszerzenie katalogu warunków dostosowania na

sprawdzianach i egzaminach szkolnych dla dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej oraz dla dzieci z afazją. Aby jak najmniej dzieci z zaburzeniami komunikacji potrzebowało tych przywilejów w szkole z powodu zaburzeń komunikacji językowej, ważne jest zapewnienie kompleksowej formy pomocy dzieciom w przedszkolu w formie wczesnego wspomaganie rozwoju.

5. Podstawowe wskazania/błędy terapeutyczne:

Następujące rodzaje terapii uważane są za skuteczne w pracy z dzieckiem dotkniętym mutyzmem; terapia behawioralno-poznawcza, behawioralna, analityczna oraz systemowa terapia rodzin. Zdarza się także stosowanie farmakoterapii w celu obniżenia lęku na początku terapii. „W perspektywie neurobiologicznej mutyzm funkcjonalny należy interpretować jako wywołane czynnikami społeczno-emocjonalnymi zablokowanie mózgowych mechanizmów dowolnej wokalizacji i gotowości do wydawania dźwięków. W takiej interpretacji logopedyczna terapia dzieci z mutyzmem powinna być ukierunkowana najpierw na wyzwalanie u nich spontanicznych reakcji głosowych, dalej na realizowanie automatyzmów słownych, a w końcowym etapie na programowanie dowolnych wypowiedzi w rozmaitych sytuacjach komunikacyjnych” (Panasiuk 2015). Nie zdarza się jednak, aby nawet najbardziej wyszkolony terapeuta uniknął błędów podczas swoich pierwszych sesji. Często też osoby z problemem mutyzmu trafiają do logopedów czy innych terapeutów, którzy nie są przeszkoleni w pracy wymienionymi powyżej metodami natomiast podejmują się terapii przekonani o osobistych umiejętnościach terapeutycznych. Główne etapy postępowania terapeutycznego zostały zamieszczone w artykule autorstwa Beaty Zaskalskiej (Zaskalska 2005). Poniższa tabela zawiera zebrane informacje w formie zestawienia wskazań i najczęstszych błędów terapeutycznych.

Tabela Nr 1: Zestawienie wskazań i najczęstszych błędów terapeutycznych (opracowanie własne)

<i>Zalecane postępowanie</i>	<i>Błędy</i>
<p>Obserwacja kontaktu dziecka z osobą, z którą jak wynika z wywiadu – dziecko rozmawia.</p> <p>Obserwacja dziecka pod kątem występowania aktów komunikacji niewerbalnej.</p> <p>Obserwacja w celu wykluczenia – autyzmu, przemocy domowej.</p> <p>Skracanie dystansu – poprzez rozmowę w obecności</p>	<p>Podejmowanie bezpośrednich działań terapeutycznych z pominięciem obserwacji</p>

<p>dziecka z dorosłym (opiekunem dziecka).</p> <p>Podejmowanie wspólnej aktywności - gier i zabaw(niewerbalnych). Tworzenie atmosfery poczucia bezpieczeństwa, obniżania lęku.</p> <p>Stosowanie wzmocnień pozytywnych adekwatnych do czynności wykonywanych wspólnie z dzieckiem.</p> <p>Utrzymywanie kontaktu wzrokowego.</p> <p>Zwracanie się podczas wspólnej zabawy bezpośrednio do dziecka – „<i>podaj, przynieś, połóż</i>” bez wymagania odpowiedzi (kolejny etap.)</p> <p>Budowanie poczucia wartości, rozbudzanie ciekawości poznawczej, zainteresowania, motywacji do podejmowania nowych zadań.</p> <p>Nagradzanie nie za komunikaty, lecz za ich treść.</p> <p>Formułowanie pytań zamkniętych, na które dziecko może odpowiadać <i>TAK/NIE</i> lub odpowiednim ruchem głowy.</p> <p>Wprowadzanie elementów komunikacji alternatywnej.</p> <p>Wprowadzanie gestów aprobujących, akceptujących aktywności dziecka (jak w zasadach aktywnego słuchania).</p> <p>Polecane metody; elementy terapii: behawioralnej i poznawczej.</p> <p>1. Stopniowe podejmowanie aktywności:</p> <p>2. Z dzieckiem w obecności opiekuna. Z dzieckiem bez opiekuna.</p> <p>3. Z dzieckiem w obecności n-la, jako obserwatora.</p>	<p>Rozmowa z dzieckiem nt. mówienia</p> <p>Polecenia/Zachęty typu: nazwij, powiedz, opowiedz, nie bój się.</p> <p>Zawstydzanie z powodu niemówienia</p> <p>Brak dbałości o kontakt wzrokowy</p> <p>Nagradzanie/pochwały za pojawiające się zachowania werbalne i niewerbalne , nie za treść komunikatów.</p> <p>Przesadnie ekspresywna reakcja na oczekiwane zachowania – komunikaty niewerbalne .</p> <p>Krytykowanie za brak zachowań werbalnych.</p>
---	---

6. Ryzyko nierozpoznania mutyzmu

Dane pochodzące z **badania nad mutyzmem wybiórczym** są niewystarczające. W literaturze specjalistycznej brakuje opisów, są one ograniczone lub niedokładne. W rezultacie bardzo niewiele osób posiada adekwatną wiedzę nt. problematyki mutyzmu wybiórczego. Nauczyciele i inni profesjonaliści często uspokajają rodziców, żeby się nie przejmowali, że dziecko jest zwyczajnie nieśmiałe i z tego wyrośnie. Inni z kolei interpretują mutyzm jako formę zachowania buntowniczego, rodzaj manipulacji i kontroli. Jeszcze inni profesjonaliści myślą mutyzm wybiórczy z autyzmem lub z poważnymi trudnościami w

uczeniu się. W przypadku dzieci, które są rzeczywiście dotknięte mutyzmem, takie podejście może bardzo zaszkodzić. Dlatego konieczna jest właściwa i wczesna diagnoza.

W wielu przypadkach rodzice czekają i liczą na to, że dziecko wyrośnie z mutyzmu. Jednak bez właściwego rozpoznania i leczenia, większość dzieci z tego nie wyrasta. Kończy się to dla nich latami pozbawionymi rozmowy, normalnych kontaktów z innymi i utratą okazji do właściwego rozwoju umiejętności społecznych.

7. Profilaktyka wystąpienia zaburzeń mowy o podłożu lękowym.

Istotna jest świadomość rodziców i nauczycieli oraz wynikające z niej podejmowanie działań, które zapobiegają powstawaniu utrwalaniu się zaburzeń mowy o charakterze lękowym.

WSKAZANIA W RAMACH WCZESNEJ INTERWENCJI :

(opracowanie własne)

1. DBAŁOŚĆ O SATYSFAKCUJĄCE KONTAKTY DZIECI Z ROWIEŚNIKAMI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM.
2. OBSERWACJA DZIECI W WIEKU 3 LAT POD KĄTEM WYSTĘPOWANIA ZACHOWAŃ LĘKOWYCH W SYTUACJACH SPOŁECZNYCH.
3. EDUKACJA RODZICÓW I NAUCZYCIELI - DBAŁOŚĆ O ZROZUMIENIE PRZEZ RODZICÓW/NAUCZYCIELI FIZJOLOGICZNEGO MECHANIZMU LĘKU.
4. PRACA NAD POSTAWĄ RODZICÓW/NAUCZYCIELI WZMACNIAJĄCĄ POCZUCIE WARTOŚCI, MOCNE STRONY DZIECKA, WYPRACOWANIE UMIEJĘTNOŚCI STOSOWANIA POCHWAŁ O CHARAKTERZE OPISOWYM.
5. INDYWIDUALIZACJA PRACY/DOBIERANIE ZABAW/ZADAŃ - ADEKWATNYCH DO MOŻLIWOSCI PSYCHOFIZYCZNYCH ORAZ BĘDĄCYCH W SFERZE WNAJBLIŻSZEGO ROZWOJU DZIECKA.
6. UMIEJĘTNE ANGAŻOWANIE DZIECI W SYTUACJE, RELACJE SPOŁECZNE, KTÓRE SĄ KLUCZOWYM WARUNKIEM KOMUNIKACJI.
7. ODPOWIEDNIE PRZYGOTOWANIE DZIECI DO UCZESTNICZENIA W NOWYCH SYTUACJACH SPOŁECZNYCH.

8. ROZBUDZANIE ZAINTERESOWANIA KONTAKTAMI SPOŁECZNYMI.
9. PODSTAWOWYM CELEM, DO KTÓREGO DAŻYMY W RAMACH WCZESNEJ INTERWENCJI JEST ZYSKANIE PEWNOŚCI W KOMUNIKACJI SPOŁECZNEJ.
10. WYKLUCZENIE OPÓŹNIENIENIA ROZWOJU MOWY.
11. PRACA NAD USPRAWNIANIEM KOMPETENCJI JĘZYKOWYCH; TAKŻE W ASPEKCIE SPRAWNOŚCI SYSTEMOWEJ, NIE TYLKO PRAGMATYCZNEJ I SPOŁECZNEJ – ZAPEWNIENIE TERAPII LOGOPEDYCZNEJ.
12. W CELU DIAGNOZY I OCENY POZIOMU INTELIGENCJI, ROZWOJU ROZUMIENIA MOWY I UMIEJĘTNOŚCI ORAZ WIADOMOŚCI NALEŻY STOSOWAĆ TESTY O CHARAKTERZE NIEWERBALNYM.

Zamieszczone powyżej informacje i opinie stanowią przykład dzielenia się refleksjami nt. mutyzmu w celu weryfikacji systemu i praktycznych przejawów w udzielaniu pomocy logopedycznej. Aktualnie dane dotyczące mutyzmu, które od lat znajdują odzwierciedlenie w literaturze specjalistycznej poddawane są analizie praktyków, co wynika z potrzeby wzajemnego wspierania się w pracy terapeutycznej.

Bibliografia:

Literatura:

1. Jastrzębowska G., Zaburzenia rozwoju mowy i języka – terminologia i kategoryzacje stosowane w krajach zachodnich, w; red. T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki, Opole 2005, 343
2. Mierzejewska H. , Emiluta – Rozya D. , Projekt zestawienia form zaburzeń mowy, w: Audiofonologia Tom X, 1997, s. 37
3. Panasiuk J. : Mózgowe mechanizmy wydobywania głosu a neurobiologiczne przyczyny mutyzmu, w; Materiały z konferencji, Ogólnopolska konferencja „Od ciszy do słowa – kompleksowe wsparcie osób z mutyzmem wybiórczym, ORE, Warszawa 2015
4. Styczek I.: Logopedia, PWN, Warszawa 1983, s. 422
5. Szamburski K., Diagnoza niepełności mówienia, w; Diagnoza logopedyczna, red. E. Czaplewska, S. Milewski, GWP, Sopot 2012, s. 407

6. Tarkowski Z. : Mutyzm – istota, diagnoza i terapia”, w: Materiały z konferencji, Ogólnopolska konferencja „Od ciszy do słowa – kompleksowe wsparcie osób z mutyzmem wybiórczym, ORE, Warszawa 2015
7. Wolańczyk T : Mutyzm wybiórczy – etiologia, obraz kliniczny, diagnoza, w; Materiały z konferencji, Ogólnopolska konferencja „Od ciszy do słowa – kompleksowe wsparcie osób z mutyzmem wybiórczym, ORE, Warszawa 2015
8. Zaskalska Beata, Mutyzm wybiórczy : charakterystyka przyczyn i objawów, w: Wszystko dla Szkoły, 2005, nr 1, s. 6 - 8.

Źródła elektroniczne:

1. <http://www.smira.org.uk> Selctive Mutism Inforamtion and Research Asociation
2. <http://www.mutyzm.pl>

Źródła normatywne;

1. ROZPORZĄDZENIE MEN z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach
2. ROZPORZĄDZENIE MEN z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci

Milena Stasiak

**Logopeda
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Krzyżu Wlkp.**