

Ewa Arleta Kos

Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki

Etiologia mutyzmu wybiórczego. Przegląd teorii

Celem artykułu jest omówienie specyfikatorów diagnostycznych zaburzenia, jakim jest mutyzm wybiórczy, zgodnie z propozycją DSM-5 oraz ICD-10, ICD-11. Zamierzeniem autorki jest szczegółowa analiza etiopatogenezy mutyzmu wybiórczego. Autorka podejmuje się tego zadania z perspektywy wybranych teorii psychologicznych i zgłoszonych dotychczas danych empirycznych. Przywołane zostały teorie: behawioralna, fobii społecznej, systemów rodzinnych, psychodynamiczna, stresu pourazowego, psychopatologii rozwojowej, neurologiczno-audiologiczne.

Słowa kluczowe: mutyzm wybiórczy, przyczyny mutyzmu wybiórczego, etiopatogeneza mutyzmu wybiórczego

The etiology of selective mutism. Theory review

The aim of the study is to discuss the diagnostic specifiers of selective mutism. The author characterizes diagnostic specifiers as proposed by DSM-5 and ICD-10, ICD-11. The intention of the author is a detailed analysis of the etiopathogenesis of selective mutism. The author undertakes this task from the perspective of selected psychological theories and empirical data reported so far. The study refers to: behavioral theory, theory of social phobia, theory of family systems, psychodynamic theory, theory of post-traumatic stress, theory of developmental psychopathology, neurological and audiological theories.

Keywords: selective mutism, causes of selective mutism, etiopathogenesis of selective mutism

Wprowadzenie

Mutyzm wybiórczy (MW), najogólniej rzecz ujmując, to relatywnie rzadko rozpoznawane¹ w populacji i złożone, wieloaspektowe zaburzenie ujawniające

¹ Niektóre statystyki wskazują, że mutyzm wybiórczy dotyka od 2 do nawet 19 dzieci na 1000 (na tę rozbieżność w zgłaszanych danych statystycznych wpływ mają takie czynniki, jak: typ populacji objętej badaniem przesiewowym, specyfika przyjętych kryteriów diagnostycznych, metodyki badań). Dla porównania autyzm, który jest szeroko opisywany w literaturze, występuje u niemalże 20 dzieci na 1000 (według Amerykańskiego Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom w 2016 r. było to 18,51 zdiagnozowanych przypadków na 1000 dzieci, a wskaźnik ten z roku na rok zwiększa się) (Burzyńska 2015).

się w wieku dziecięcym. Jest jednym z zaburzeń funkcjonowania społecznego, które zazwyczaj ma swój początek przed ukończeniem 5 roku życia, a diagnozowane jest często po rozpoczęciu nauki szkolnej (wówczas dziecko powinno budować interakcję z nauczycielami i rówieśnikami, a z racji problemów współistniejących z mutyzmem tego nie robi). Charakteryzuje się niemożnością mówienia w określonych sytuacjach społecznych, pomimo iż dziecko nabyło umiejętność mówienia i sprawnie się nią posługuje w sytuacjach, które są dla dziecka znane, doświadczane jako komfortowe.

Przyczyny takiego stanu rzeczy próbuje wyjaśniać się za pośrednictwem wielu teorii naukowych. Znajomość potencjalnych źródeł zaburzenia jest bowiem szczególnie istotna z racji, że w zależności od indywidualnie występujących w danym przypadku przyczyn można zaprojektować zrationalizowaną formę oddziaływania wychowawczo-terapeutycznego dedykowaną określonemu dziecku. W niniejszym artykule omówione zostaną wybrane teorie wyjaśniające przyczyny MW. Warto nadmienić, że zidentyfikowanie potencjalnych czynników mających wpływ na rozwój MW umożliwia zaprojektowanie indywidualnego planu pomocy dziecku, na który składa się system określonych reguł, zasad pomocnych w korygowaniu objawów MW.

Mutyzm wybiórczy – charakterystyka zaburzenia i specyfikatory diagnostyczne

Mutyzm wybiórczy, jak zostało wspomniane, jest zaburzeniem, którego charakterystyczną cechą jest to, że dziecko z pewnych względów nie może mówić w wybranych sytuacjach społecznych (zwykle w środowisku edukacyjnym), lecz w środowisku, które jest mu znane, doświadczane jako bezpieczne, potrafi komunikować się w sposób normalny. W celu przywołania kryteriów diagnostycznych trzeba odwołać się do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Zgodnie z tą klasyfikacją MW można zdiagnozować na podstawie poniżej wymienionych kryteriów:

- ekspresja, rozumienie języka, oceniane według standaryzowanych testów, muszą mieścić się w granicach dwóch odchyłeń standardowych, adekwatnie do wieku dziecka;
- istnieje jakakolwiek możliwość potwierdzenia, że brak mówienia dotyczy określonych sytuacji, natomiast w innych dziecko potrafi komunikować się bez przeszkód;
- okres braku aktywności werbalnej musi przekroczyć 4 tygodnie (z wyłączeniem pierwszego miesiąca funkcjonowania dziecka w nowym przedszkolu, szkole);

- nie zostało zdiagnozowane żadne z całościowych zaburzeń rozwoju;
- dziecko nie mówi, ale zna i rozumie język (ICD-10, 2008: s. 252).

Kryteria diagnostyczne MW zostały zawarte również w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zgodnie z DSM-5 MW został usystematyzowany jako zaburzenie lękowe. Lęk został wskazany jako podstawowa przyczyna MW. Zgodnie z zapisami w DSM-5 specyfikatory diagnostyczne MW to:

- brak aktywności werbalnej występuje wyłącznie w określonych sytuacjach, można potwierdzić, że w innych dziecko mówi bez zakłóceń;
- zaburzenie utrudnia osiągnięcie dziecku sukcesów edukacyjnych;
- zaburzenie utrzymuje się powyżej jednego miesiąca;
- potwierdzona została znajomość języka;
- zaburzenia nie można wyjaśnić poprzez towarzyszące opóźnienia mowy, zaburzenia komunikacyjne (np. jąkanie), czy inne wady wymowy;
- brak aktywności werbalnej nie jest związany z brakiem wiedzy (DSM-5, 2013).

Opublikowana w roku 2018 ICD-11 podąża za wskazaniami w DSM-5 oraz ICD-10, nie dodając nowych specyfikatorów diagnostycznych. ICD-11 wyraźnie jednak ujmuje, iż lęk (czynnik biologiczny) jest dominującym elementem mającym wpływ na aktywowanie się mutyzmu wybiórczego. W tejże klasyfikacji mniejszą rolę przypisuje się otoczeniu społecznemu dziecka.

Przegląd teorii dotyczących etiologii mutyzmu wybiórczego

Wskazanie przyczyn pojawienia się tego zaburzenia jest dość problematyczne. Nie wiadomo również, z jakich powodów zaburzenie ma tendencję do samodzielnego wygaszania się (Viana i in. 2009). Do chwili obecnej nie zaproponowano jednolitej teorii, która pozwoliłaby wyjaśnić etiopatogenezę MW. W dalszej części opracowania zostaną przedstawione wybrane potencjalne przyczyny MW z perspektywy teorii, które próbują fragmentarycznie wyjaśnić tę etiologię. Przywołane zostaną teoria behawioralna i psychodynamiczna. Przyczyny wyjaśniane będą także z punktu widzenia związku MW z fobią społeczną, lękiem społecznym, reakcją na traumę, deficytami neurologiczno-audiologicznymi i w perspektywie systemów rodzinnych. Zaakcentowane więc zostaną czynniki biologiczne, genetyczne, społeczno-kulturowe.

Podjęmując próbę identyfikacji impulsów dla rozwoju MW wskazywanych w literaturze warto nadmienić, że w DSM-5 oraz ICD-11 jednoznacznie stwierdzono, iż przyczyną mutyzmu może być lęk. MW jest zaburzeniem genetycznie uwarunkowanym. Diagnozowany jest u dzieci, u których u rodzica/rodziców

występowały zaburzenia lękowe lub powtarzały się w rodzinie w poprzednich pokoleniach. Na podstawie dostępnych danych niemożliwe jest potwierdzenie czy lęk społeczny u dzieci jest przyczyną, czy konsekwencją MW (Starke, Subellok 2015).

Koncepcja psychodynamiczna jako jedna z perspektyw wyjaśniających etiopatogenezę mutyzmu wybiórczego

Koncepcja psychodynamiczna, wywodząca się z teorii psychoanalitycznych Z. Freuda, może być uznana za jedną z wyjaśniających pojawienie się objawów MW. Nie jest jednak teorią wiodącą, a jedynie wspierającą inne rozważania. Zgodnie z teorią psychodynamiczną za przyczyny wystąpienia MW uznać można nieświadome motywacje dziecka, nierozwiązany (lub nieprawidłowo rozwiązany) konflikt edypalny. W tym kontekście uznaje się, że dziecko ma fiksację na poziomie fazy ustnej i/lub analnej w rozwoju seksualnym. Przyczyną MW może być silnie działający mechanizm obronny związany z wypieraniem złości wobec rodzica, najczęściej transpozycją złości wobec rodzica tej samej płci, na skutek czego następuje regres do niewerbalnego etapu rozwoju w sytuacjach doświadczanych jako trudne, nasilające lęk i napięcie. Wskazuje się także, że dziecko może mieć wiedzę związaną z rodzinną tajemnicą, która staje się brzemieniem (Giddan, Milling 1999). W świetle tego MW jest postrzegany jako sposób radzenia sobie z gniewem i lękiem, a służyć ma ukaraniu rodziców (Krysanski 2003; Wong 2010; Holka-Pokorska 2018).

Trudno potwierdzić czy rzeczywiście czynniki wskazywane jako wyzwalające MW, w perspektywie koncepcji psychodynamicznej, są uzasadnione. Dotychczas zgromadzono niewiele danych empirycznych, które mogłyby służyć poparciu opisanego powyżej modelu wyjaśniania etiopatogenezy MW. Z tego względu teoria psychodynamiczna, jako wyjaśniająca przyczyny MW, traci obecnie na znaczeniu. Warto także nadmienić, iż rzadko znajduje zastosowanie jako podstawa projektowanych form pomocy dzieciom z MW. Stanowi raczej dopełnienie dla innych koncepcji.

Przyczyny mutyzmu wybiórczego w świetle teorii behawioralnej

Kolejną perspektywą, w świetle której można podjąć próbę wyjaśnienia etiologii MW, jest teoria behawioralna. Wyjaśniając przyczyny MW, akcentuje ona proces uczenia się zapośredniczony przez wzmocnienie negatywne (Leonard 1993). MW jest w tym kontekście postrzegany jako nabyta reakcja dziecka,

a w konsekwencji strategia działania, która pozwala adaptować się w różnych sytuacjach społecznych. Zatem MW nie służy manipulowaniu środowiskiem, a jest utrwaloną reakcją adaptacyjną dziecka (Krysanski 2003).

Dzieci z MW są zahamowane psychoruchowo, ich aktywność, mimika wydają się być zamrożone. Ma to związek z funkcjonowaniem ich współczulnego układu nerwowego, który w sytuacjach społecznych postrzeganych przez jednostkę jako niekomfortowe, nowe, przejmuje hamującą kontrolę nad zachowaniem i aktywnością werbalną. W tym ujęciu MW jest postrzegany jako nieświadomy mechanizm obronny organizmu lub jako przejaw hamującej funkcji współczulnego układu nerwowego. Z pewnością nie jest świadomym, manipulacyjnym zachowaniem, jak niegdyś się uważało, a objawem lęku. Wydaje się, że ta teza jest najbardziej znaczącym wkładem teorii behawioralnej do myślenia o etiologii MW (Anstendig 1999) i konstruowania efektywnych form oddziaływania terapeutyczno-wychowawczego.

Próba wyjaśnienia etiopatogenezy mutyzmu wybiórczego z perspektywy fobii społecznej

Dokonując przeglądu literatury podejmującej problematykę etiopatogenezy MW można także odnaleźć próby wyjaśnienia przyczyn z perspektywy zaburzenia, jakim jest fobia społeczna (nerwica społeczna, lęk społeczny). W roku 1995 B. Black oraz T. Uhde postawili tezę, że MW można wyjaśnić w kontekście fobii społecznej (Black, Uhde 1995). Autorzy sugerowali, że MW jest pewną odmianą fobii społecznej. Oparli tę tezę na danych, które wskazywały, że MW występuje częściej w rodzinach, w których diagnozuje się fobię społeczną. Stwierdzili także, że dorośli z fobią społeczną zgłaszają niechęć do wystąpień publicznych i zgłaszają zachowania charakterystyczne dla MW w okresie dzieciństwa (Black, Uhde 1995). Z tego względu autorzy uznali, że MW może należeć do spektrum zaburzeń związanych z fobią społeczną.

Była to wstępna teza, która została podważona w kolejnych badaniach, których wyniki zaprzeczają, że MW może być wyjaśniany przez fobię społeczną. Warto w tym kontekście przywołać badania zrealizowane przez Melfsen'a (cyt. za Manassis i wsp. 2008). Autor podjął się ustalenia poziomu lęku społecznego w różnych zaburzeniach psychicznych. Wykorzystał w tym celu inwentarz the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAIK Inventory). Jest to niemiecka wersja formularza the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (Spai-C). Na podstawie analizy danych autor badań postawił tezę, że MW nie może być przejawem fobii społecznej, gdyż dzieci ze zdiagnozowanym MW uzyskały niższe wyniki w SPAIK od tych, u których rozpoznano fobię społeczną. Gdyby MW

był przejawem fobii społecznej, wyniki w SPIKE w obu grupach powinny być podobne. Autor zwraca także uwagę na moment pojawienia się objawów MW i fobii społecznej w rozwoju osobniczym. Czas występowania pierwszych objawów MW i fobii społecznej również się nie pokrywa. Przejawy MW dostrzega się średnio do piątego roku życia dziecka, a fobii społecznej w wieku od 11 do 13 lat (objawy fobii społecznej pojawiają się w późniejszym okresie rozwoju poznawczego). Autor doszukuje się także różnicy w zakresie diagnozy prognostycznej obu zaburzeń. W większości przypadków dziecko samoistnie wyrasta z MW, objawy fobii społecznej mają natomiast tendencję do utrwalania się i pogłębiania (cyt. za Manassis i wsp. 2008).

Yaganeh wraz z współpracownikami (2006) na podstawie swoich badań porównawczych grup dzieci z MW i fobią społeczną potwierdzili powyższe tezy, akcentując, iż fobia społeczna nie może w pełni wyjaśniać MW. Należy jednak nadmienić, że wyniki wybranych badań dostarczają dowodów na związek między MW a fobią społeczną. Wyniki uzyskane w toku dwóch procesów badawczych w grupie dzieci ze zdiagnozowanym MW wykazały, że prawie wszystkie spełniały kryteria diagnostyczne DSM-III-R dla fobii społecznej (Black, Uhde 1995; Dummit i in. 1997, cyt. za: Cohan, Chavira 2008). W innych badaniach również wskazano na podobnie wysoki odsetek fobii społecznej i innych współistniejących zaburzeń lękowych wśród dzieci z MW (Kristensen 2000; Bergman, Piacentini, McCracken 2002; Elizur, Perednik 2003; Vecchio, Kearney 2005, cyt. za: Cohan, Chavira 2008).

Środowiskowa perspektywa wyjaśniania etiopatogenezy mutyzmu wybiórczego

„W wielu przypadkach podstawową rolę w etiologii MW odgrywają poważne nieprawidłowości i niedostatki otoczenia społecznego dziecka” (WHO, 2008, cyt. za: Grąbczewska-Różycka 2017). Przyczyn można więc poszukiwać w środowisku rodzinnym dziecka, bazując na systemowym rozumieniu rodziny. W tym kontekście rodzina postrzegana być może jako „struktura składająca się z powiązanych elementów, dynamiczna organizacja części i procesów połączonych wspólną interakcją” (Cierpka 2003: 108). W perspektywie teorii systemów rodzinnych można poczynić obserwację, iż wiele dzieci z MW funkcjonuje w „neurotycznych” relacjach ze swoimi rodzicami (najczęściej z matką). Neurotyczny rodzic nieświadomie kształtuje w dziecku zależność od siebie, przekonanie o zagrożeniu ze strony świata zewnętrznego. Zazwyczaj rodzice dzieci z MW przejawiają nadmierną potrzebę kontrolowania swojego dziecka (Krysanski 2003), obarczają je swoimi problemami emocjonalnymi. W rezultacie dzieci neurotycznych rodziców

odczuwają lęk w sytuacjach społecznych (słabo radzą sobie z codziennym stresem), mają predyspozycje do częstszego odczuwania takich uczuć, jak: strach, gniew, zazdrość, smutek. Są nieufne wobec świata zewnętrznego, zwykle nieśmiałe (dziecko odczuwa strach przed obcymi, ma trudności adaptacyjne, komunikacyjne). Warto nadmienić, że neurotyzm w rodzinie jest także czynnikiem ryzyka występowania fobii społecznej u dziecka (Melfsen, Walitza, Warnke 2006).

Warto podkreślić, że styl rodzicielski, a zwłaszcza neurotyczna natura relacji na linii rodzic-dziecko, ma znaczenie w kształtowaniu się u dziecka zahamowania emocjonalnego, w konsekwencji MW. Wykazano, że nadmierna zależność między rodzicem a dzieckiem może być związana z rozwojem MW (Melfsen, Walitza, Warnke 2006). W relacji cechującej się nadmierną zależnością, przywiązaniem, u dziecka kształtuje się przekonanie, że zawsze musi być przy rodzicu, aby móc przeżyć. Z tego względu nawet krótkotrwała nieobecność rodzica wyzwała lęk, który może objawiać się mutyzmem.

W rozwoju osobniczym MW często poprzedzony jest zahamowaniem behawioralnym w okresie niemowlęstwa, skłonnością dziecka do wycofywania się z relacji z osobami mniej znanymi, powstrzymywaniem się od zabawy i wokalizacji w czasie spotkań z nieznanymi osobami (lub bezpośrednio po nich) (Manassis, Fung, Tannock 2003). Powtarzające się u dziecka symptomy zahamowania behawioralnego mogą przekształcić się z czasem w wyuczone unikanie nowych sytuacji czy MW (Melfsen, Walitza, Warnke 2006).

Wydaje się, że w utrwalaniu wzorców strategii unikających, lękowych kluczową rolę odgrywa matka. Brak akceptacji matki dla tego rodzaju zachowań skutecznie ogranicza ich trwałość. Postrzegane przez dziecko oczekiwanie matki, że ma ono mówić i brak jej tolerancji dla odstępstw od tej normy efektywnie zapobiega rozwojowi MW i utrzymywaniu się skrajnie unikających zachowań w relacjach społecznych. Matki, które uśmiechają się do unikających aktywności dzieci, przytulają wówczas nadmiernie, odstupują od postawionych oczekiwań społecznych, niejako akceptując lękowe, nieme zachowania dziecka, utrwalają je (Yeganeh, Beidel 2006).

W środowisku rodzinnym tkwią także inne czynniki, które mogą wyzwolić objawy MW. Kluczową rolę odgrywa tu styl rodzicielski. Wspomniano już o akceptacji dla braku aktywności werbalnej dziecka. Warto nadmienić, iż jedną z przyczyn MW, które tkwią w środowisku rodzinnym, jest też nadmierna kontrola i nadmierna opiekuńczość rodziców wobec dziecka. W niniejszym opracowaniu mówiono już o neurotycznym typie relacji pomiędzy dzieckiem a rodzicem, o silnej współzależności. Trzeba podkreślić, że właśnie w efekcie przyjęcia przez rodziców postawy nadmiernej opiekuńczości lub kontroli dzieci mogą być współzależnie związane z rodzicami, co może powodować brak zaufania do świata zewnętrznego, lęk

przed obcymi, a w konsekwencji obawy przed komunikacją werbalną. Wszystko to może prowadzić do wystąpienia klinicznych objawów MW.

Wspomniano, że MW jest zaburzeniem genetycznie uwarunkowanym (występuje w rodzinach, w których powtarzały się epizody zaburzeń lękowych). Warto jednak nadmienić, iż w wielu sytuacjach nieprawidłowe postawy rodzicielskie wiążą się z występowaniem wzorców reakcji lękowych u rodziców (rodzice dzieci z MW zazwyczaj dobrze funkcjonują w aspekcie społecznym, potrafią się adaptować do nowych sytuacji, lecz towarzyszy im silny lęk o życie i zdrowie ich dzieci, nieustannie się o nie martwią), które w toku rozwoju nabywa dziecko. Zatem dziecko przez naśladownictwo uczy się określonych wzorców zachowania, a nabycie wzorców reakcji lękowych może wzmocnić zachowanie mutystyczne.

Powyżej scharakteryzowane zostały pewne ustalenia poczynione na podstawie badań i analiz prowadzonych w świetle teorii systemów rodzinnych. Wymagają one jednak dalszych badań w celu pełniejszego wyjaśnienia roli środowiska rodzinnego w aktywowaniu się i rozwoju objawów MW (a także ich wycofywania się, często bez podjęcia oddziaływań terapeutycznych).

Przywołując teorię systemów rodzinnych, w celu wyjaśnienia potencjalnych przyczyn MW tkwiących w rodzinie dziecka, warto zwrócić uwagę na jeszcze inne czynniki, które mogą mieć znaczenie w etiopatogenezie MW. Przyglądając się funkcjonowaniu rodzin, w których wychowują się dzieci dotknięte MW, można dokonać identyfikacji pewnych cech tychże środowisk (powtarzają się one ze zmienną intensywnością w rodzinach dzieci z MW, w różnych konfiguracjach) (Wozińska 2016). Tylko na podstawie doświadczeń, obserwacji praktyków (psychologów, logopedów, pedagogów, nauczycieli), gdyż rzetelnych badań empirycznych w tym zakresie dotychczas nie zgłoszono, można powiedzieć, że w rodzinach dzieci z MW jest obecny problem niskiej jakości i częstotliwości komunikacji werbalnej. Rodzice, którzy są wzorcem wzajemnej komunikacji, rzadko rozmawiają ze sobą i z dzieckiem, prezentując często dysfunkcjonalne wzory komunikowania się. Odczuwają silne trudności komunikacyjne w systemie rodzinnym, zwłaszcza w obszarze jasnego, otwartego komunikowania tego, co dokładnie się czuje. W rodzinach tych funkcjonują tzw. „tematy tabu”, wątki, których nie można podejmować (np. kłopoty, sekrety rodzinne), niewyartykułowane zakazy, które jednak dziecko intuicyjnie wyczuwa. Charakterystyczny jest w nich także styl karania przedłużającym się milczeniem (Bryńska 2005: 158).

Ponadto rodziców dzieci „muśniętych” MW można określić jako perfekjonistów. Mają oni tendencję tego, aby dużo wymagać od siebie, ale także od innych osób (w tym od dziecka) i to oczekiwanie potrafią wyrazić. Charakteryzują się brakiem spontaniczności, czy skłonności do zabawy. Zwraca się również uwagę na to, iż w opisywanych rodzinach istotną rolę odgrywa budowanie zewnętrznego wizerunku. Wartością jest w tych rodzinach np. modny, kosztowny ubiór,

wystrój wnętrza zgodnie z najnowszymi trendami. Typowe jest również, że członkowie rodziny nie wypracowali jednego, spójnego wzoru zachowania wobec ludzi, ale dostosowują swoje zachowanie w stosunku do nich ze względu na pozycję społeczną, jaką zajmują. Powoduje to duże trudności w prawidłowym przebiegu procesu uczenia się przez naśladownictwo, a w konsekwencji budowania prawidłowych strategii wchodzenia w relacje z innymi ludźmi.

W codziennym funkcjonowaniu tych rodzin dostrzec można problem nie trafnie określonych granic wewnętrznych pomiędzy poszczególnymi członkami systemu, czy podsystemami (rodzice-dziecko). Te granice są zwykle rozmyte, albo ich brakuje (możliwa jest sytuacja, że są całkowicie uszczelnione, wówczas emocje, informacje nie przepływają pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny, czy podsystemami). W praktyce oznaczać to może, że np. dzieci mają wpływ na podejmowanie decyzji, które ich tak naprawdę nie dotyczą lub nie powinny decydować w danym obszarze, mają dostęp do informacji, których nie rozumieją, a są dla nich zbyt obciążające (w skrajnych sytuacjach dziecko może zostać powiernikiem problemów rodzica, co jest dla niego bardzo stresujące). Ponadto dzieci śpią wspólnie z rodzicami, korzystają z łazienki w tym samym czasie, znamienne jest także udzielanie odpowiedzi za dziecko w sprawach, które jego bezpośrednio dotyczą.

Rodzice mają także problem ze stawianiem granic dziecku i egzekwowaniem wymagań. Wiąże się to przyjmowaniem nieprawidłowych postaw rodzicielskich. Rodzice stają się więc zbyt pobłażliwi (rzadziej zbyt wymagający), chcąc niejako zrekompensować dziecku przykrości, jakich doznaje w środowisku przedszkolnym/ szkolnym. Przyjmują rolę przyjaciela dziecka, minimalizują oczekiwania, nie formułując nakazów, zakazów, zasad. Tym samym tracą dystans do trudności dziecka, nieświadomie je pogłębiając. Zazwyczaj nie są konsekwentni w działaniu zwłaszcza wobec dziecka z MW (dziecko z MW jest faworyzowane względem innych dzieci w rodzinie). Tego rodzaju zachowania oczywiście utrwalają problemy dziecka i wzmagają objawy MW. Rodzice dzieci z MW widzą świat jako groźny, trudno jest im zaufać osobom spoza rodziny, sami mają kłopot w nawiązywaniu przyjaźni, budowaniu trwałych, otwartych, szczerych relacji z innymi. Często nieświadomie uniemożliwiają, utrudniają dziecku kontakt z rówieśnikami, nadmiernie ostrzegają przed nawiązywaniem rozmowy z nieznanymi osobami, co w konsekwencji kształtuje lękowy wzorzec reakcji u dziecka (Wozińska 2016; Bystrzanowska 2018).

Kolejną przyczyną, która związana jest ze środowiskiem rodzinnym dziecka, jednak nie może być wyjaśniana w kontekście teorii systemów rodzinnych, a warto o niej wspomnieć, jest pochodzenie migracyjne dziecka. Z danych pozyskanych w toku badań A. Starke oraz K. Subellok wynika, że w grupie dzieci z rodzin emigrantów, wychowywanych w środowisku wielojęzycznym, ryzyko

rozwoju mutyzmu jest aż czterokrotnie wyższe niż w grupie kontrolnej. Wciąż nie odnaleziono odpowiedzi na pytanie, z jakich powodów wielojęzyczność zwiększa ryzyko wystąpienia MW. Niektórzy eksperci uważają jednak, że przyczyną jest raczej specyfika struktury społecznej dotkniętych MW rodzin aniżeli wielojęzyczność (Starke, Subellok 2015). Niemniej jednak pochodzenie migracyjne może być jedną z przyczyn zachowań mutystycznych.

Zaburzenia o charakterze psychiatrycznym jako potencjalne przyczyny mutyzmu wybiórczego

Dokonując przeglądu teorii, które mogłyby wyjaśnić MW można wspomnieć o dysocjacyjnej teorii tożsamości. P. Wong (2010) jest zdania, iż objawy MW mogą wystąpić na skutek dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości. Trudno odnieść się do tejże tezy, gdyż postawiona ona została na podstawie badania 15-letniego chłopca, u którego MW rozwinął się w okresie dojrzewania. Badanie sugeruje, że w przypadkach, w których dochodzi do znacznej traumy lub znęcania się nad dzieckiem, MW może być przejawem dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (Jacobsen 1995).

Można podjąć próbę wyjaśnienia rozwoju MW z perspektywy teorii stresu pourazowego. Zespół stresu pourazowego (PTSD) należy do zaburzeń psychiatrycznych. Zazwyczaj występuje u osób, które stały się świadkiem lub doświadczyły traumatycznego zdarzenia, a w reakcji na nie pojawił się lęk, poczucie bezsilności, przerażenie, silny niepokój. Istnieje podejrzenie, że PTSD może wywoływać objawy MW (Krohn i in. 1992; Manassis i in. 2003). Jest to relatywnie rzadkie wyjaśnienie przyczyn MW, pozostawia wiele wątpliwości gdyż dotyczy zaledwie kilku zgłoszonych przypadków dzieci, które doświadczyły traumatycznego wydarzenia w swoim życiu, a ich objawy pasują do kryteriów diagnostycznych MW. U większości dzieci z PTSD objawy obejmują raczej natrętne myśli, zabawy związane z traumatycznym zdarzeniem, sny związane z traumą i flashbacki (spontaniczne, krótkotrwałe przypomnienia przebytych w przeszłości trudnych, traumatycznych wydarzeń) (Kagan i in. 1990). Dzieci z PTSD mogą również wypierać myśli, emocje związane z traumatycznym zdarzeniem. Mogą doświadczać wybiórczej amnezji, niechęci do wykonywania codziennych czynności, które uprzednio dawały satysfakcję, przynosiły radość. Doświadczenie stresu pourazowego może spowodować utratę wcześniej nabytych umiejętności rozwojowych (często jest utrata umiejętności kontroli jelit, pęcherza, umiejętności komunikacyjnych) (Melfsen i in. 2006). Istnieje przypuszczenie, że odmowa mówienia może być mechanizmem obronnym. Dzięki niemu dziecko może radzić sobie z traumatycznym wydarzeniem. Warto jednak nadmienić, iż zazwyczaj

w tego rodzaju sytuacjach mamy do czynienia z mutyzmem całkowitym. Oznacza to, iż dziecko nie realizuje aktywności werbalnej w żadnej sytuacji. W takich przypadkach dziecko, poza tym, że nie mówi, wydaje się być zdrętwiałe, „zmrożone” emocjonalnie. Są więc to objawy, które są często charakterystyczne dla dzieci z MW. Wydaje się jednak, iż związek pomiędzy mutyzmem wybiórczym a zespołem stresu pourazowego nie jest przyczynowo – skutkowo, a raczej przejawia się w zbieżności objawów.

Etiopatogeneza mutyzmu wybiórczego w świetle teorii psychopatologii rozwojowej

W świetle teorii psychopatologii rozwojowej, uwzględniającej aspekty patologii, zdrowia i odnoszącej się do wiedzy o rozwoju człowieka, MW widzi się nie jako zaburzenie, a raczej unikający, dezadaptacyjny wzór zachowania, aktywujący się na skutek procesów, które zachodzą w relacji człowieka z warunkami otoczenia społecznego (relacja ta zapośredniczona jest przez wrodzone i nabyte zasoby, schematy zachowań). Teoria ta uwzględnia wpływ czynników bio-socjokulturowych w etiopatogenezie MW. W świetle tejże koncepcji, pytając o patomechanizm MW, poszukuje się sytuacji trudnych, specyficznych stresorów, czynników ryzyka, jako potencjalnych przyczyn zaburzenia. W myśl tej teorii należy uznać, iż predyspozycje dziecka jako wrodzone zdolności i skłonności, wchodzi w interakcje z czynnikami zewnętrznymi na różnych etapach życia jednostki. Zatem zasoby indywidualne i środowiskowe pozostają ze sobą we wzajemnych relacjach. Od przebiegu tychże interakcji zależeć może uaktywnienie się zaburzeń, dezadaptacyjnych schematów zachowań (jak również ich wygaszanie).

Trudno przedstawić zintegrowany model wyjaśniający aktywowanie się objawów MW. Obejmuje on bowiem indywidualną dla każdego dziecka konfigurację zasobów wrodzonych i wyuczonych, które są nabywane w różnych okresach życia i ulegają ciągłym przemianom w toku rozwoju. Odwołując się jednak do zintegrowanej tezy, wywodzącej się z ram psychopatologii rozwojowej, dotyczącej etiologii mutyzmu wybiórczego, należy podkreślić, że do jego rozwoju predysponuje długo utrzymujące się napięcie lękowe bez identyfikowalnego bodźca zewnętrznego. Stała gotowość do reagowania lękiem w różnych sytuacjach, jako genetycznie uwarunkowany komponent osobowości dziecka, jest czynnikiem aktywującym rozwój zaburzenia z objawami MW (Viana i in. 2009).

Teoria psychopatologii rozwojowej jest dogodna w wyjaśnianiu etiopatogenezy MW. Integruje bowiem czynniki, mechanizmy, które wchodzi ze sobą w interakcję, a ujęte i omówione zostały w świetle innych teorii (np. teoria systemów rodzinnych, teoria behawioralna). Warto nadmienić, iż teoria psychopatologii

rozwojowej także akcentuje rodzinne style interakcji jako znamienne w aktywowaniu i przebiegu MW. Podkreśla fakt, iż dzieci, które spostrzegają w swojej rodzinie unikanie, jako mechanizm radzenia sobie z trudnościami, ze stresem, mogą wzmocnić własne, zahamowane zachowanie i przejawiać objawy MW. Ponadto w jej świetle można wytłumaczyć okres, w którym najczęściej diagnozuje się mutyzm. Otóż dzieci z wczesnymi deficytami mowy i języka, z łatwością funkcjonujące w środowisku rodzinnym, są nieświadome swoich deficytów. Kiedy rozpoczynają naukę szkolną, rówieśnicy szybko odkrywają ich deficyty językowe i im dokuczają. W przypadku dzieci z wrodzoną gotowością do reagowania lękiem, do wdrażania unikowych strategii zachowań, dokuczanie może utrwalać wzór unikania i aktywować objawy MW.

Teoria psychopatologii rozwojowej kładzie silny nacisk na konieczność indywidualnego rozważania zmiennych kontekstualnych wchodzących w interakcję z predyspozycjami dziecka w celu ustalenia przyczyn MW. Zgodnie z podejściem psychopatologii rozwojowej MW traktuje się bowiem jako zachowanie unikające (aktywowane przez dziecko jako strategia obronna), a nie zaburzenie.

Mutyzm wybiórczy i jego przyczyny biologiczne

Przywołane powyżej teorie akcentują psycho-społeczny charakter etiopatogenezy MW. Warto jednak nadmienić, iż nie mniej ważne jest wskazanie biologicznych, temperamentalnie uwarunkowanych przyczyn mutyzmu. Na podstawie analizy literatury można stwierdzić, iż fundamentalną przyczyną MW jest najprawdopodobniej nadreaktywność części mózgu, która jest odpowiedzialna za odczuwanie przez jednostkę nadmiernego stresu w sytuacjach powiązanych z ekspozycją społeczną. Są to wszelakiego typu okoliczności, w których jednostka ma świadomość tego, że uwaga innych jest skierowana ku niej. Z racji tego, iż jest obserwowana, słuchana przez inne osoby, że znajduje się w centrum uwagi doświadcza napięcia, niepokoju, nieprzyjemnego uczucia z powodu tremy. Dzieci z objawami MW doświadczają tych uczuć niemalże zawsze w podobnych okolicznościach, nagle. Opisany stan uniemożliwia im efektywną komunikację i celowe działanie.

W tym miejscu warto powiedzieć o roli czynników organicznych, takich jak na przykład zaburzenia hormonalne, czy nieprawidłowości w zakresie działania serotonergicznego układu neuroprzekaźników. Dysfunkcjonalność tego układu odgrywa istotną rolę w przypadku większości zaburzeń, u podłoża których leży lęk. Może także aktywować trudności komunikacyjne na skutek odczuwania stresu i tym samym braku przyjemności płynącej z rozmowy z drugim człowiekiem.

Przyczyn MW można także poszukiwać w świetle teorii audiologiczno-neurobiologicznych. Z tej perspektywy istotnym czynnikiem w patogenezie MW są zaburzenia eferentnego przetwarzania słuchowego (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema 2018). Niektórzy przyczyn MW poszukują właśnie w deficytach funkcjonowania analizatora słuchowego, który umożliwia prawidłową percepcję dźwięków mowy. Analizator słuchowy zbudowany jest z receptora, drogi dośrodkowej oraz korowej części analizatora. W sytuacji, w której jakkolwiek jego część nie pracuje prawidłowo, dziecko ma trudność z odbiorem i identyfikacją dźwięków (warto nadmienić, iż poziom słuchu fizycznego nie musi być obniżony, oznacza to, iż dziecko niekoniecznie ma niedosłuch). Zgodnie z koncepcją Y. Bar-Haima oraz Y. Henkina dzieci z MW mogą mieć problem w radzeniu sobie z percepcją dźwięków i jednoczesną głośną artykulacją. Oznacza to, iż u wielu osób z objawami MW można zidentyfikować deficyty w zakresie funkcjonowania systemów MOCB (Medial Olivocochlear Bundle – jest to refleks środkowej wiązki oliwkowo-ślimakowej) oraz MEAR (Middle-Ear Acoustic Reflex – jest to refleks akustyczny ucha środkowego). Warto nadmienić, iż refleks środkowej wiązki oliwkowo-ślimakowej i refleks akustyczny ucha środkowego to dwa niejednolite, eferentne systemy, które są odpowiedzialne za monitorowanie i regulację procesu wokalizacji. Funkcją systemu MEAR jest ochrona ucha wewnętrznego poprzez neutralizację dźwięków o dużym natężeniu, o niskiej częstotliwości. Zatem jego zadanie to ograniczanie stymulacji słuchowej dróg nerwowych jednostki. Dzieje się to za pośrednictwem skurczu mięśni ucha środkowego. Trzeba zasygnalizować, iż deficyty w zakresie funkcjonowania systemu MEAR rozpoznawane są u większości osób charakteryzujących się introwertywnością. Zaburzenia funkcjonowania MEAR korelują ze zwiększoną wrażliwością słuchową introwertywnych osób i ich preferencją otoczenia z umiarkowaną liczbą bodźców (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema 2018).

Funkcja systemu MOCB, jak dotąd, nie została w pełni zidentyfikowana i opisana. Nasuwa się podejrzenie, iż w sytuacji ekspozycji na dźwięki o umiarkowanej częstotliwości pełni on funkcję ochronną i zapobiega uszkodzeniu ślimaka. Co ciekawe, funkcja systemu MOCB jest uaktywniana już przy antycypacji przez jednostkę wokalizacji. Warto także nadmienić, iż najprawdopodobniej MOCB pełni również funkcję niwelującą sygnały tła podczas identyfikacji dochodzących do mózgu bodźców akustycznych (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema 2018).

Nieprawidłowa, nieukierunkowana percepcja słuchowa rozpoznawana u niektórych dzieci z MW może powodować odczulanie ich ścieżek słuchowych przez wokalizację oraz słabszą kontrolę maskowania i zniekształcania percepowanych dźwięków mowy. W rezultacie dzieci mogą z czasem nabyć wzór ograniczania, unikania wokalizacji w sytuacjach, które wymagają złożonego, wysoce efektywnego przetwarzania słuchowego (tego rodzaju sytuacje są specyficzne

dla środowiska przedszkolnego/szkolnego, hałas, ciągły szum obecny w tle, w otoczeniu dziecka w przedszkolu negatywnie wpływa na możliwość efektywnej percepcji dźwięków mowy). Adaptując się do tego rodzaju warunków, dzieci mówią niewyraźnie (nie mogą doskonalić swojej wymowy w warunkach nadmiernie doświadczanego przez nie szumu w tle, w efekcie pojawiają się deficyty językowe), niewiele, cicho lub całkowicie odmawiają wypowiedziania się (Bar-Haim i in. 2004; Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema 2018). To jest dopiero sygnałem alarmującym dla opiekunów. W środowisku domowym sytuacja kształtuje się odmiennie. Dialogi rodzinne są zwykle podejmowane w znanych dziecku scenariuszach „jeden do jednego”, a dziecko doświadcza działania cichszych dźwięków w tle (jeśli oczywiście rodzice nadmiernie nie wykorzystują głośnych urządzeń, które mogą rozpraszać uwagę dziecka). Właśnie z tego względu dom jest postrzegany jako bezpieczne środowisko dla osób z MW i deficytami w zakresie funkcjonowania systemów MOCB i MEAR. Dzieci, znając słowne konstrukcje używane przez członków rodziny, mogą aktywnie angażować się w komunikację i doceniają kameralność tego rodzaju dialogów, kiedy nie jest konieczna synchronizacja dźwięków pochodzących z różnych źródeł, w tym separacja szumu z tła (np. kilka osób mówiących jednocześnie, nauczyciel zadający pytanie podczas zintensyfikowanych rozmów w klasie, komunikaty od nieznanymi, którzy zazwyczaj używają innych/ nieznanymi dziecku konstruktów językowych, niestosowanych przez członków najbliższej rodziny). W takich warunkach wypowiadają się chętnie, wyraźnie i głośno.

Podsumowanie

Analiza literatury wskazuje, iż wiele teorii psychologicznych i zgromadzonych danych empirycznych usiłuje wyjaśnić etiopatogenezę mutyzmu wybiórczego. Ukazują one jednak tylko kierunek w myśleniu na temat przyczyn MW, gdyż oparte są na wynikach nielicznych badań, prowadzonych na małych, niereprezentatywnych próbach badawczych. Biorąc jednak pod uwagę, iż MW jest złożonym i dość rzadko występującym w populacji zaburzeniem warto myśleć o nim z różnych perspektyw. Wykorzystanie zasobów omówionych powyżej teorii (ale także innych, nie przywołanych w niniejszym opracowaniu) pozwala na multidyscyplinarne podejście do MW i uchwycenie pewnych zależności. Przywołane tu koncepcje (teoria behawioralna, teoria fobii społecznej, teoria systemów rodzinnych, teoria psychodynamiczna, teoria stresu pourazowego, teoria psychopatologii rozwojowej, teorie neurologiczno - audiologiczne), aspirujące do wyjaśnienia etiopatogenezy MW, dopełniają się wzajemnie, dając pełniejszy obraz specyfiki MW. Pewne jest bowiem, że aktywowanie się objawów MW wynika

ze współdziałania różnych czynników genetycznych, temperamentalnych, środowiskowych i rozwojowych (Hua, Major 2016: 114–120).

Bibliografia

- Anstendig K. (1999), *Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification*, *Journal Anxiety Disord*, 13 (4): 417–434.
- Burzyńska M. (2015), *Mutyzm wybiórczy*, <http://pzp.edu.pl/wp-content/uploads/2015/10/mutyzm-artyku%C5%82.pdf> (dostęp: 4.11.2019).
- Bryńska A. (2005), *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne* [w:] red. T. Wolańczak, J. Komender, *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 147–178.
- Cierpka A. (2003), *Systemowe rozumienie funkcjonowania rodziny* [w:] A. Jurkowski (red.), *Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej*, PAN, Warszawa, 107–129.
- Cohan S., Chavira D. (2008), *Refining the Classification of Children with Selective Mutism: A Latent Profile Analysis*, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (4): 770–784.
- Holka-Pokorska J., Piróg-Balcerzak A., Jarema M. (2018), *The controversy around the diagnosis of selective mutism – a critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria*, *Psychiatria Polska*, 52 (2): 323–343.
- Hua A., Major N. (2016), *Selective mutism*, *Current Opinion in Pediatrics*, 28 (1): 114–120.
- ICD-10, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, rewizja 10, t. 1 (2008), tytuł oryginału: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-10, volume 1.
- ICD-11, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, rewizja 11, t. 1 (2018), tytuł oryginału: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-11, volume 1.
- Jacobsen T. (1995), *Case study: Is selective mutism a manifestation of dissociative identity disorder?*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29: 863–866.
- Kagan J., Reznick S., Snidman N. (1990), *Origins of panic disorder* [w:] J. Ballenger, (ed.), *Neurobiology of Panic Disorder*, *Frontiers of Clinical Neuroscience*, volume 8, Wiley-Liss, New York, 71–87.
- Krohn D., Weckstein S., Wright H. (1992), *A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 (4): 711–718.
- Krysanski V. (2003), *A brief review of selective mutism literature*, *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 137 (1): 29–40.
- Giddan J., Milling L. (1999), *Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children*, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8 (1): 19–36.
- Leonard H., Dow S. (1993), *Elective mutism*, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2: 695–707.
- Manassis K., Tannock R. (2008), *Comparing interventions for selective mutism: a pilot study*, *Can J Psychiatry*, 53 (10): 700–703.
- Manassis K., Fung D., Tannock R. (2003), *Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety?*, *Depress Anxiety*, 18 (3): 153–161.
- Melfsen S., Walitza S., Warnke A. (2006), *The extent of social anxiety in combination with mental disorders*, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15 (2): 111–117.

- Starke A., Subellok K. (2015), *Wenn Kinder nicht sprechen – Selektiver Mutismus*, Sprachförderung und Sprachtherapie, 4 (1): 2–7.
- Raport Amerykańskiego Centrum Zwalczenia i Zapobiegania Chorobom „Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder”, <https://www.cdc.gov/ncbddd/autim/data.html> (dostęp: 24.09.2020).
- Starke A., Subellok K. (2015), *Wenn Kinder nicht sprechen – Selektiver Mutismus*, Sprachförderung und Sprachtherapie, 4 (1): 2–7.
- Wong P. (2010), *Selective Mutism: A Review of Etiology, Comorbidities, and Treatment*, Psychiatry, 7 (3): 23–31.
- Viana A., Beidel D., Rabian B. (2009), *Selective mutism: A review and integration of the last 15 years*, Clinical Psychology Review, 29 (1): 57–67.
- Yeganeh R., Beidel D., Turner S. (2006), *Selective mutism: more than social anxiety?*, Depress Anxiety, 23 (3): 117–123.