

Ewa Arleta Kos  
Uniwersytet Łódzki

## Procedura identyfikacji mutyzmu wybiórczego i jego podstawowych typów jako fundament wsparcia rozwoju emocjonalno-społecznego dziecka

Zamierzeniem niniejszego opracowania jest omówienie specyfiki procesu diagnostycznego mającego na celu rozwój emocjonalno – społeczny dzieci z mutyzmem wybiórczym -zaburzeniem lękowym rozpoczynającym się w okresie dzieciństwa. Na podstawie gruntownego przeglądu literatury Autorka omawia także różne typy mutyzmu wybiórczego oraz zaburzenia mu towarzyszące, które utrudniają diagnostykę różnicową. Wskazuje także na rolę nauczycieli w toku procesu diagnozy mutyzmu wybiórczego.

Słowa kluczowe: mutyzm wybiórczy, typy mutyzmu wybiórczego, diagnoza funkcjonalna

## The procedure of identifying selective mutism and its types as the basis for supporting the emotional and social development of a child

The intention of this study is to discuss the specificity of the diagnostic process aimed at the emotional and social development of children with selective mutism - an anxiety disorder that manifests itself in childhood. On the basis of the literature review, the author also presents various types of selective mutism and comorbid disorders that hinder differential diagnosis. The author also points to the role of teachers in the process of selective mutism diagnosis.

Keywords: selective mutism, types of selective mutism, functional diagnosis

### Wprowadzenie

Mowa jest jednym z elementów, na podstawie którego formułujemy opinię o rozmówcy. Ułatwia nawiązywanie i utrzymywanie relacji społecznych. Mowa dziecka w znaczący sposób oddziałuje na przebieg jego rozwoju i sukcesy szkolne. Rozwój językowy wiąże się z rozwojem poznawczym, emocjonalno – społecznym dziecka i nabywaniem przez nie kompetencji komunikacyjnych (narra-

cyjnych, konwersacyjnych). Te elementy dopełniają się. Osiągnięcia dziecka w zakresie rozwoju językowego stanowią podstawę dla rozwoju emocjonalnego. Pojawiające się zaburzenia w zakresie komunikacji mają wpływ na przebieg rozwoju emocji i odwrotnie - zaburzenia o charakterze emocjonalnym mogą ujawniać się pod postacią zaburzeń komunikacyjnych. Jednym z zaburzeń w funkcjonowaniu społecznych o podłożu lękowym, jest mutyzm wybiórczy.

## Mutyzm wybiórczy – charakterystyka zaburzenia

Mutyzm wybiórczy (MW) jest to zaburzenie, które uznawane jest za relatywnie rzadko występujące w populacji. To dość złożone zaburzenie o podłożu lękowym, które najczęściej dotyka dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Objawy MW pojawiają się zwykle we wczesnym okresie rozwoju, pomiędzy trzecim a szóstym rokiem życia. Diagnoza stawiana jest natomiast pomiędzy piątym a ósmym rokiem życia dziecka, najczęściej dopiero po rozpoczęciu przez dziecko nauki w szkole. Wcześniej problem dziecka nie jest dostrzegany, zwłaszcza przez rodziców, a często również przez nauczycieli w przedszkolu.

MW charakteryzuje się tym, iż dziecko, mimo iż bardzo chciałoby i ma wystarczające umiejętności językowe, nie jest w stanie mówić w określonych sytuacjach społecznych (zwykle postrzeganych przez nie jako mało komfortowe). Symptom niemówienia jest właśnie najbardziej dostrzegalny w sytuacjach związanych z kontekstem edukacyjnym (przedszkole, szkoła), a także w kontaktach z osobami nieznanymi, na spotkaniach towarzyskich, uroczystościach rodzinnych, na których dziecko odczuwa presję mówienia (Ford i in. 1998).

W najnowszej klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5), MW został przypisany do kategorii zaburzeń lękowych rozpoznawanych w okresie niemowlęcym, dzieciństwie lub okresie dojrzewania. Specyfikatory diagnostyczne MW według DSM-5 to:

- brak mówienia obserwowany jest wyłącznie w określonych sytuacjach, dostępne jest potwierdzenie, że dziecko bez zahamowań posługuje się mową w komfortowym dla siebie środowisku;
- na skutek problemów związanych z zaburzeniem dziecko ma trudność w osiągnięciu sukcesów edukacyjnych, spełnianiu oczekiwań nauczyciela;
- okres powstrzymywania się od aktywności werbalnej przekracza jeden miesiąc;
- dziecko zna i rozumie język;
- zahamowania w zakresie aktywności werbalnej nie można wyjaśnić poprzez towarzyszące zaburzenia komunikacyjne, takie jak np. jąkanie lub inne wady wymowy;

– niemówienie nie jest konsekwencją braku wiedzy dziecka (DSM-5, 2013).

Do podobnych kryteriów odwołuje się ICD-10. W aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, specyfikatory MW określone zostały w następujący sposób:

- ekspresywność oraz rozumienie języka przez dziecko, oceniane wg standaryzowanych testów, mieszczą się w granicach dwóch odchyłeń standardowych, adekwatnie do wieku dziecka;
- istnieje możliwość potwierdzenia, iż niemożność mówienia występuje tylko w określonych typach sytuacji, natomiast w innych komunikacja realizowana jest bez zahamowań;
- czas trwania niemożności mówienia przekracza 4 tygodnie (z wyłączeniem pierwszego miesiąca pobytu dziecka w nowym środowisku edukacyjnym);
- u dziecka nie zostało zdiagnozowane żadne z całościowych zaburzeń rozwoju;
- dziecko wykazuje się znajomością i rozumieniem języka (ICD-10, 2008: 252).

MW jest zaburzeniem mowy przejawiającym się brakiem mówienia w określonych sytuacjach, w obecności pewnych osób lub miejscach. Przy czym zachowana jest aktywność werbalna wobec niewielkiej grupy osób. W ciężkich postaciach MW dzieci są w stanie rozmawiać wyłącznie z kilkoma osobami - głównie z kręgu najbliższej rodziny. Wówczas nie nawiązują nawet kontaktu wzrokowego z innymi osobami. W konsekwencji nie są w stanie uczestniczyć w sytuacjach społecznych poza środowiskiem rodzinnym. Dzieci „muśnięte” MW rozmawiają z osobami spoza rodziny (na przykład z przyjaciółmi), rówieśnikami (Kos 2020). Warto jednak nadmienić, iż najczęściej zachowana jest komunikacja niewerbalna (dziecko za pomocą mimiki twarzy – np. uśmiech, grymasy niezadowolenia, złości; gestów, znaków proksemicznych komunikuje się z otoczeniem) (Minczakiewicz 1996: 137).

### Specyfika procesu diagnostycznego mutyzmu wybiórczego – diagnoza funkcjonalna wspierająca rozwój emocjonalno- społeczny dziecka

Jak wspomniano we wprowadzeniu do niniejszego opracowania, MW zakłóca prawidłowy przebieg rozwoju emocjonalno – społecznego dziecka. Na skutek trudności związanych z MW hamowany jest rozwój umiejętności w zakresie regulowania ekspresji własnych uczuć, skłonności do mówienia o emocjach, komentowania i nazywania przeżyć emocjonalnych, a zwłaszcza podejmowania refleksji nad nimi. MW utrudnia integrowanie się dziecka z grupą rówieśniczą (socjalizację), a także kształtowanie się w grupie, dochodzenie do unikatowych

wzorów przeżywania, myślenia, działania w określonych sytuacjach (Kilar-Turska 2010: 112–113).

Pierwsze objawy MW pojawiają się na wczesnym etapie rozwoju dziecka. Pomimo to dzieci długo nie są diagnozowane (albo błędnie diagnozowane), a w konsekwencji nie otrzymują odpowiedniego wsparcia. Rodzice i nauczyciele czekają na samoistną poprawę funkcjonowania dziecka, które latami utrwała błędny sposób nawiązywania relacji rówieśniczych, nie mając szans na właściwy rozwój kompetencji społeczno - emocjonalnych.

Zazwyczaj diagnoza stawiana jest więc w okresie przedszkolnym lub wczesnoszkolnym. Wówczas także dziecko może otrzymać skuteczne wsparcie o charakterze pedagogicznym i terapeutycznym (Renschmidt i wsp. 2001). Dzieje się to jednak dość rzadko albowiem dzieci z MW wydają się być miłe, grzeczne, niesprawiające kłopotów wychowawczych (Chmyłko-Terlikowska 2018). Ponadto nauczyciele w przedszkolach i szkołach często nie dysponują odpowiednią, precyzyjną wiedzą i narzędziami diagnostycznymi, które pomogłyby im w rozpoznaniu dzieci z MW. Milczenie jest także często mylnie postrzegane jako skrajna forma nieśmiałości (Kopp, Gilberg 1997), która nie wymaga interwencji terapeutycznej. W wielu przypadkach nauczyciele rezygnują z podjęcia działań mających na celu zdiagnozowanie dziecka w obawie przed reakcją rodziców, z których wielu twierdzi, iż problem niemówienia związany jest z niekorzystnym klimatem klasy, szkoły, niewłaściwymi postawami nauczyciela (Mulligan, Hale, Shipon-Blum 2015).

Wszystko to najprawdopodobniej skutkuje dużą liczbą niezdiagnozowanych dzieci z MW (Starke, Subellok 2012). Ponadto wpływa na długi okres od wystąpienia pierwszych objawów do udzielenia dziecku specjalistycznego wsparcia, a aż do 40% dzieci i młodzieży z MW nie otrzymuje żadnej pomocy (Subellok 2012).

Jest to niepokojące z racji tego, iż brak aktywności werbalnej znacząco ogranicza możliwość wykorzystania potencjału edukacyjnego dziecka, a współistniejące negatywne komponenty emocjonalne i behawioralne (np. lęk, zachowania pasywne) stanowią poważny problem wymagający wsparcia terapeutycznego, ale przede wszystkim odpowiedniej organizacji procesu dydaktycznego (Podgórska-Jachnik 2020). Dziecko z MW wymaga bowiem przede wszystkim większej uwagi w obszarze rozwijania jego kompetencji społeczno-emocjonalnych. Poczucie integracji społecznej i kontakt z rówieśnikami odgrywa bowiem wyjątkowo ważną rolę w rozwoju dzieci i młodzieży z MW (Katz-Bernstein 2011).

Plan wszelkich oddziaływań terapeutyczno-wychowawczych musi się opierać na rzetelnie przeprowadzonym procesie diagnostycznym, którego podstawą jest analiza funkcjonalna.

Warto jednak nadmienić, iż aby zapewnić dziecku odpowiednie oddziaływanie terapeutyczne na terenie placówki, nie w każdym przypadku konieczna jest

formalna diagnoza MW (Bystrzanowska 2018). MW jest zaburzeniem, którego objawy dość łatwo są niwelowane na skutek chociażby nieformalnych, systematycznie prowadzonych oddziaływań w środowisku. Często wystarczy aktywność świadomego, empatycznego nauczyciela lub specjalisty, współpraca z rodzicami, odpowiednie warunki w przedszkolu, aby zapobiec utrwalaniu się nieadaptacyjnych wzorów zachowań.

W pewnych okolicznościach formalna diagnoza jest jednak niezbędna. Są to sytuacje, w których nie ma pewności, jakie zaburzenie dotyczy dziecka, jeśli mimo wdrażania nieformalnych oddziaływań przez nauczycieli, rodziców nie widać efektów oraz gdy objawy sugerują ciężką postać MW. Pełna diagnoza konieczna jest także wówczas, jeśli istnieje podejrzenie innego źródła trudności komunikacyjnych dziecka lub w sytuacji, jeżeli terapia w przedszkolu/szkole jest możliwa tylko po okazaniu przez rodzica opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznej (Bystrzanowska 2018).

Diagnoza dziecka z MW powinna uwzględniać poziom jego funkcjonowania w szerszym kontekście (warto przede wszystkim określić jakość interakcji społecznych dziecka, jego potrzeby komunikacyjne, zdolność do nawiązywania przyjaźni, motywację do utrzymywania relacji społecznych, poziom zahamowania w wyrażaniu emocji). Istotnym jest rozpoznanie mocnych i słabych stron dziecka, aby jednak było to możliwe, konieczne jest zgromadzenie rzetelnej wiedzy o dziecku z różnych źródeł. Późniejsze oddziaływania terapeutyczne powinny być bowiem oparte o nabyte już przez dziecko umiejętności i wykorzystywać jego potencjał, wspierając rozwój emocjonalno - społeczny.

W przypadku mutyzmu sprawdza się etapowy proces diagnostyczny (Pytka 2005). Na ten proces składać się powinna: diagnoza konstatacyjna, diagnoza ukierunkowująca (projektująca), diagnoza weryfikująca. W każdy etap diagnozy powinni być zaangażowani specjaliści z poradni psychologiczno - pedagogicznej, nauczyciele, rodzice, a nawet jeżeli istnieje taka potrzeba rówieśnicy.

W ramach etapu konstatacyjnego fakty, podejmowanego zazwyczaj w poradni psychologiczno-pedagogicznej, diagnoza dziecka z podejrzeniem MW obejmuje przede wszystkim wywiad z rodzicami. Należy potwierdzić, że dziecko w określonych sytuacjach posługuje się mową bez zahamowań. Na tym etapie dokonuje się także diagnozy psychologiczno-pedagogicznej i logopedycznej. Należy ustalić tempo, rytm, a zwłaszcza dynamikę rozwoju dziecka w sferze fizycznej, emocjonalno - społecznej oraz intelektualnej. W toku diagnozy logopedycznej ocenia się sprawność, budowę anatomiczną narządów mowy. Określa się także poziom sprawności słuchowej dziecka w zakresie wszystkich typów słuchu (słuch fizjologiczny, fonologiczny i fonetyczny). W zakres diagnozy logopedycznej wchodzi również weryfikacja poprawności artykulacji (identyfikacja potencjalnych trudności artykulacyjnych), określenie poziomu rozwoju językowego dziecka. Dopeł-

nieniem tego etapu diagnozy powinna być obserwacja dziecka w przedszkolu/szkole lub analiza wniosków przekazanych przez nauczyciela. Podejrzenie MW powinno być potwierdzone w toku badania psychiatrycznego (Bystrzanowska 2018).

Nadrzędnym celem tego etapu diagnozy jest określenie obszarów deficytowych i obszarów do rozwoju w funkcjonowaniu dziecka. Istotnym jest również zidentyfikowanie mocnych stron, a także wskazanie potencjalnych przyczyn trudności w komunikacji werbalnej.

W toku diagnozy ukierunkowującej (projektującej) warto skoncentrować się na opracowaniu programu działań w środowisku, w którym lęk przed mówieniem jest przez dziecko najbardziej odczuwany. Wdrażając program wsparcia w codzienną praktykę przedszkolną/szkolną należy zdecydować, kto będzie koordynatorem podejmowanych działań. Może nim być wychowawca, pedagog, psycholog, dyrektor placówki. Działania zaplanowane w programie powinny być realizowane w ścisłej współpracy z dzieckiem, jego rodzicami, specjalistami z poradni oraz pozostałymi osobami zatrudnionymi w placówce.

W ramach diagnozy weryfikującej (rozumianej jako proces ewaluacji podjętych działań terapeutyczno-wychowawczych) dobrą praktyką jest ocena skuteczności podejmowanych wobec dziecka działań. Pozwala to wysnuć wnioski z dotychczasowej pracy, która powinna być skoncentrowana na poprawie funkcjonowania dziecka w zakresie komunikacji z otoczeniem. Diagnoza weryfikacyjna może stanowić podstawę do wprowadzania niezbędnych modyfikacji w plan wsparcia dziecka. Dzięki temu wszelkie oddziaływania mają szansę stać się bardziej efektywne, a spodziewane rezultaty mogą zostać osiągnięte.

Prowadząc wszelkie działania diagnostyczne w toku terapii i edukacji, a jest to istotne zwłaszcza w kontekście pracy z dziećmi z podejrzeniem MW, należy przestrzegać podstawowych reguł. Przede wszystkim ważne jest działanie zespołowe. Diagnozy MW zawsze dokonuje zespół specjalistów, którzy pracują bezpośrednio z dzieckiem. Powinni oni współpracować ze sobą, wspierać się wzajemnie i wymieniać swoje spostrzeżenia. Współpraca konieczna jest także na etapie opracowywania i wdrażania planu oddziaływań edukacyjno-wychowawczo-terapeutycznych.

Zespół specjalistów diagnozujący dziecko z MW i opracowujący plan wsparcia powinien pracować w myśl zasady działania interdyscyplinarnego. Oznacza to, iż jest zobowiązany do stosowania wiedzy i procedur działania, które zostały wypracowane w ramach różnych dyscyplin naukowych.

Fundamentem procesu diagnostycznego jest skuteczne komunikowanie się osób badających z dzieckiem. Należy pamiętać o tym, iż współpraca z dzieckiem wykazującym objawy MW musi zostać odpowiednio zaplanowana. Ponadto trzeba dołożyć wszelkich starań, aby stworzyć atmosferę życzliwości, wzajemne-

go zrozumienia, która jest niezbędna do wytworzenia kontekstu zadaniowego potrzebnego do przeprowadzenia dokładnej diagnozy. Warto nadmienić, iż w przypadku dzieci z MW niezbędnym może okazać się wypracowanie wspólnego systemu komunikacyjnego, który nie musi być oparty o aktywność werbalną dziecka. Ważne jest, aby system ten zapewniał wzajemne rozumienie się diagnosty oraz badanego, uwarunkowane prawidłowym spostrzeganiem i właściwą interpretacją sygnałów, znaków, komunikatów językowych i niejęzykowych.

W kontekście diagnozy MW priorytetową wydaje się być zasada dbałości o prawidłowy porządek i łączenie wniosków płynących z rozpoznania w zakresie poszczególnych sfer aktywności dziecka w zgodzie z naturalnymi uwarunkowaniami i przebiegiem rozwoju. Diagnoza dziecka z objawami MW powinna mieć charakter diagnozy pozytywnej. Koncentracja i rozpoznanie mocnych stron i potencjału rozwojowego dziecka umożliwia bowiem pracę nad wzbudzeniem wewnętrznej motywacji dziecka do podejmowania określonych działań, doświadczanych początkowo jako trudne. Wzmaga również poczucie skuteczności i kontroli nad własnym działaniem (Wysocka 2016). Diagnoza powinna być również powtarzana celu uchwycenia zmian, ynikających z naturalnego rozwoju dziecka, następujących w wyniku terapii, usprawniania i korekcji oraz osiągnięć szkolnych (Krakowiak 2017: 15).

## Mutyzm wybiórczy a diagnostyka różnicowa

Trudności w komunikacji werbalnej, które są podstawowym objawem MW, towarzyszą także innym zaburzeniom. Z tego względu diagnoza jest w pewnych sytuacjach trudna, a objawy wskazujące na MW są bagatelizowane lub błędnie diagnozowane. Ponadto symptomy wskazujące na MW są niejednoznaczne, rozmyte, trudne w identyfikacji, charakteryzują się różnym nasileniem. MW towarzyszą także inne zaburzenia i trudności, co dodatkowo utrudnia diagnostykę.

Zdarza się, iż mutyzm mylony jest z autyzmem na skutek nieprawidłowo realizowanego procesu diagnozy i niskiej świadomości społecznej w tym obszarze (Andrzejewska 2013; Stasiak 2020). Trudności lub brak aktywności werbalnej może bowiem dotyczyć dzieci, u których zdiagnozowane są zaburzenia ze spektrum autyzmu. Różnica polega jednak na tym, iż dzieci dotknięte MW chcą mówić, lecz z pewnych względów nie mogą, odczuwają lęk, natomiast dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie mówią, ponieważ nie odczuwają takiej potrzeby.

Objawy MW są także często interpretowane jako skrajna nieśmiałość, czemu towarzyszy przekonanie wielu specjalistów, iż dziecko samo z tego wyrośnie (Podgórska-Jachnik 2020) – co rzeczywiście często się dzieje z przyczyn dotychczas nierozpoznanych. Inni z kolei postrzegają mutyzm jako formę zachowania

buntowniczego, rodzaj manipulacji otoczeniem i próbę jego kontroli. Jeszcze inni profesjonaliści wiążą mutyzm wybiórczy z poważnymi trudnościami w uczeniu się (Stasiak 2020).

Diagnostykę różnicową uzasadniają więc symptomy, które można wiązać z wieloma zaburzeniami, a także innymi dysfunkcjami społecznymi, emocjonalnymi i językowymi, które mogą towarzyszyć MW. Niektórzy w związku z tym mówią nawet o podtypach MW (Cohan 2008; Kristensen 2000; Mulligan, Hale, Shipon-Blum 2015). Ukazują one różnorodną specyfikę funkcjonowania dzieci z MW, wskazując także na inną etiologię zaburzenia. W dalszej części paragrafu scharakteryzowane zostaną kryteria wyróżniania typów MW, które zostały zidentyfikowane na podstawie analizy literatury.

Ze względu na czas wystąpienia pierwszych objawów, MW można postrzeżać jako wczesny (pierwsze objawy pojawiają się pomiędzy 3 a 4 rokiem życia dziecka) i późny/szkolny (początek po 5 roku życia dziecka) (Katz-Bernstein 2011). W tej perspektywie początek MW wiąże się ze zmianą kontekstu społecznego, w którym funkcjonuje dziecko (rozpoczęcie przedszkola, szkoły).

Ponadto obraz MW kształtuje się nieco odmiennie, jeśli koncentrujemy się na trudnościach towarzyszących. Na podstawie badania na ponad 100 dzieciach z MW, Sharon Cohan ze współpracownikami wyróżnili trzy typy MW: mutyzm wybiórczy z lękiem społecznym oraz zachowaniami opozycyjno – buntowniczymi; mutyzm wybiórczy z lękiem społecznym oraz z towarzyszącymi nieprawidłowościami językowymi; mutyzm wybiórczy wyłącznie z lękiem społecznym (Cohan i in. 2008; Kristensen 2000).

MW wiąże się więc bezspornie z lękiem. Wielu badaczy wskazuje, że lęk społeczny dotyczy niemalże wszystkich dzieci z MW i jest więc podstawowym czynnikiem etiopatogenezy MW (m.in. Black, Uhde 1995; Dummit i in. 1997; Kristensen 2000; Cohan 2008). W tym kontekście pojawia się wątpliwość czy MW jest odrębnym zaburzeniem, czy być może jest tylko objawem lęku społecznego. Pomimo podobieństw między zespołem lęku społecznego a MW istnieje jednak przesłanka, która wskazuje, iż mutyzm jest odrębnym zaburzeniem. Odnosi się ona do wieku wystąpienia zaburzenia - średni wiek wystąpienia zespołu lęku społecznego to 13 lat (APA, 2013), podczas gdy pierwsze objawy MW pojawiają się zwykle przed ukończeniem 5 roku życia dziecka (APA, 2013). Z drugiej jednak strony być może MW jest rozwojowym zwiastunem zespołu lęku społecznego, którego początek jest wcześniejszy niż inne objawy tego zaburzenia. Podejrzanie takie nasuwa się z tego powodu, iż u wielu dzieci, które w dzieciństwie miały objawy MW z czasem rozwija się zespół lęku społecznego (Bergman i inni 2002). Świadczą o tym raporty z badań retrospektywnych dotyczących osób dorosłych, które doświadczają lęku społecznego. Wspominają one, iż w dzieciństwie miały



objawy wskazujące na MW (Dow i in. 1995; Steinhausen, Wachter, Laimböck, Metzke 2006).

Jest to bardzo cenna informacja z tego względu, iż wiedza o tego rodzaju zależności pozwala wdrożyć działania o charakterze profilaktycznym, a w rezultacie zatrzymać rozwój zaburzeń lękowych.

MW może wiązać się z deficytami językowymi związanymi z opóźnieniami rozwoju mowy. Warto nadmienić, że około jedna trzecia do połowy wszystkich dzieci z MW ma problemy językowe (Steinhausen, Juzi 1996; Andersson, Thomssen 1998; Kristensen 2000; Manassis i in. 2003, Cohan i in. 2008). Trudności dziecka mogą przybrać formę rozpoznawalnych zaburzeń komunikacji lub bardziej subtelnych opóźnień w przebiegu procesu rozwoju kompetencji w zakresie komunikacji werbalnej.

Część dzieci z MW, mimo iż są w normie intelektualnej, rozwijają się prawidłowo pod względem słuchowym, ruchowym i emocjonalnym, posługują się niewielką ilością słów, a ich wypowiedzi są niezwykle ubogie (kompetencje narracyjne i konwersacyjne są na niższym poziomie niż u rówieśników). Przystawianie przez nie języka i posługiwanie się nim jest dla nich niezwykle trudne (Mulligan, Hale, Shipon-Blum 2015).

Dzieci w wieku szkolnym z MW, borykające się dodatkowo ze specyficznymi trudnościami językowymi, mogą stosować słowa o specyficznym brzmieniu, mieć wadę wymowy, problemy z fleksją i składnią, mieć trudność z doбором słownictwa w rozmowie. W rezultacie mogą odczuwać dyskomfort w związku z oczekiwaniem tworzenia dłuższych wypowiedzi, opowiadań. Warto nadmienić, iż dzieci z MW tworzą znacznie krótsze narracje, prostsze językowo niż dzieci z grupy kontrolnej, pomimo zdolności poznawczych i receptywnych (McInnes i in. 2004).

Warto wspomnieć, iż wykazano deficyty w zakresie umiejętności receptywnych (rozumienie ze słuchu, rozumienie tekstu czytanego) i sprawności produktywnych (umiejętność ustnego wypowiedzenia się) u dzieci z MW. Dostrzec można także problemy związane z pamięcią wzrokową i słuchową, przetwarzaniem słuchowym i przetwarzaniem informacji wizualnych (Tallal, Miller, Fitch 1993). Dotychczas nie jest jednak pewnym, czy trudności w zakresie przetwarzania słuchowego i wzrokowego są czynnikiem sprawczym opóźnienia w zakresie komunikacji u dzieci z MW.

U pewnej grupy dzieci MW może współistnieć z problemami związanymi z zaburzonym zachowaniem. Wyniki badań w tym obszarze są jednak sprzeczne, niejednoznaczne. Niektóre raporty opisują bowiem dzieci z MW jako biernie agresywne, uparte, nieposłuszne, nieuprzejme, opozycyjne, manipulujące, kontrolujące, nadmiernie zazdrosne i posiadające negatywną osobowość (według badań D. Krohn, S. Weckstein, H. Wright (1992) problem ten dotyczy nawet 90% dzieci z MW, H. Steinhausen, C. Juzi wskazują, iż problemy związane z zaburzo-

nym zachowaniem dotyczyć mogą 20%, a R. Yeganeh, D. Beidel, S. Turner twierdzą, iż dotyczy to 29% populacji dzieci z MW (cyt. za Cohan i in. 2008).

Inni badacze nie znaleźli jednak istotnych różnic pomiędzy poziomem zachowań opozycyjno-buntowniczych a MW (Kristensen 2001; Vecchio, Kearney 2005; Cunningham, McHolm, Boyle 2006, cyt. za Cohan i in. 2008). Ta teza jest bardzo ważna, gdyż zaprzecza temu jakby dzieci z MW miały być kontrolujące i opozycyjne w różnych środowiskach (np. Krohn i in. 1992). Pojawia się jednak przypuszczenie, że opozycyjność dzieci z MW może pojawiać się w kontekście sytuacji wzmożonego niepokoju, w których odczuwają presję komunikacyjną (Cunningham i in. 2006; Cohan i in. 2008). Ch. Mulligan także dostrzegła współwystępowanie MW i zaburzeń opozycyjno – buntowniczych wśród 6 do 10% dzieci z MW. Wskaźnik jest nieco podwyższony w porównaniu z grupą kontrolną (Mulligan 2015).

U pewnej grupy dzieci problem MW może współlistnieć z zaburzeniami sensorycznymi i samoregulacyjnymi. E. Shipon-Blum (2002) wskazuje, że duża liczba dzieci z MW doświadcza dysfunkcji w zakresie integracji sensorycznej. Autorka sugeruje, iż problemy w tym obszarze są charakterystyczne dla populacji dzieci z mutyzmem wybiórczym. Przykłady dysfunkcji integracji sensorycznej u dzieci z MW dotyczą nieprawidłowości w zakresie przetwarzania bodźców w obszarze następujących systemów: czuciowego (dotykowego i proprioceptywnego), słuchowego, smakowego. E. Shipon-Blum postawiła nawet hipotezę, że dzieci z MW mogą wykazywać te same typy deficytów czuciowych lub nadmiernej stymulacji w odpowiedzi na bodźce czuciowe, które doświadczane są przez dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Podobnie R. Schwartz, A. Freedy oraz M. Sheridan stwierdzili, że jedna trzecia dzieci z MW ma zaburzenia integracji sensorycznej (Schwartz, Freedy, Sheridan 2006).

Wskazuje się również, iż część dzieci z MW wykazuje zaburzenia w zakresie samoregulacji (jest to powiązane z nieprawidłowym przetwarzaniem bodźców sensorycznych). Ich objawem mogą być znaczne trudności dziecka w regulowaniu emocji, zachowań (w tym również reakcji motorycznych) w odpowiedzi na określoną stymulację sensoryczną (m.in. bodźce dotykowe, wzrokowe, słuchowe, smakowe, kinestetyczne). Mówiąc inaczej dziecko wykazuje nieprawidłowe reakcje emocjonalne na bodźce zewnętrzne. Nie potrafi dostroić swojej reakcji, aby osiągnąć zamierzony cel ani pokierować swoim zachowaniem, tak aby było ono dostosowane do wymogów sytuacji (Bronson 2000). Dzieci z MW mają trudności z samoregulacją przede wszystkim takiego stanu emocjonalnego, jakim jest odczuwanie lęku (ale również innych trudnych dla nich stanów emocjonalnych). Mają również problem z dostosowywaniem swoich emocji tak, aby dawały one pozytywną behawioralnie lub społecznie adaptacyjną reakcję (Bronson 2000).

Warto nadmienić, iż dzieci ze słabą samoregulacją mogą wydawać się nieśmiało i małowówne w określonych sytuacjach społecznych, jednak w bardziej komfortowych okolicznościach ich zachowanie jest mocno kontrastowe. Są głośne, impulsywne, a nawet nadpobudliwe (Mulligan 2012).

MW jest więc zaburzeniem dość złożonym, jego obraz może nie być jednoznaczny. Często współwystępuje z innymi zaburzeniami lękowymi, rozwojowymi (Wilczyńska i in. 2019). Warto nadmienić, iż wiedza o trudnościach towarzyszących MW, które mogą mylnie wskazywać na inne zaburzenia, czy jak niektórzy twierdzą o podtypach MW (m.in. Tarkowski 2018), wspiera diagnostykę różnicową i znacząco ułatwia dostosowanie strategii oddziaływania terapeutyczno-wychowawczego do indywidualnych potrzeb określonego dziecka. To w konsekwencji podnosi efektywność podejmowanych działań.

## Rola nauczyciela w procesie diagnozy mutyzmu wybiórczego

Mutyzm wybiórczy to poważne zagrożenie dla rozwoju dziecka, często ujawnia się w okresie wczesnego dzieciństwa. Zazwyczaj dostrzegany jest w środowisku przedszkolnym, szkolnym (Steinhausem, Juzi 1996; Giddan i in. 1997). W przypadku wielu dzieci pierwszą osobą, która rozpoznaje, a przede wszystkim wyraża zaniepokojenie brakiem mowy i interakcji o charakterze werbalnym z rówieśnikami i z mniej znanymi dziecku dorosłymi, jest właśnie nauczyciel w przedszkolu lub szkole (z racji tego, iż w domu dziecko rozmawia z rodzicami, z rodzeństwem problem nie jest dostrzegany). Nauczyciele są w miejscu, gdzie poziom lęku dziecka przed mówieniem jest najwyższy. Odgrywają więc niezwykle istotną rolę w identyfikacji objawów MW (a zwłaszcza w procedurze diagnozy dziecka), ale także w niwelowaniu jego objawów (choćby w formie nieformalnych interwencji). Głównie wychowawcy mogą wesprzeć funkcjonowanie społeczne dziecka w przedszkolu, czy w szkole i pomóc mu rozwijać umiejętności szkolne, a zwłaszcza społeczne w sytuacji permanentnie odczuwanego niepokoju i napięcia (Longobardi i in. 2018). Wskazuje się na metody, techniki, podejścia terapeutyczne, które mogą być podejmowane przez nauczycieli w pracy z uczniami z MW (zwłaszcza podejście behawioralne, poznawczo – rozwojowe) po uprzednim rozpoznaniu diagnostycznym, niekoniecznie zrealizowanym i potwierdzonym w sposób formalny (zob. Kos 2020). Właśnie temu sprzyjać powinien rzetelnie przeprowadzony proces diagnostyczny.

Niestety dzieci z MW są często przez nauczycieli postrzegane jako nazbyt nieśmiało, nadwrażliwe emocjonalnie, nadmiernie empatyczne, introwertyczne, oryginalne w swoich pomysłach, ciekawe świata, często określane jako indywidu-

aliści (Wozńska 2016). Z tego względu proces diagnostyczny nie zostaje uruchomiony, a dziecko pozostaje bez niezbędnego mu wsparcia.

## Podsumowanie

Rzetelnie, holistycznie zrealizowany na wczesnym etapie rozwoju dziecka proces diagnostyczny daje szansę na szybkie zniwelowanie objawów MW. Warto bowiem nadmienić, iż zdaniem D. Chmyłko-Terlikowskiej u niemalże 30% dzieci objawy związane z MW ustępują w okresie nauki w szkole podstawowej. Prognoza jest tym bardziej zadawalająca, im młodsze było dziecko w momencie pojawienia się pierwszych symptomów MW. Rokowania zależą także od czasu, w jakim włączone zostały oddziaływania terapeutyczne (choćby nieformalne) (Chmyłko-Terlikowska 2018).

Właśnie z tego względu warto, aby rozpoznanie i dalsze oddziaływania terapeutyczne – dydaktyczno – wychowawcze zostały wdrożone jak najszybciej i jak najintensywniej. Może to zapobiec wycofywaniu się dziecka z aktywności w grupie rówieśniczej, a nawet rezygnacji z aktywności własnej. Odpowiednie działania, postawa opiekunów i wychowawców wobec dzieci z MW sprzyjają możliwości rozwoju ich predyspozycji i osiąganiu przez nie sukcesów edukacyjnych.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*.
- Andersson C., Thomsen P. (1998), *Selectively mute children: An analysis of 37 Danish cases*, *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(3): 231–238.
- Bergman R., Piacentini J., McCracken J. (2002), *Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8): 938–946.
- Black, B., Uhde, T. (1995), *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7): 847–856.
- Bronson, M. (2000), *Self-regulation in early childhood nature and nurture*, The Guilford Press, New York.
- Bryńska A. (2005), *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne [w:] Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, red. T. Wolańczak, J. Komender, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 147–178.
- Bystrzanowska M. (2018), *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla nauczycieli i specjalistów*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Chmyłko-Terlikowska D. (2018), *Mutyzm wybiórczy u dzieci*, *Forum Logopedy*, 24: 59–63.

- Cohan S., Chavira D., Shipon-Blum E., Hitchcock C., Roesch S., Stein M. (2008), *Refining the Classification of Children with Selective Mutism: A Latent Profile Analysis*, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4): 770–784.
- Cunningham C., McHolm A., Boyle M. (2006), *Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls*, *European Child & Adolescent Psychiatry* 15(5): 245–255.
- Czub M., Piotrowski K. (2014), *Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa.
- Dow S., Leonard H. (1993), *Elective mutism*, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2: 695–707.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013), 5th ed., DSM-V, American Psychiatric Association.
- Dummit E., Klein R., Tancer N., Asche B. (1997), *Systematic assessment of 50 children with selective mutism*, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36: 653–660.
- Ford M., Sładeczek I., Carlson J., Kratochwill, T. (1998), *Selective mutism: Phenomenological characteristics*, *School Psychology Quarterly*, 13(3): 192–227.
- Gensthaler A., Dieter J., Raisig S. (2020), *Evaluation of a Novel Parent-Rated Scale for Selective Mutism*, *Assessment*, 27(5): 1007–1015.
- Herzyk A. (1992), *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Wydawnictwo PZM, Lublin, 29–35.
- ICD-10, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja 10, tom 1, 2008, *Tytuł oryginału: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2008*.
- Katz-Bernstein N. (2011), *Selektiver Mutismus bei Kindern: Erscheinungsformen, Diagnostik, Therapie*, Stuttgart, Reinhardt.
- Kopp S., Gillberg C. (1997), *Selective mutism: A population-based study: A research note*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38: 257–262.
- Kos E. (2020), *Forms of therapy of a child with selective mutism in the environment outside the family, embedded in a behavioral therapeutic approach*, *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 31: 287–304.
- Krakowiak K. (2017), *Założenia koncepcji diagnozy specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży [w:] Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży*, red. Krakowiak K., ORE, Warszawa.
- Kristensen H. (2000), *Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2): 249–256.
- Krohn D., Weckstein S., Wright H. (1992), *A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism*, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4): 711–718.
- Longobardi C., Badenes-Ribera L., Gastaldi F., Prino L. (2018), *The student–teacher relationship quality in children with selective mutism*, *Psychology in the Schools*, 1–10.
- Manassis K., Fung D., Tannock R., Sloman L., Fiksenbaum L., McInnes A. (2003), *Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety?*, *Depress Anxiety*, 18(3): 153–161.

- McInnes A., Fung D., Manassis K., Fiksenbaum L., Tannock R. (2004), *Narrative skills in children with selective mutism: an exploratory study*, *Am J Speech Lang Pathol.*, 13(4): 304–315.
- Minczakiewicz E. (1996), *Mowa – Rozwój – Zaburzenia – Terapia*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
- Mulligan Ch. (2012), *Selective Mutism: Identification of Subtypes and Influence on Treatment*, Psychology Dissertations.
- Mulligan Ch., Hale J., Shipon-Blum E. (2015), *Selective Mutism: Identification of Subtypes and Implications for Treatment*, *Journal of Education and Human Development*, 4(1).
- Nowakowski M., Cunningham Ch., McHolm A., Evans M., Edison S., Pierre J., Boyle M., Schmidt L. (2009), *Language and Academic Abilities in Children with Selective Mutism*, *Infant and Child Development*, 18(3): 271–290.
- Omdal H., Galloway D. (2008), *Could Selective Mutism be Re-conceptualised as a Specific Phobia of Expressive Speech? An Exploratory Post-hoc Study*, *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 2: 74–81.
- Podgórska – Jachnik D. (2020), *Selective mutism and shyness. Differential diagnosis and strategies supporting child development*, *Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy*, 30.
- Pytko L. (2005), *Pedagogika resocjalizacyjna*, W APS, Warszawa.
- Remschmidt H., Poller M., Herpertz-Dahlmann B., Hennighausen K., Gutenbrunner C. (2001), *A follow-up study of 45 patients with elective mutism*, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(6): 284–296.
- Schwartz R., Freedy A., Sheridan M. (2006), *Selective mutism: are primary care physicians missing the silence?*, *Clin. Pediatr. (Phila.)*, 45(1): 43–8.
- Sharp W., Sherman C., Alan M. (2007), *Selective Mutism and Anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder*, *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 568–579.
- Starke A., Subellok K. (2012), *KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen, Primarbereich* *Empirische Sonderpädagogik*, 4(1): 63–77.
- Steinhausen H., Juzi C. (1996), *Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases*, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5): 606–614.
- Steinhausen H., Wachter M., Laimböck K., Metzke C. (2006), *A long-term outcome study of selective mutism in childhood*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7): 751–756.
- Kilar-Turska M. (2010), *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny [w:] Psychologia rozwoju człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała PWN, Warszawa.
- Tallal P., Miller S., Fitch R. (1993), *Neurobiological basis of speech: a case for the preeminence of temporal processing*, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 682: 27–47.
- Tarkowski Z., Ciepela-Koperek A. (2018), *Wielopostaciowość mutyzmu wybiórczego a jego terapia*, *Logopedia*, 47(2): 275–288.
- Wilczyńska K., Waszkiewicz N. (2019), *Selective mutism – an overview of the condition and etiology: is the absence of speech just the tip of the iceberg?*, *Psychiatria Polska*, 141: 1–17.
- Wysocka E. (2016), *Positive Diagnosis in Educator's activities as Case of the Good Practices in the Youth Work – proposals of diagnostic tools*, *Journal of Modern Science*, 4(31).
- Yvonne J., Tannock R., Manassis K., Garland J., Clark S., McInnes A. (2015), *The Teachers' Role in the Assessment of Selective Mutism and Anxiety Disorders*, *Canadian Journal of School Psychology*, 30(2): 83–101.

---

## Netografia

- Andrzejewska M. (2013), *Jak pomóc dziecku lub uczniowi z mutyzmem selektywnym?*, <http://www.bc.ore.edu.pl/Content/579/T042013%2C+M.+Andrzejewska.pdf> (dostęp: 19.03.2021).
- Stasiak M. (2020), *Mutyzm wybiórczy – zaburzenie mowy o podłożu lękowym. Dziecko nie może czy nie chce mówić w określonych sytuacjach lub do wybranych osób?*. <https://logopeda.org.pl/publikacja.php?id=60> (dostęp: 19.03.2021).
- Wozńska K. (2016), *Skąd się bierze mutyzm wybiórczy? Moje doświadczenia*, <http://www.centrum-slowo.pl/blog/item/68-skad-sie-bierze-mutyzm-wybiorczy-moje-doswiadczenia> (dostęp: 26.11.2021).