

## Mutyzm dziecięcy

*„Zwykle bywa, że ci, którzy nie mają nic do powiedzenia najwięcej czasu poświęcają mówieniu”*

### J. Lowell

Mutyzm jest definiowany jako brak lub ograniczenie mówienia (ekspresji oralnej) przy zachowaniu rozumienia mowy i możliwości porozumiewania się za pomocą pisma. Mutyzm może występować bez stwierdzanych zaburzeń w budowie i funkcji narządów mowy utrudniających dziecku poprawne mówienie, tj. gdy nie ma zaburzeń artykulacyjnych. W przypadku trudności artykulacyjnych lub apraktycznych, niechęć, nawet lęk dziecka przed mówieniem wynika z istniejących zaburzeń narządów mowy i negatywne nastawienie dziecka do mówienia może przemijać, gdy terapia logopedyczna daje dobre rezultaty.

Mutyzm najczęściej przejawia się w schizofrenii, w histerii, po silnych wstrząsach uczuciowych, pojawia się również u osób nadwrażliwych i nieśmiałych. Z mutyzmem endogennym mamy do czynienia, gdy pacjent przekonany jest o niefunkcjonalności narządu głosowego. Występuje również jako „technika” stosowana w sytuacjach trudnych i kłopotliwych- wówczas mamy do czynienia z mutyzmem symulantów. W ciężkich przypadkach stanów depresyjnych jest oznaką otępienia. Zasadniczo wyróżnia się dwa rodzaje autyzmu: funkcjonalny i organiczny. Kryterium tego podziału stanowi etiologia. W przypadku mutyzmu organicznego przyczyną są czynniki endogenne a w mutyzmie funkcjonalnym -egzogenne. Przyjrzyjmy się, zatem bliżej obu typom mutyzmu.

### Różnice, pomiędzy mutyzmem organicznym i funkcjonalnym -kryterium przyczynowe-

#### Mutyzm organiczny

Organiczne uszkodzenie obwodowych narządów mowy  
Dysfunkcje, nieprawidłowości w budowie: krtani, jamy ustnej, podniebienia, języka, szczęk  
Uszkodzenie mózgu: apraksja, kineza,

#### Mutyzm funkcjonalny

- Silne przeżycia lękowe
- Długotrwałe sytuacje stresowe
- Długotrwałe, bolesne przeżycia np. alkoholizm rodzica, konflikty domowe
- Sytuacje patogenne

hiperkineza, afazja ruchowa

- Utrata bliskiej osoby
- Upokorzenia, uderzenie w godność dziecka
- Nadmiar zakazów
- Drastyczne poniżanie przez rodziców
- Etykietowanie
- Zamykanie w pokoju na klucz
- Deprywacja potrzeb psychicznych
- Nieprawidłowa struktura rodziny
- Uczucie odrzucenia przez rodziców

Charakterystyczną cechą **mutyzmu funkcjonalnego** jest to, że powstaje on, gdy dziecko doświadcza oddziaływania zewnętrznych czynników powodujących patologię. Czynniki te mogą mieć różnorodny charakter, od błędów wychowawczych, poprzez niewłaściwą organizację środowiska rodzinnego, deprywację środowiskową, aż po ekspozycję na długotrwałe lub bardzo silne oddziaływanie stresorów i doświadczenie głębokiego szoku.

Mutyzm funkcjonalny rozpoznajemy, gdy spełnione są następujące warunki:

1. wykluczona lub mało prawdopodobna dysfunkcja mózgowa;
2. brak zaburzeń w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy;
3. obecność zewnętrznych czynników patogennych o różnym charakterze (np. deprywacja środowiskowa, nieprawidłowa struktura rodziny, błędy wychowawcze, silne przeżycia psychiczne typu szoków lub długotrwałe sytuacje stresowe).

Dziecko z mutyzmem funkcjonalnym przejawia uogólnioną i trwałą niechęć do mówienia, nie mówi lub mówi mało. Mutyzm funkcjonalny może przybierać postać selektywną, selektywną-sytuacyjną lub całkowitą. Mutyzm selektywny jest rodzajem fobii społecznej. Dotyka on częściej dziewczynki niż chłopców (ogółem 0,2% dzieci).

**Mutyzm selektywny** (wybiórczy) jest to odmowa mówienia wynikająca z zaburzeń emocjonalnych, pomimo braku uszkodzenia narządu mowy i zachowanej zdolności do mówienia. Nazwa pochodzi od słowa mutus - milczący, niemy. Dziecko, u którego stwierdza się występowanie tego rodzaju mutyzmu, odzywa się tylko do wąskiego kręgu bardzo bliskich osób i w określonych okolicznościach. Dziecko takie rozmawia swobodnie z rodzicami i rodzeństwem w domu, natomiast nie odzywa się do nauczycieli i rówieśników w szkole lub przedszkolu. Taki mutyzm pojawia się zwykle pomiędzy 3 a 5 rokiem życia.

Zgłoszenie się do specjalisty następuje na ogół później, już po rozpoczęciu nauki w szkole. W terapii mutyzmu selektywnego u dzieci stosowane są dwa sposoby oddziaływań: nastawiony na eliminację objawów; na eliminację niekorzystnych czynników środowiskowych.

**Mutyzm sytuacyjny** pojawia się u dzieci normalnie mówiących, w sytuacjach nowych czy trudnych, i który wycofuje się wraz ze zmianą sytuacji. Ten rodzaj mutyzmu ma charakter przejściowy, co oznacza, że jego objawy pojawiają się w momencie zetknięcia się dziecka z nową sytuacją i ustępują po pewnym czasie, kiedy dziecko przyzwyczai się do nowej sytuacji. Objawy tego rodzaju mutyzmu pojawiają się najczęściej, kiedy dziecko rozpoczyna uczęszczanie do przedszkola lub szkoły i utrzymują się od kilku dni do kilku tygodni. Mutyzm selektywny-sytuacyjny przejawia się najczęściej tym, że dziecko nie mówi w czasie lekcji i przebywając w klasie. Może natomiast rozmawiać poza lekcjami ale tylko z częścią kolegów i niektórymi nauczycielami. Czasami dziecko rozmawia z nauczycielem, kiedy nie słyszą go koledzy. Zdarza się jednak, że w nowej sytuacji, w obecności obcych osób, dziecko przestaje rozmawiać z tymi, z którymi rozmawiało normalnie do tej pory. Może to dotyczyć nawet najbliższych, rodziców czy rodzeństwa. Częstym objawem towarzyszącym jest także zachowywanie przez dziecko fizycznego dystansu do osób obcych i nieznanymi przedmiotów otaczających je w nowym miejscu. Dzieci z mutyzmem często czują się osamotnione, ponieważ ze względu na swoje zaburzenie nie mogą nawiązać kontaktu z rówieśnikami. Zdarza się również, że nauczyciele nieświadomi przyczyny ich milczenia traktują je z niechęcią i próbują wymusić reakcję werbalną. Z tego względu pierwsze doświadczenia w szkole mogą być dla dzieci z mutyzmem traumatyczne, często nie chce ono wracać do szkoły po pierwszym nieudanym dniu nauki. Warto, więc, by nauczyciele zetknąwszy się z tego typu zaburzeniami u swoich podopiecznych informowali natychmiast rodziców a także zachowali się odpowiednio i zadbali o właściwą reakcję innych uczniów. Gdy sytuacja pobytu w przedszkolu lub szkole przestaje być dla nich sytuacją nową, zazwyczaj zaczynają normalnie rozmawiać. Bardzo ważną cechą mutyzmu jest zachowanie rozumienia mowy. W niektórych przypadkach dziecko może udzielać pisemnych odpowiedzi (często korzysta się z tej strategii w szkole) oraz wykorzystywać komunikację niewerbalną (np. gestykulacja, gest potakiwania lub zaprzeczenia, wyraz twarzy, oczu itp.). U niektórych dzieci z mutyzmem obserwuje się bardzo żywą gestykulację i mimikę twarzy, u innych jednak komunikacja

niewerbalna jest także zredukowana, podobnie jak językowa (np. dziecko unika kontaktu wzrokowego z rozmówcą, opuszcza głowę, mimika twarzy mało wyrazista).

**Mutyzm całkowity** jest określany jako „mutyzm historyczny” i tym różni się od mutyzmu selektywnego, że dziecko nie mówi wcale, nie używa języka mówionego w żadnej sytuacji. Mogą pojawiać się natomiast nieartykułowane dźwięki, krzyk lub bezgłośny szept zastępujące wypowiedź językową. Dziecko może odpowiadać niewerbalnie (kiwanie głową zamiast odpowiedzi „tak”). Podobnie jak w przypadku mutyzmu selektywnego nie obserwuje się zaburzeń w budowie i funkcji narządów mowy, ani trudności motorycznych. U dzieci starszych zachowana jest możliwość pisemnego porozumiewania się. Mutyzm całkowity ma charakter psychogeny i może być reakcją dziecka na sytuacje trudne lub zagrożenia (może być efektem przeżyć szokowych). Nie zawsze można ustalić przyczynę zaburzeń zachowania dziecka (czasami jest to związane z jakąś przykrą tajemnicą rodzinną, której członkowie rodziny nie chcą ujawnić). W mutyzmie całkowitym mogą współwystępować dodatkowe objawy, takie jak:

- dysfagia (trudności w przetykaniu),
- brak łaknienia (który w głębokiej formie może przybrać postać anoreksji),
- animia (zredukowana mimika twarzy, ograniczone mimowolne ruchy oczu);
- afonia (bezgłos - rzadko występuje).

Drugim podstawowym rodzajem mutyzmu jest **mutyzm organiczny**. Jest to częściowy zanik mówienia lub jego brak. Przyczyną mogą być organiczne uszkodzenia obwodowych narządów mowy (np. nieprawidłowa budowa krtani, jamy ustnej) czy uszkodzenia mózgu. Może występować w postaci częściowego zredukowania ekspresji oralnej lub jej braku.

### **Różnice pomiędzy mutyzmem organicznym i funkcjonalnym -kryterium przyczynowe-**

<b>Mutyzm organiczny</b>	<b>Mutyzm funkcjonalny</b>
Organiczne uszkodzenie obwodowych narządów mowy	Silne przeżycia lękowe Długotrwałe sytuacje stresowe
Dysfunkcje, nieprawidłowości w budowie: krtani, jamy ustnej, podniebienia, języka, szczęk	Długotrwałe, bolesne przeżycia np. alkoholizm rodzica, konflikty domowe

Uszkodzenie mózgu: apraksja, kineza, hiperkineza, afazja ruchowa	Sytuacje patogenne
	Utrata bliskiej osoby
	Upokorzenia, uderzenie w godność dziecka
	Nadmiar zakazów
	Drastyczne poniżanie przez rodziców
	Etykietowanie
	Zamykanie w pokoju na klucz
	Deprywacja potrzeb psychicznych
	Nieprawidłowa struktura rodziny
	Uczucie odrzucenia przez rodziców

Podstawowymi symptomami w mutyzmie wg klasyfikacji DSM jest:

- Stała odmowa mówienia w jednej lub więcej ważnych sytuacji społecznych
- Zachowanie jest zdolności mówienia
- Dramatyczny krzyk ze sztywnieniem języka i warg
- Bezgłówny szept
- Reakcje werbalne
- Kiwanie głową
- Gesty dłoni
- Grymasy, bunt, niezadowolenie
- Kiwanie się
- Wąchanie zabawek
- Występowanie echolalii

**Logoneuroza**, jaką jest mutyzm niesie ze sobą poważne skutki w rozwoju dziecka. L. Kanner opisywał skutki mutyzmu wśród, których wymieniał:

- Szczególna oporność dzieci autystycznych do zajęć logopedycznych;
- Stygmatyzacja dzieci autystycznych pogłębia psychotoksyczne postawy rodziców, wzmacnia ich dyrektywizm wobec dziecka;
- Zanik reakcji emocjonalnych oraz występowanie tzw. „błędne koła”. Dezaprobaty, odrzucanie dziecka i wyśmiewanie go, prowadzi do coraz większej

jego izolacji, buntu, rezygnacji i ucieczki w skomplikowane i złożone stany psychotyczne czy depresyjne.

### **Terapia dzieci z mutyzmem**

W terapii dzieci cierpiących na mutyzm najważniejszy jest zwiększenie ich poczucia własnej wartości, dodanie im odwagi i śmiałości i pokonanie ich lęku przed kontaktem werbalnym. W trakcie procesu terapeutycznego zachęca się dzieci do coraz bardziej rozbudowanych wypowiedzi, poczynając najczęściej od liczenia. Porusza się także temat ich strachu, prosi o ocenę jego wielkości przez dzieci. Pozwala to na monitorowanie postępów w zmniejszaniu lęku. W tej kwestii dużą rolę odgrywa także praca z bliskimi dziecka, którzy muszą nauczyć się akceptacji zachowania dziecka i powstrzymywania krytyki i gniewu w stosunku do niego. Terapeuta chwali dzieci za każde wypowiedziane przez nie słowo, co podnosi ich poczucie własnej wartości i zachęca do dalszego mówienia. Stopniowo, dziecko wykonuje zadania, w których odczuwa coraz większy lęk. Zadania te są ułożone naprzemiennie z ćwiczeniami relaksującymi. Dąży się do uzyskania spontanicznych wypowiedzi dziecka i podtrzymania mówienia, kiedy nie będzie już ono nagradzane. Osiągnięcie tego rezultatu wymaga jednak długiej terapii i cierpliwości ze strony terapeuty i rodziny dziecka. Zdaniem V. Axline terapia musi mieć charakter niedyrektywny. Podstawowymi zasadami terapii, jakie autorka przedstawia w swojej książce „Play Therapy” są: nie komentować, nie wartościować zachowań dziecka, budowanie samoakceptacji i samoświadomości, obdarzanie dziecka życzliwą uwagą, bezwzględna akceptacja dziecka przez terapeutę.

**Częsta formą terapii stosowaną w pracy z dziećmi mutystycznymi jest dziewięć etapów treningu.**

#### **1. Etap pierwszy.**

Terapeuta jest biernym obserwatorem kontaktu dziecka z osobą, z którą dziecko zwykle rozmawia (jest to najczęściej matka lub inny członek rodziny). Należy dokładnie obserwować, kiedy od dziecka można uzyskać odpowiedź werbalną i jaka jest to odpowiedź. Należy także zarejestrować, czy i w jaki sposób dziecko wypełnia instrukcje werbalne (np. „przynieś”, „podaj”, „weź”, „pokaż”, „narysuj” itp.), jakie są jego reakcje niewerbalne (np. ruchy głową wyrażające odpowiedź „tak/nie”; także inne gesty). Wskazany jest dystans fizyczny, tzn. terapeuta powinien prowadzić obserwacje z pewnej odległości, nie należy zbliżać się do dziecka,

ponieważ może ono zareagować lękami i nawet nie rozmawiać z matką.

## 2. **Etap drugi.**

Terapeuta skraca dystans fizyczny, zbliża się do dziecka, może zacząć rozmawiać z matką (w ten sposób oswaja dziecko ze swoją obecnością ale jeszcze nie zwraca się bezpośrednio do dziecka).

## 3. **Etap trzeci.**

Terapeuta nawiązuje z dzieckiem bezpośredni kontakt niewerbalny (np. podaje mu zabawkę, pomaga mu układać klocki, itp.) oraz mówi do niego (np. pochwały: „dobrze narysowałeś” itp.) nie wymagając od dziecka żadnych odpowiedzi. Nadal matka pełni wiodącą rolę w rozmowie.

## 4. **Etap czwarty.**

Terapeuta prosi dziecko o niewerbalną odpowiedź (np. „podaj mi”, „połóż na stole”, itp.). Matka nadal jest blisko dziecka, rozmawia z nim, chociaż terapeuta coraz częściej zaczyna ją zastępować.

## 5. **Etap piąty.**

Terapeuta zwraca się bezpośrednio do dziecka z pytaniem wymagającym wykonania gestu potakującego lub zaprzeczającego bądź odpowiedzi „tak/nie” (np. „byłeś dzisiaj w szkole?”, „byłeś na spacerze?”). Matka jest jeszcze blisko dziecka ale już z nim nie rozmawia (chyba, że dziecko zwróci się bezpośrednio do niej).

## 6. **Etap szósty.**

Tylko terapeuta rozmawia z dzieckiem, matka staje się biernym obserwatorem siadając nieco dalej od dziecka. Zajęcia te nie powinny wymagać od dziecka ciągłej odpowiedzi werbalnych. Należy zaczynać od zabaw czy zajęć nie wymagających wypowiedzi (np. rysowanie). Podczas wykonywania (np. rysunku) terapeuta może zadawać dziecku pytania lub komentować czynności dziecka (np. „jakim kolorem pomalujesz dom?”, „gdzie narysujesz okno?” - dziecko może odpowiadać werbalnie albo pokazywać). Starsze dzieci mogą głośno czytać (ale raczej krótkie teksty np. podpisy pod obrazkami). Możemy także poprosić dziecko aby podpisało obrazek, a potem głośno przeczytało ten podpis.

## 7. **Etap siódmy.**

Matka znajduje się w dalszym dystansie od dziecka. Terapeuta może stosować metody rozchamowujące mówienie (np. wyliczanki, piosenki, liczenie przedmiotów

itp.). Razem z dzieckiem można omawiać obrazek (np. „co robi dziewczynka?”). Na tym etapie dziecko powinno już odpowiadać werbalnie na pytania i prośby skierowane do niego przez terapeutę.

#### 8. **Etap ósmy.**

W pomieszczeniu zostaje tylko terapeuta i dziecko, matka znajduje się w innym pokoju. Kontynuujemy zajęcia typu: odpowiedzi na pytania, omawianie obrazków, komentarze do czynności wykonywanych przez dziecko (np. „a co zrobisz teraz?”, „ile klocków weźmiesz?” itp.).

#### 9. **Etap dziewiąty.**

W pomieszczeniu znajduje się inna osoba (oprócz terapeuty i dziecka), z którą dziecko nie rozmawia (np. wychowawczyni z przedszkola lub nauczyciel).

Terapeuta jest w roli matki, a więc osoby, z którą dziecko już rozmawia. Kolejno krok po kroku stosowane są takie same etapy jak poprzednio.

Dzieci z mutyzmem selektywnym często mówią bardzo cicho, czasami szeptem. Ćwiczenia siły głosu (ćwiczenia w głośniejszym mówieniu) można stosować tylko wtedy, gdy dziecko już rozmawia z terapeutą (najlepszym materiałem są piosenki, wyliczanki, rysowane wierszyki, liczenie przedmiotów).

Jeżeli osoby z rodziny nie współpracują z terapeutą, przebieg terapii jest podobny, z tym że terapeuta musi poświęcić więcej czasu na wstępne etapy nawiązywania z dzieckiem kontaktu niewerbalnego. Dziecko z mutyzmem trudno nawiązuje kontakt niejęzykowy z osobami obcymi, dlatego mogą pojawić się na pierwszych spotkaniach objawy lęku i wycofywania się z komunikacji. Można je przezwyciężyć stwarzając warunki zabawy (dziecko może wykonywać czynności, które lubi lub które nie sprawiają mu trudności, np. zabawy manualne. Można stopniowo oswoić dziecko ze swoją obecnością przebywając np. w grupie rówieśniczej, w klasie lub pomieszczeniu, gdzie dziecko zwykle przebywa (np. sala zabaw).

## **BIBLIOGRAFIA**

- Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii
- Godman R., Scott S.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 2000.



- Herzyk A.: Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii. Lublin: Wydawnictwo PZM, 1992.
- Psychiatria wieku rozwojowego. Pod red. A. Popielarskiej. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1989.
- Mutyzm selektywny - Stefania Kulij [opracowanie na podstawie filmu telewizji BBC emitowanego w TVP 2 17 maja 2003 r.]