

Iwona Młynarczyk

Mutyzm wybiórczy dziecka przedszkolnego

Refleksje pedagogiczne na podstawie własnych doświadczeń

1. Wstęp

Faktem jest, że jedną z najważniejszych cech charakteryzujących człowieka jest mowa, czyli zdolność komunikacji interpersonalnej, porozumiewania się. Mowa jest niezbędnym elementem do prawidłowego kontaktu z drugą osobą oraz do zaspokajania podstawowych potrzeb społecznych i kulturowych. Jest też ważnym elementem prawidłowego rozwoju. Przekaz i odbiór informacji to istota mowy. Jeśli jedna z tych funkcji zostaje zaburzona lub działa niesprawnie, zostaje również zaburzony rozwój innych sfer osobowości.



2. Język i jego funkcje

Zdolność językowego porozumiewania się to cecha nabyta gatunku *homo sapiens*. Mówienie, słuchanie tego co mówią inni, czytanie i pisanie stanowią codzienne i powszechne formy aktywności człowieka¹. Irena Styczek pisze: „Mowa jest dźwiękowym porozumiewaniem się ludzi (...) jest procesem jednolitym, ale zależnie od aspektu badań można wyodrębnić czynności nadawania mowy i czynności odbioru mowy oraz wytwór mówienia i rozumienia, czyli tekst²”.

Język to akt mowy i system znaków, umożliwiający komunikację interpersonalną. Wyróżnia się następujące funkcje języka: komunikatywną, poznawczą, prezentacyjną, ekspresywną, impresywną, reprezentatywną itp. Tak więc za pomocą języka osoba (nadawca) porozumiewa się z innym (odbiorcą), podaje innemu informacje o świecie i o sobie (funkcja informatywna) oraz nakłania go do odpowiednich działań (funkcja impresywna), a także może wyrażać swoje uczucia (funkcja ekspresywna) i zwracać uwagę odbiorcy na cechy estetyczne mowy (funkcja poetycka), realizować perswazję oraz manipulować innym.

Biorąc pod uwagę funkcję komunikatywną języka należy zauważyć, że nadawca i odbiorca porozumiewają się między sobą za pomocą wyrazów, zdań czy tekstu. Komunikaty te (wypowiedzi nadawcy do odbiorcy) mogą mieć różne cele i spełniać następujące zadania: informowania o czymś odbiorcy (przekazywanie faktów i informacji), prezentowania stanu emocjonalnego nadawcy (funkcja ekspresywna), wpływania nadawcy na odbiorcę (funkcja impresywna), podtrzymywania relacji (funkcja fatyczna), a także określania pojęć i definiowania zasad językowych (funkcja metajęzykowa). Tak więc funkcje języka mają ścisły związek z elementami aktu komunikacji interpersonalnej. W jego skład wchodzi: komunikat językowy, nadawca, odbiorca, kontakt, kod, kontekst.

Zaburzenia mowy i trudności z komunikowaniem się można zaobserwować już u dzieci w wieku przedszkolnym. Pierwsze sygnały o milczeniu dziecka w grupie przedszkolnej, o tym, że dziecko ma trudności z jedzeniem posiłków w towarzystwie innych dzieci, z korzystaniem z toalety lub przebieganiem się wyphywają od nauczycieli przedszkola. Trudności z komunikacją w wieku przedszkolnym nazywane są nieśmiałością, w odważniejszych diagnozach mutyzmem. Prawidłowe postawienie diagnozy na tym etapie rozwoju dziecka wymaga od nauczyciela rzetelnego zgłębienia wiedzy na temat zjawiska nieśmiałości oraz mutyzmu wybiórczego. Podczas pierwszych prób postawienia diagnozy przez wychowawcę pojawiają się dwa pojęcia: nieśmiałość i mutyzm wybiórczy. Według specjalistów nieśmiałość nie jest tożsama z mutyzmem. Nieśmiałość bowiem nie jest zaburzeniem, a cechą osobowości. W przypadku nieśmiałości dzieci w danej sytuacji stresującej odpowiadają cicho, nie kończą wypowiedzi, ale jednak mówią. Nieśmiałość mija sama.



3. Pojęcie mutyzmu wybiórczego

Mutyzm wybiórczy jest zaburzeniem lękowym, który charakteryzuje się stałą odmową mówienia w niektórych sytuacjach społecznych. Dzieci dotknięte mutyzmem wybiórczym zazwyczaj swobodnie rozmawiają w domu lub z bliskimi i przyjaciółmi, ale nie odzywają się do swoich nauczycieli. Dzieci z mutyzmem wybiórczym powinny być objęte terapią. Podczas

prawidłowej opieki terapeutycznej objawy mutyzmu ustępują. Nieleczony mutyzm prowadzi do depresji.

Nazwa mutyzm pochodzi od łacińskiego słowa *mutus* (z łac. milczący, niemy). Pojawia się najczęściej między 3. a 5. rokiem życia i w tym przedziale wiekowym dotyka częściej dziewczynki niż chłopców. Mutyzm to zaburzenie lękowe, które charakteryzuje się konsekwentną wybiórczością w mówieniu w taki sposób, że dziecko przejawia adekwatne kompetencje językowe w specyficznych sytuacjach społecznych (zazwyczaj w domu), zaś nie mówi w innych sytuacjach (zazwyczaj w przedszkolu). Zaburzone funkcjonowanie utrzymuje się przez co najmniej miesiąc, nie ogranicza się do pierwszego miesiąca pobytu dziecka w przedszkolu, a stopień jego nasilenia utrudnia osiąganie celów edukacyjnych czy zawodowych oraz komunikację społeczną³. Mutyzm wybiórczy charakteryzuje się dwoma zasadniczymi elementami: milczeniem i wybiórczością.

Mutyzm wybiórczy to milczenie dziecka oraz wybiórczość, która wyraża się w różnych zachowaniach, szczególnie takich jak: mowa, jedzenie i picie, korzystanie z toalety, nawiązywanie kontaktów z rówieśnikami i dorosłymi, proszenie o pomoc, sygnalizowanie potrzeb i problemów, okazywanie emocji, tikach mających na celu obniżenie napięcia, wycofaniu aktywności w grupie, a nawet indywidualnej (dziecko stoi i patrzy w jeden punkt), przywiązaniu do schematu, który obniża lęk i daje poczucie bezpieczeństwa; trudności z integracją sensoryczną itd. W przypadku dzieci dwujęzycznych, dzieci imigrantów ich predyspozycje lękowe są bardzo często wzmacniane przez nowe otoczenie kulturowe, inny język, a często fizyczną odmiennosć od rówieśników. W ich przypadku kryterium czasowe mutyzmu wybiórczego jest wydłużone do 6 miesięcy.

Mutyzm wybiórczy jako zaburzenie po raz pierwszy zostało opisane w 1877 roku przez niemieckiego lekarza Clifton Kussmaula i zostało nazwane *Aphasia Voluntals*, czyli afazja dobrowolna lub mutyzm dobrowolny. Nazwa ta sugerowała, że dzieci z tym zaburzeniem świadomie wybierają ciszę⁴. W 1934 roku szwajcarski psychiatra Moritz Tramer opisał kilka przypadków niemówiących dzieci i wprowadził termin *Elective Mutism* - mutyzm planowany. W 1994 roku w Amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (DSM-IV) wprowadzono właściwy termin mutyzm wybiórczy (ang. *selective mutism*)⁵. Ze względu na etiologię wyróżnia się dwa rodzaje mutyzmu: mutyzm organiczny (uwarunkowany czynnikami endogennymi) i mutyzm funkcjonalny (zwany inaczej psychogennym), którego przyczyną występowania są czynniki egzogenne.



4. Diagnoza mutyzmu wybiórczego

Rozpoznanie mutyzmu u dziecka w wieku przedszkolnym bywa problematyczne. Brak wiedzy na temat omawianego zaburzenia, zarówno ze strony nauczycieli, jak i placówki. Szczególnie w mniejszych środowiskach kluczowe jest uświadomienie rodzicom, że u dziecka zauważono problem. Często na pierwsze sygnały nauczyciela można usłyszeć komentarze, że „dziecko jest po prostu nieśmiałe”, „ono z tego wyrośnie”, „ze mną, w domu rozmawia i opowiada co robił w przedszkolu”. Wśród nauczycieli krąży często interpretacja odmowy mówienia przez dziecko jako wyraz buntu, prowokacji lub niechęci do wychowawcy. W rezultacie dzieci mutystyczne nie mówią w pierwszym etapie edukacyjnym, a ich rodzice czekają na samoistną poprawę funkcjonowania w kontaktach międzyludzkich. Dlatego też bardzo ważne jest właściwe rozpoznanie i postępowanie terapeutyczne.

Objawem głównym mutyzmu wybiórczego (selektywnego) jest milczenie, jednakże istnieje wiele cech charakterystycznych dla dzieci z mutyzmem wybiórczym. Intensywność poniżej opisanych objawów może być zmienna w przypadku różnych dzieci, może ujawniać się wybiórczo w różnych sytuacjach wywołujących lęk.

Napięcie

Dzieci z mutyzmem wybiórczym są bardzo napięte, niekiedy odrętwiałe. Najprostsze zwroty na powitanie, pożegnanie, pytanie o samopoczucie wywołują u dzieci reakcje zastygnięcia, odrętwienia, jakby chciały, by ta sytuacja jak najszybciej minęła. W odbiorze społecznym takie zachowanie dziecka wywołuje zaburzenie, zaskoczenie, wręcz komentarze o braku wychowania. Napięcie towarzyszy dziecku bezustannie; ono żyje w stanie podwyższonej gotowości, czy za chwilę nie będzie musiało odpowiedzieć na pytanie lub czegoś powiedzieć. Napięcie odciska również swe piętno na wyglądzie zewnętrznym dziecka. Często ma obojętny, smutny wyraz twarzy. Dzieci te często opuszczają głowę, zakrywają twarz włosami, by uniknąć kontaktu wzrokowego z rozmówcą.

Skrepowanie

Skrepowanie utrudnia wykonywanie prostych czynności życiowych, np. przebieranie się przed gimnastyką, siedzenie przy wspólnym stoliku podczas posiłków, wyjście ze swojej sali do innej, przejście na inne piętro. Codzienna obserwacja podczas zajęć, chwalenie może być odczuwane przez dziecko jako przekraczanie jego granicy bezpieczeństwa. Bardzo przyjemna



czynność, taka jak przyjmowanie prezentów podczas przyjęcia urodzinowego, może wiązać się ze stresem, poczuciem dyskomfortu, skrepowania, co w konsekwencji oddala dziecko od mówienia.

Pilnie strzeżona prywatność

Dużym wyzwaniem a wręcz nieprzyjemnym doświadczeniem są wizyty u lekarza, dentysty, fryzjera. Robienie zdjęć, nagrywanie filmu z udziałem dziecka jest zwykle odbierane przez nie jako zagrożenie jego prywatności. Najczęstszym i największym zagrożeniem dla jego prywatności jest mówienie o dziecku przy dziecku.

Wygląd zewnętrzny

Dziecko może być trudno zauważalne szczególnie w dużej grupie. Nie stwarza trudności wychowawczych, podporządkowuje się poleceniom nauczyciela, nie prosi o pomoc, nie komunikuje swoich potrzeb. Uważny nauczyciel wychwyci twarz dziecka pozbawioną emocji (uśmiechu, smutku, zdziwienia). Często odczucie bardzo silnego bólu objawia się płynącymi po policzkach łzami.

Umiejętności społeczne

Dzieci bardzo często nie integrują się z innymi dziećmi. Wynika to z ich lęku i niemożności zrobienia pierwszego kroku w kierunku nawiązania kontaktu z drugą osobą, bądź też z braku okazji do wytrenowania umiejętności społecznych. Jednakże posiadają umiejętności społeczne lub są w stanie je wykształcić i doskonalić podczas dalszego rozwoju. U niektórych dzieci z mutyzmem wybiórczym poziom lęku jest na tyle niski, że całkiem dobrze funkcjonują w grupie rówieśniczej. Próbuje nawiązywać przyjaźnie z kilkorgiem dzieci, chcą brać udział we wspólnych zabawach, uczestniczą w przedstawieniach, podejmując role niewymagające mówienia. Odczuwając poczucie bezpieczeństwa w grupie, podejmują próby komunikowania się z rówieśnikami za pomocą gestów, czasem zaczynają szeptać, mówić do ucha a nawet pełnym głosem. Takie postępy u dziecka nie dzieją się samoistnie. Baczna obserwacja wychowawcy, rozmowa z rodzicami i szybkie podjęcie oddziaływań terapeutycznych rokuje, że dziecko będzie w stanie komunikować się werbalnie w sytuacjach, w których dotychczas milczało.



Perfekcjonizm

Dzieci z mutyzmem wybiórczym cechuje ogromna staranność w wykonywaniu zadań. Ich rysunki są bardzo dokładne, perfekcyjne, nawet najmniejsze przerysowanie linii wywołuje złość, zniecierpliwienie, poczucie porażki.

Alternatywne sposoby komunikacji

Dzieci jako alternatywne sposoby komunikacji wypracowują sobie bogaty repertuar gestów i min, spojrzeń, postawy ciała. Zdarza się, że naśladują odgłosy i zachowania zwierząt.

Druga twarz

Z relacji rodziców wynika, że w środowisku, w którym czują się bezpiecznie, czyli zazwyczaj w domu rodzinnym, w otoczeniu domu, wśród najbliższych - z mamą, tatą, dziadkami, rodzeństwem - dzieci potrafią być uparte a nawet władcze. Takim zachowaniem odreagowują frustrację, złość, bezsilność, która kumuluje się w nich podczas całonocnego pobytu w przedszkolu. Taka szybka zmienność nastrojów może świadczyć o wykształceniu się w dziecku nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie z lękiem.



Trudności z integracją sensoryczną

Nieprawidłowości w integracji sensorycznej objawiają się tym, iż dziecko mutystyczne może być bardziej wrażliwe na niektóre dźwięki, zapachy, smaki. Ta nadwrażliwość może objawiać się wycofaniem, samotną zabawą, bezczynnością, wahaniem w udzielaniu odpowiedzi, rozkojarzeniem, trudnością w wykonywaniu poleceń, brakiem koncentracji. W przypadku silnej nadwrażliwości zbyt duża stymulacja w postaci bodźców sensorycznych uruchamia obronność sensoryczną, której celem jest ochrona dziecka i zniwelowanie przykrych doświadczeń. Mówi się wówczas o mechanizmie objawów: milczeniu, wycofaniu, zamarznięciu, które chronią przed negatywnymi konsekwencjami lęku. Trudności wynikające z nadwrażliwości dziecka mogą występować wybiórczo tak jak milczenie, tzn. pojawiają się w sytuacjach przeciążających, a ustępują w warunkach dostosowanych do potrzeb i możliwości (np. w klasie dziecko nie jest w stanie skupić

się na poleceniach, wycofuje się z aktywności, a w domu, kiedy ma poczucie bezpieczeństwa, zadania wykonuje w swoim tempie i osiąga satysfakcję z nauki)⁶.

Trudności w zakresie motoryki

Deficyty motoryczne występują samodzielnie oraz z zaburzeniami językowymi. Ich częstotliwość waha się od 18% do 65%. Najczęściej występującymi zaburzeniami mowy są zaburzenia artykulacyjne⁷.

Dolegliwości fizyczne

Intensywnie przeżywany lęk może wywoływać czysto fizyczne symptomy: bóle brzucha, nudności, bóle stawów, bóle głowy i klatki piersiowej, skrócony oddech, biegunkę, trudności z zasypianiem i snem. Niektóre dzieci potrafią bardzo konsekwentnie i wiarygodnie symulować pewne dolegliwości czy choroby. Bardzo ważne jest, by nie bagatelizować takich zachowań, nawet jeśli podejrzewamy, że dziecko symuluje, gdyż przyczyną ich jest silny lęk, o którym dziecko boi lub wstydzi się powiedzieć. Dzieciom z mutyzmem wybiórczym mogą towarzyszyć trudności z wypróżnianiem, oddawaniem moczu a nawet czyszczeniem nosa. Odsetek dzieci cierpiących na moczenie mimowolne waha się od 4% do 42%⁸.



Mutyzm wybiórczy występuje zasadniczo pomiędzy 5. a 6. rokiem życia. Niektórzy rozszerzają granice wiekowe początku zaburzenia na okres między 2. a 8. rokiem życia. Częściej dotyczy dziewcząt, często jest powiązany z innymi zaburzeniami mowy, np. jękaniem, zachowaniem opozycyjnym, czasem jest rozumiane jako specyficzna forma nerwic protestu⁹.

5. Przyczyny mutyzmu wybiórczego

Mutyzm jest zaburzeniem heterogennym, co oznacza, że w etiologii tego zaburzenia współwystępują i wzajemnie oddziałują czynniki biologiczne, środowiskowe oraz indywidualne predyspozycje dziecka¹⁰.



Czynniki biologiczne to okołoporodowe uszkodzenie mózgu, opóźniony, dysharmonijny rozwój psychoruchowy, zaburzenia rozwoju mowy, a także podatność na zranienie z urazem psychicznym, szczególnie w okresie rozwoju mowy.

Zaburzenia psychiczne

Do najważniejszych zaburzeń psychicznych należą: nowe otoczenie (początek uczęszczania do przedszkola, szkoły, hospitalizacja, migracja rodzin), narodziny rodzeństwa, odrzucenie przez rodziców, różnorodne formy przemocy wobec dzieci. U większości rodzin, w których wychowują się dzieci z mutyzmem wybiórczym, można zdiagnozować zaburzenie lękowe u niektórych członków bądź zaobserwować zachowania wskazujące na trudności w kontaktach społecznych¹¹. W badaniach przeprowadzonych przez Black i Uhde¹² w 70% rodzin przez nich badanych jedno z rodziców miało symptomy fobii społecznej.

Patologiczne relacje wewnątrz rodziny

Charakterystyka nadopiekuńczej matki pojawia się w badaniach przeprowadzonych przez Down i współpracowników¹³. Z kolei Olechnowicz¹⁴, analizując zachowania dzieci z mutyzmem wybiórczym, wskazuje na związek odrzucenia dziecka przez matkę i wystąpienia objawów. Odrzucenie może być realne, np. dziecko niechciane będące przeszkodą w karierze. Może też mieć związek z traumatycznymi przeżyciami dziecka, np. pobyt szpitalu, wyjazd rodziców na dłuższy czas. Ważnym wskaźnikiem są cechy osobowości ojca dziecka, tj. obojętność emocjonalna, bierność. Postawy wychowawcze ojców charakteryzuje agresja, zbyt surowy styl wychowania. Matki z kolei cechują skrajne postawy wychowawcze: nadopiekuńczość, niedojrzałość emocjonalna, zachowania lękowe z cechami depresji. Wzór rodziny, w której wychowuje się dziecko mutystyczne, cechuje ograniczona komunikacja werbalna, monosylabiczna rozmowa, lękliwość, rezerwa, a także zakazy dotyczące kontaktowania się z otoczeniem¹⁵.

Komponenty osobowościowe i temperamentalne

Do komponentów osobowościowych i temperamentalnych zaliczamy lęk społeczny, wycofanie się, wrażliwość i upór, nieśmiałość, kontrolowanie i manipulowanie otoczeniem, stawianie biernego oporu, zachowania agresywne. Czasem odmowa mówienia dotyczy jednej, a czasem kilku osób ze środowiska, które dziecko ocenia jako wrogie. Odmawiając mówienia, dziecko również unika spojrzenia. Czynnikiem wyzwalającym może być uraz psychiczny, traumatyczne przeżycie lub często obserwowane wśród dzieci szyderstwa, wyśmiewanie.



Niestabilna sytuacja domowa, brak świadomości problemu, mała tolerancja rodziny na stres powodują, że w dziecku narasta poczucie lęku. Zdarza się, że cała rodzina odbiera otaczający świat, podejmowane próby pomocy i rozmowy jako wrogi i taki obraz przekazuje dziecku. Odmowa mówienia może być także regresem do fazy bezpiecznego wczesnego dzieciństwa. U dzieci najmłodszych, będących maskotkami rodziców i starszego rodzeństwa, może być to próba zachowania dotychczasowej roli¹⁶.

Rozpoznanie mutyzmu wybiórczego w wieku przedszkolnym jest bardzo trudne. Dziecko przychodząc do przedszkola w wieku 3 lat odbywa tzw. okres adaptacyjny (ok. 6 tygodni). W tym czasie nawiązuje kontakty z rówieśnikami, wchodzi w grupę. Niektórym dzieciom potrzeba więcej czasu, by odnaleźć swoje miejsce w grupie. Większość nauczycieli, rodziców nie ma wiedzy na temat zaburzenia lękowego, jakim jest mutyzm wybiórczy. W rozmowach można usłyszeć komentarze „dziecko jest po prostu nieśmiałe”, „ono z tego wyrośnie”. Zdarzają się nauczyciele, którzy odmowę mówienia interpretują jako wyraz buntu lub niechęci wobec wychowawcy. Tylko baczne oko doświadczonego wychowawcy może dostrzec problem. Właściwemu rozpoznaniu z pomocą przychodzą kryteria diagnostyczne zaproponowane przez Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (z ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

Według klasyfikacji ICD-10 o mutyzmie wybiórczym (selektywnym) mówimy, gdy:

- dziecko w pewnych sytuacjach rozmawia swobodnie (np. w domu), ale w innych (określonych) przestaje mówić (np. w przedszkolu lub szkole)
- zaburzenie to staje na przeszkodzie edukacyjnych osiągnięć lub komunikacji społecznej;
- zaburzeniu towarzyszą zwykle pewne cechy osobowości, takie jak lękliwość, wycofanie się, nadmierna wrażliwość na upór
- czas trwania zaburzenia przekracza 4 tygodnie, a zatem nie jest ograniczony do pierwszego pobytu dziecka w przedszkolu lub szkole
- odmowa mówienia nie jest związana z brakiem wiedzy czy też brakiem komfortu w używaniu języka w sytuacjach społecznych
- zaburzenie to nie obejmuje: całościowego zaburzenia rozwojowego (F84), schizofrenii (F20), specyficznego zaburzenia mowy i języka (F80).

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne DSM-IV mutyzm wybiórczy określa jako „zaburzenie wieku dziecięcego, charakteryzujące się stałą niemożnością mówienia w wybranych sytuacjach społecznych” (w których mówienie jest oczekiwane, np. w szkole), pomimo mówienia w innych sytuacjach. Klasyfikacja została doprecyzowana o inne kryteria, takie jak:

- brak mówienia w określonych sytuacjach przez minimum jeden miesiąc (nie bierze się pod uwagę pierwszego pobytu dziecka w przedszkolu lub w szkole)
- niemówienie nie jest wynikiem braku wiedzy lub nieznanomości języka
- braku mówienia nie da się lepiej wyjaśnić przez zaburzenia komunikacji lub inną nieprawidłowość
- dzieci z tym zaburzeniem czasami używają komunikacji niewerbalnej i/lub niegłosowej, mogą być skłonne lub nawet chętne do wykonywania czynności/udziału w sytuacjach społecznych, w których nie jest wymagane mówienie, nie inicjują rozmowy i nie odpowiadają, kiedy ktoś je o coś pyta (ale mogą wykazywać minimalne reakcje).



W polskiej diagnostyce mutyzm wybiórczy zajmuje specyficzne miejsce, ponieważ jego objawy dotyczą zarówno sfery komunikacji emocjonalnej, społecznej, jak i motorycznej. Rutynowe badanie testami inteligencji nie są właściwym sposobem poznania dzieci autystycznych, gdyż IQ oscyluje na pograniczu normy 85 i poniżej. Wynik taki spowodowany jest niezdolnością dziecka do współpracy z badającym. Dlatego też w diagnozie stosuje się elementy testów, które nie wymagają od dziecka rozmowy, m.in. podtesty niewerbalne z testów Wechslera (do badania związków wizualno-przestrzennych) oraz słownikowe testy obrazkowe (AFA-SKALA - „pokaż, o czym mówię”)¹⁷. Pełne zdiagnozowanie mutyzmu u dziecka wymaga również konsultacji logopedycznej i psychologicznej/psychiatrycznej. Kompleksowe podejście do problemu pomoże we właściwym ustaleniu programów oraz doborze metod i środków terapeutycznych¹⁸.

W dalszej części artykułu omówione zostanie zaburzenie mutyzmu wybiórczego na przykładzie Wojtusia, chłopca, którego wychowawcą byłam w grupie 5-latków.



6. Charakterystyka konkretnego przypadku

W kontekście niniejszego artykułu omówione zostaną charakterystyczne cechy zachowania chłopca z mutyzmem wybiórczym (częściowy, selektywny), który zaliczany jest do grupy zaburzeń o charakterze funkcjonalnym.

Wojtuś, 5-letni chłopiec, trafił do mojej grupy przedszkolnej po roku uczęszczania do grupy 4-latków. Chłopiec od pierwszego dnia pobytu w przedszkolu odmawiał kontaktu werbalnego i prawie całkowicie zamykał się w milczeniu. Na proste pytania odpowiadał jedynie skinieniem głowy lub w ogóle nie reagował, chociaż doskonale rozumiał, co się do niego mówi. Nigdy się nie przeciwstawiał. Chłopiec pochodzi z pełnej rodziny, ma starszego brata, który jest uczniem szkoły podstawowej. Chłopcami opiekują się rodzice z pomocą dziadków. Matka ma wykształcenie wyższe i to ona zazwyczaj przywozi i odbiera chłopców ze szkoły/przedszkola. Ojciec jest pracownikiem fizycznym w jednej z lokalnych firm. W mojej opinii rodzice właściwie opiekują się chłopcem, zawsze byli obecni na spotkaniach z wychowawcą, na uroczystościach przedszkolnych. Z moich obserwacji wynika, że sytuacja się nie zmieniła. Rozmawiam z wychowawcą na temat postępów chłopca teraz, kiedy jest objęty terapią, często spotykam mamę chłopca na korytarzu. Obserwując chłopca w jego grupie w okresie adaptacyjnym, zadawałam sobie szereg pytań. Zastanawiałam się, czy to nie jest czasami bunt wynikający z nowej sytuacji, nieśmiałość, niechęć do mnie jako wychowawcy.

Wielokrotne rozmowy z mamą chłopca nie pomagały. Mama twierdziła, że chłopiec podczas zabawy z bratem rozmawia, w domu opowiada o tym, co działo się w przedszkolu. Sytuacja ta trwała do momentu, kiedy to podczas codziennych zakupów między regałami sklepowymi usłyszałam rozmowę i znajome głosy. Była to rozmowa mamy i dwóch synów: Wojtka i jego brata. Chłopcy swobodnie wybierali słodycze. Wojtuś mówił o swoich ulubionych smakach, pytał o pozwolenie na zakup. Ta sytuacja skłoniła mnie do poszukiwań w literaturze podobnych zachowań dzieci. Podjęłam również rozmowy z mamą chłopca na temat umówienia chłopca do poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu zdiagnozowania problemu. Napotkałam w literaturze pedagogicznej wiele artykułów o tematyce mutyzmu. Dotarłam do autorów, którzy jednocześnie są pracownikami Poradni Terapii Mutyzmu „Mówię” w Warszawie. Książka „Mutyzm wybiórczy. Strategie pomocy dziecku i rodzinie” autorstwa B. Ołdakowskiej-Żyłki oraz K. Grąbczewskiej-Różyckiej pomogła mi zrozumieć zaburzenie mutyzmu wybiórczego oraz ukierunkowała do pracy z chłopcem.



Analizując zachowanie chłopca podczas całego dnia pobytu w przedszkolu skupiłam się na cechach charakterystycznych dla dziecka z mutyzmem wybiórczym. Stwierdziłam, że Wojtuś przejawia następujące cechy wskazujące na mutyzm wybiórczy: napięcie, skrępowanie, strzeżona prywatność, alternatywne sposoby komunikacji, perfekcjonizm.

Napięcie

Wojtuś rozstawał się z mamą przed salą w spokoju, bez emocji. Nie witał się z nauczycielem i dziećmi, z nikim nie nawiązywał kontaktu wzrokowego, wręcz opuszczał głowę. Zazwyczaj siadał na swoim miejscu, brał kredki, kartkę i rysował.

Skrępowanie

Chłopiec podczas spożywania posiłków w stołówce siedział w odrętwieniu, nie rozmawiał z innymi dziećmi, szybko odnosił naczynia i czekał na hasło wspólnego wyjścia ze stołówki. Nie lubił, gdy grupa wychodziła do biblioteki, która znajdowała się na piętrze. Szedł wtedy ostatni. Nigdy nie dopuszczał do sytuacji, by dzieci na niego czekały. Podczas składania życzeń urodzinowych nie uśmiechał się, wręcz uciekał wzrokiem. Cukierki dla dzieci rozdawałam ja, czyli wychowawca, gdyż chłopiec zastygał w bezruchu.

Pilnie strzeżona prywatność

Chłopiec nigdy nie okazywał gestem, mimiką, werbalnie nawet najmniejszego bólu, dyskomfortu fizycznego. Jeżeli mama poinformowała mnie, że wieczorem bądź rano uskarżał się na np. ból brzucha, zęba, głowy, wówczas obserwowałam wszelkie zmiany w jego zachowaniu. Pamiętam zdarzenie, kiedy mama zakomunikowała mi, że Wojtuś narzekał na ból w pachwinie. Chłopiec nie pokazywał bólu do momentu, kiedy dzieci do zajęć zasiadały w kręgu i układały nogi na tzw. kokardkę. Wtedy z oczu chłopca popłynęły łzy i wiedziałam, że odczuwa ból. Rodzice szybko zareagowali, udali się do lekarza i zdiagnozowali źródło bólu. Moje pierwsze rozmowy z mamą o chłopcu odbywały się w jego obecności. Dopiero po dokładnym wczytaniu się w literaturę dowiedziałam się, że największym zagrożeniem prywatności jest mówienie o dziecku przy dziecku.

Alternatywne sposoby komunikacji

Chłopiec fizycznie rozwijał się prawidłowo; fizycznością, wyglądem nie odstawał od innych dzieci. Zawsze podporządkowywał się poleceniom nauczyciela, nigdy nie prosił o pomoc, nie komunikował swoich potrzeb. Z każdy dniem pracy z Wojtkiem uczyłam się jego reakcji na



poszczególne sytuacje. Kiedy Wojtuś patrzył na mnie, próbował powiedzieć zazwyczaj, że chce iść do toalety. Siedząc przy stoliku i odwracając głowę w moim kierunku komunikował, że potrzebuje mojej pomocy przy zadaniu. Kiedy narysował obrazek i chciał mi go pokazać, stawał za mną i czekał, aż go zauważę i wtedy wracałam z nim do stolika na jego miejsce i chłopiec palcem pokazywał mi to, co narysował; ja nazywałam, a on skinieniem głowy potwierdzał lub zaprzeczał. Kiedy wchodził do klasy inny nauczyciel, Wojtuś patrzył na mnie bardzo wymownie. Po pewnym czasie już wiedziałam, że nie chce, bym go o coś zapytała.

Podczas obserwacji Wojtusia nauczyłam się bardzo ważnego zachowania: gdy zadawałam pytania, Wojtek nie reagował, wręcz bał się. Natomiast gdy proponowałam, zapraszałam, zachęcałam do dokonania wyboru, chłopiec reagował w umowny dla nas sposób.

W połowie roku szkolnego do naszej szkoły przyszedł na praktykę student pierwszego roku Akademii Wychowania Fizycznego - Kamil. Zakres praktyk studenta obejmował również obserwację zajęć w przedszkolu. Prywatnie jest to mój starszy syn, dlatego też obserwował zajęcia w mojej grupie, podczas przerw również przychodził do mojej grupy. Obserwując Wojtkę zauważyłam, że bacznie obserwuje studenta, jako osobę obcą, ale nie zawieszał na mnie swojego wymownego wzroku, wołającego: „Chroń mnie”. Pewnego dnia student zorganizował dzieciom zajęcia ruchowe w sali (tor przeszkód, slalom z woreczkami, wyścigi) i za moim przyzwoleniem zaprosił Wojtkę do zabawy. Wyciągnął do chłopca rękę. Wojtuś, patrząc na mnie, powoli i nieśmiało podał rękę i uczestniczył w zabawie. Nie komunikował się werbalnie z rówieśnikami, ale każdą swoją czynność, ruch, gest potwierdzał patrząc na studenta i jego reakcje. Całą tę sytuację obserwowałam ze zdziwieniem, ale i wielkim zaniepokojeniem. Po zajęciach rozmawiałam o zaistniałej sytuacji ze studentem (któremu wcześniej przedstawiłam, na kogo w grupie ma zwrócić szczególną uwagę). Zaufanie, którym Wojtuś obdarzył nową osobę (mężczyznę, młodego chłopaka) skłoniło mnie do poszukiwań w otoczeniu chłopca sygnału, rzeczy, osoby, czegoś, co spowodowało, że nie odstępował studenta na krok. Sytuacja ta również nie przeszła bez echa w domu rodzinnym chłopca. Mama zaraz na drugi dzień poinformowała mnie, że Wojtuś opowiadał o nowym nauczycielu (studencie), że dobrze się z nim bawił i ciągle wypytywał, czy będzie na następny dzień. Mama, poszukując skojarzeń z członkami rodziny, które mają dobry kontakt z chłopcem, przywołała osobę starszego kuzyna, który mieszka daleko, ale czasami ich odwiedza, a Wojtuś lubi jego towarzystwo. Student przez kilka tygodni odbywania praktyk nawiązał dobrą relację z chłopcem, zdobył jego zaufanie. Efekty są wymierne do dziś, gdyż podczas spotkania z chłopcem



mówię mu, że Kamil (student) przesyła mu tzw. żółwika, czyli pozdrawia go. Wtedy Wojtuś podnosi wzrok i się uśmiecha.

Perfekcjonizm

Chłopiec zazwyczaj dzień rozpoczynał od zajęcia swojego miejsca w sali i rysowania. Rysował również wtedy, gdy nie chciał uczestniczyć w zajęciach, nie chciał się bawić. Rysował zazwyczaj swoją rodzinę: mamę, tatę, brata i siebie. Postaci były bardzo dokładne, szczegółowe, wychodzące poza granice rozwoju grafomotoryki dziecka 5-letniego. Swoją postać rysował i kolorował zazwyczaj na zielono, przy postaciach stawiał znak graficzny w postaci drukowanej litery. Postaci zajmowały całą kartkę; był narysowany dom, drzewo. Jestem w stałym kontakcie z obecnym wychowawcą Wojtka, mam wgląd w jego bieżące rysunki. Dowolny rysunek chłopca to oczywiście rodzina i tu dla mnie spore zaskoczenie. Wszyscy członkowie rodziny (małe postacie) w dużym domu, podpisani drukowanymi literami (pierwsze litery imion drukowanymi literami), dużymi literami napisane imię chłopca i wszędzie czerwony kolor. Podczas spotkań z chłopcem w klasie podejmuję z nim krótki niewerbalny dialog. Chwalę go, pomagam w układaniu puzzli i bardzo mnie cieszy fakt, że chłopiec unosi wzrok, gdy do niego mówię, a nawet uśmiecha się kącikiem ust.

Trudności z integracją sensoryczną

Chłopiec był bardzo wyczulony na głośne dźwięki, np. na piosenki, które rozbrzmiewały w magnetofonie podczas zajęć. Wówczas odchodził w najdalsze miejsce w sali. Nie lubił wychodzić na korytarz podczas przerw, gdy było bardzo głośno, źle znosił wyjścia do sali gimnastycznej na różne spotkania i przedstawienia muzyczne.

Z pełną odpowiedzialnością mogę stwierdzić, że badania i analizy cech chłopca upoważniają do postawienia diagnozy, że Wojtuś jest dzieckiem z mutyzmem wybiórczym. Moje kontakty z dzieckiem i rozmowy z rodzicami oraz rozmowy z logopedą doprowadziły do tego, że mama – za moją sugestią – zgłosiła się z chłopcem do poradni psychologiczno-pedagogicznej. Specjaliści wydali opinię w sprawie objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu/szkole. Opinia zawiera wskazania dla nauczyciela dotyczące pracy z dzieckiem, wskazania dla rodziców oraz zaleca kontynuację oddziaływań wobec dziecka o charakterze terapii psychologicznej i logopedycznej. Bardzo ważne jest, że mama podjęła również terapię specjalistyczną, w której uczestniczą przemiennie rodzina i dziecko. Jednak dla mnie najważniejsze



jest to, że mama zaakceptowała problem dziecka, podjęła kroki, by pomóc dziecku i rodzinie, chętnie dzieli się ze mną informacjami o efektach terapii, nie unika mnie.

7. Zakończenie

Na podstawie własnych doświadczeń z pracy z dzieckiem ze zdiagnozowanym mutyzmem wybiórczym z pełną odpowiedzialnością mogę napisać, że najważniejszym elementem przed rozpoczęciem terapii jest właściwe rozpoznanie zaburzenia. To na nas, nauczycielach przedszkola, ciąży obowiązek bacznej obserwacji dzieci w wieku 3-5 lat. Nie wolno nam zbagatelizować dziecka, które unika kontaktu werbalnego, wręcz zmuszać go do mówienia. To właśnie wtedy powinno zapalić się „czerwone światło” i zmotywować nas, nauczycieli, do poszukiwania przyczyn takiego zachowania dziecka. Niezwykle ważne są tu nasze umiejętności rozmowy z rodzicami, zdobycie ich zaufania. Szeroko pojęta współpraca ze specjalistami - logopedą, psychologiem - dają nauczycielom/wychowawcom spojrzenie z każdej perspektywy na zaburzenie lękowe, które trwa dłużej niż miesiąc. Bardzo ważne jest środowisko rodzinne dziecka, miejsce, w którym mieszka, uczy się (miasto, małe miasteczko, wieś). Rodzice z mniejszych miast wstydzą się rozmawiać o problemie nie tylko z nauczycielem, wręcz unikają rozmów. Utarte w wieku przedszkolnym jest powiedzenie „wstydy się”, „wyrośnie z tego”, „ma jeszcze czas mówić”. Taka presja środowiska sprawia często, że my, nauczyciele, przekazujemy dzieci z grupy do grupy (z 3-latków do 4-latków, 5-latków) i problem przechodzi/rośnie z dziećmi.

Szanowni nauczyciele przedszkolni!

Mutyzm wybiórczy to poważne zaburzenie lękowe, które, jeśli nie jest leczone, może sparaliżować dziecko na całe życie, ograniczyć jego możliwości rozwojowe. Może spowodować poważne konsekwencje emocjonalne oraz zaburzyć funkcjonowanie w społeczeństwie objawiające się:

- ***nieuzasadnionym lękiem przed ludźmi, prowadzącym do nerwicy bądź depresji***
- ***izolacją społeczną***
- ***niską samooceną a wręcz brakiem pewności siebie***
- ***niechęcią związaną z chodzeniem do szkoły***
- ***problemami z nauką***
- ***niepowodzeniami w dorosłym życiu***
- ***sięganiem po używki***
- ***myślami samobójczymi.***



PRZYPISY

- ¹ M. Maruszewski, *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*, Warszawa 1970, s. 143.
- ² I. Styczek, *Logopedia*, Warszawa 1979, s. 25.
- ³ B. Ołdakowska-Żyłka, K. Grąbczewska-Różycka, *Mutyzm wybiórczy. Strategie pomocy dziecku i rodzinie*, Warszawa 2017.
- ⁴ M.T. Stein, I. Rapin, D. Yapko, *Selective Mutism*, w: „Pediatrics”, 2001, s. 107.
- ⁵ L. Popek, *Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym*, w: *Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), Warszawa 2014.
- ⁶ E. Shipon-Blum, *Selective mutism*, w: „New York School Psychologist”, XXX, 1, 2011.
- ⁷ H. Kristenesn, *Non-specific markers of neurodevelopmental disorder/delay in selective mutism: A case-control study*, w: „European Child and Adolescent Psychiatry”, 11, 2002, s.71-78.
- ⁸ A.G. Viana, D.C. Beidel, B. Rabian, *Selective mutism: a review and integration of the last 15 years*, w: „Clinical Psychology Review”, 29 (1), 2009, s. 57-67.
- ⁹ A. Bilikiewicz, *Psychiatria*, Warszawa 1992.
- ¹⁰ L. Popek, *Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieżowym*, w: *Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), Warszawa 2014.
- ¹¹ B. Black, T. Uhde, *Elective Mutism as a Variant of Social Phobia*, w: „Jurnal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 31, 6, 1992.
- ¹² B. Black, T. Uhde, *Elective Mutism as a Variant of Social Phobia*, w: „Jurnal American of Child and Adolescent Psychiatry”, 31, 6, 1992, s. 847.
- ¹³ S.P. Down S, B.C. Soniec, D. Scheib, S.E. Moss, H.L. Leonard, *Practical Guidelines for the Assesment and Treatment of Selective Mutism.*, w: „Jurnal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 34, 7, 1995.
- ¹⁴ H. Olechnowicz, *Tożsamość mechanizmów samonaprawczych dwóch chłopców autystycznych. Darek i Dips*, w: *Opowieści terapeutów (autyzm, uszkodzenia organiczne, choroba sieroca, nadruchliwość, hipochondria, mutyzm, zespół Downa, problem ojca)*, H. Olechnowicz (red.), Warszawa 1997.
- ¹⁵ M. Nowak, M. Janas-Kozik, *Dialog w milczeniu - rozumienie i terapia pacjentki autystycznej*, w: „Psychiatria”, 1, 148, 2009.
- ¹⁶ R. Goodman, S. Scott, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wrocław 2000.
- ¹⁷ B. Zaskalska, *Mutyzm wybiorny: charakterystyka przyczyn i objawów*, w: „Wszystko dla Szkoły”, 2005, nr 1.
- ¹⁸ E.M. Minczakiewicz, *Mowa-Rozwój-Zaburzenia-Terapia*, Kraków 1996.

BIBLIOGRAFIA

- Bilikiewicz A., *Psychiatria*, Warszawa 1992.
- Black B., Uhde T. W., *Selective Mutism as a Variant of Social Phobia*, w: „Journal American of Child and Adolescent Psychiatry”, 31, 6, 1992.
- Down S. P., Soniec B. C., Scheib D., Moss S.E., Leonard H. L., *Practical Guidelines for the Assesment and Treatment of Selective Mutism*, w: „Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 34, 7, 1995.
- Goodman R., Scott., *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wrocław 2000.
- Maruszewski M, *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*, Warszawa 1970.
- Minczakiewicz E. M., *Mowa-Rozwój-Zaburzenia-Terapia*, Kraków 1996.
- Nowak M., Janas-Kozik M., *Dialog w milczeniu - rozumienie i terapia pacjentki autystycznej*, w: „Psychiatria”, 1(148), 2009.
- Olechnowicz H., (red.), *Opowieści terapeutów (autyzm, uszkodzenia organiczne, choroba sieroca, nadruchliwość, hipochondria, mutyzm, zespół Downa, problem ojca)*, Warszawa 1997.
- Ołdakowska-Żyłka B., Grąbczewska-Różycka K., *Mutyzm wybiórczy, Strategie pomocy dziecku i rodzinie*, Warszawa, 2017.
- Popek L., *Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym*, w: *Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), Warszawa 2014.
- Shipon-Blum E., *Selective mutism*, w: „New York School Psychologist”, XXX, 1, 2011.

Stein M. T., Rapin I., Yapko D., *Selective Mutism*, w: „Pediatrics”, 107, 2001.

Styczek I., *Logopedia*, Warszawa 1979.

Zaskalska B., *Mutyzm wybiórczy: charakterystyka przyczyn i objawów*, w: „Wszystko dla Szkoły”, nr 1, 2005.