



**Mutyzm wybiórczy**

Zdaniem prof. dr hab. Zbigniewa Tarkowskiego:

*Po modzie na autyzm przyszła moda na mutyzm selektywny. Nie jest on odkryciem ostatnich lat, choć współcześnie obserwuje się natężenie problemu. Kryteria rozpoznawania MW, którymi dysponujemy, są niejednoznaczne, płynne, w efekcie – można popełniać błędy diagnostyczne, które prowadzą do zawyżania statystyk.*

## Podstawowe pytania w terapii MW:

- **Jaką** funkcję pełni milczenie?
- **Jakie** są jego przyczyny ?
- **Jaki** jest jego odbiór ?



*Terapeuta MW ma w zasadzie trzy strategie postępowania:*

- *milczenie w odpowiedzi na milczenie,*
- *mówienie w odpowiedzi na milczenie,*
- *skłanianie do mówienia.*

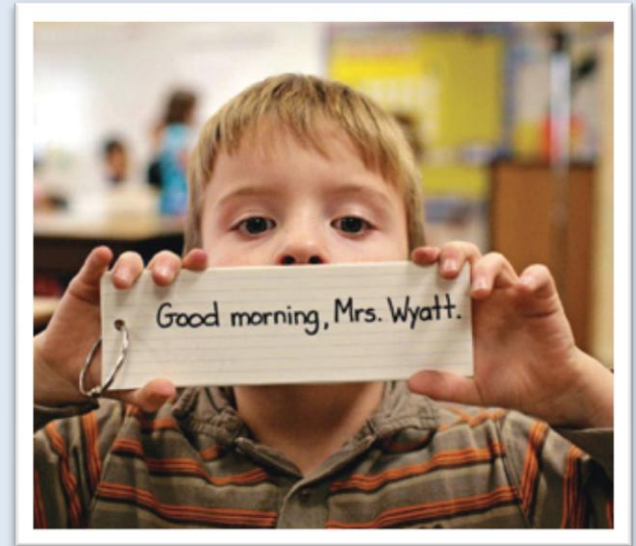
*definicija*



## Mutyzm selektywny /wybiórczy -

*zaburzenie psychiczne  
mieszczące się w kategorii  
zaburzeń lękowych.*

*„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.”*



# *Epidemiologia:*

- siedmioro dzieci na tysiąc – dwa razy częściej niż autyzm,
- częściej dziewczynki (2,6 do 1),
- zaburzenie pojawia się zwykle przed ukończeniem 5 roku życia.



**1877**

pierwszy opisany przypadek przez niemieckiego lekarza Kussmaula nazwany afazją dobrowolną,

**1934**

angielski lekarz wprowadza termin „ elective mutism” czyli mutyzm planowany- nadal błędne rozumienie,

**1994**

DSM IV – mutyzm selektywny- zmiana postrzegania zaburzenia.



*Kryteria diagnostyczne wg ICD 10,  
F 94 zaburzenia funkcjonowania  
społecznego rozpoczynające się zwykle  
w dzieciństwie lub wieku szkolnym*



- Dziecko umie mówić, ale w pewnych sytuacjach po prostu nie może mówić (ekspresja i rozumienie języka przez dziecko w granicach dwóch odchyłeń standardowych),
- możliwa do potwierdzenia niemożność mówienia przez dziecko w wybranych sytuacjach, pomimo mówienia w innych sytuacjach,
- czas trwania zaburzenia przekracza 4 tygodnie w przedszkolu/szkole. Nie należy brać pod uwagę miesiąca przeznaczonego na adaptację,
- brak mowy nie wynika z braku wiedzy lub nieznanomości języka,
- wykluczone występowanie całościowych zaburzeń rozwoju.

## Inne objawy, które mogą współtowarzyszyć MW

- ogólna lęklliwość,
- fobia społeczne,
- depresja,
- wzmożone napięcie mięśniowe, nieporadność, sztywność ruchów, bierność, brak swobody w zachowaniu,
- brak mimiki twarzy, czasem tiki, przygryzanie wargi, wkładanie palców do buzi, przygryzanie rękawów lub kołnierzyków,

- wady wymowy i trudności językowe,
- trudności z jedzeniem – mogą dotyczyć miejsca spożywanych posiłków lub konsystencji pokarmów i smaków,
- trudności związane z korzystaniem z toalety publicznej, przedszkolnej, szkolnej,
- perfekcjonizm lub obawa, że nie są idealne, a czynności, które wykonują nie są wystarczająco doskonałe,



- unikanie kontaktu wzrokowego,
- moczenie, zanieczyszczanie,
- brak reakcji na polecenia wypowiedziane przez osobę obcą,
- nadwrażliwość słuchowa – na hałas, na dotyk, na tłum, czasem smak,
- schematyzm w działaniu, niechęć do nowości (smaki, ubrania, potrawy). Schematyzm zapewnia poczucie bezpieczeństwa. Każda niezapowiedziana zmiana wywołuje stres, który wzmacnia lęk.

# *Etiologia*

*Czynniki predysponujące do występowania zaburzeń lękowych*



## **biologiczne**

- podatność genetyczna

## **psychiczne**

temperament

niska samoocena

## **środowiskowe**

- lękowy styl przywiązania

## **problemy rodzinne**

- lęk rodziców
- lękowy - wrażliwy wzorzec kulturowy

# *MW lekkiego stopnia*

- często mylony z nieśmiałością. Różnica polega jednak na tym, że dzieci nieśmiałe w końcu zaczynają mówić, dzieci z MW nie;
- te dzieci nie zawsze milczą w przedszkolu lub szkole: mogą zgłaszać się przy odczytywaniu listy obecności, odpowiadać na pytania, rozmawiać z niektórymi nauczycielami (podczas wypowiedzi werbalnych są jednak spięte, ich odpowiedzi są ubogie, krótkie, głos cichy lub odzywają się szeptem, mogą rezygnować z udzielenia odpowiedzi odpowiadając „nie wiem”);
- kontakt z rówieśnikami może być ograniczony (najczęściej bawią się z jednym – dwojgiem dzieci); - zwykle trudno jest im zacząć rozmawiać z osobami przy których nie czują się bezpiecznie; - mogą mieć kłopot z komunikowaniem swoich potrzeb fizjologicznych, np. pójścia do toalety; - mogą mieć problem z zakomunikowaniem nauczycielowi, że nie rozumiały jakiegoś polecenia lub, że dokuczają im jakieś dziecko.



# *MW ciężkiego stopnia*

- dzieci zazwyczaj się całkowicie niezdolne do mówienia w przedszkolu lub szkole,
- czasami rozmawiają z niewielką liczbą innych dzieci w znanej sobie grupie (zwykle wtedy, gdy wiedzą, że dorośli ich nie słyszą),



# MOŻLIWE TRUDNOŚCI DZIECKA Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM



# *MITY I FAKTY na temat MW*



*MW to poważna nieśmiałość.*  
*Większość dzieci z tego wyrośnie*

*Nieśmiałość*

- niepatologiczna cecha osobowości
- bardziej spójny obraz funkcjonowania
- niższy poziom lęku
- utrudnia ale nie upośledza funkcjonowania

*Mutyzm*

- zaburzenie psychiczne
- dwoje dzieci w jednym ciele
- wyższy poziom lęku
- znacznie utrudnia lub uniemożliwia codzienne życie ( komunikacja, edukacja, zakupy)

- zazwyczaj nie łączy się z innymi zaburzeniami, trudnościami,
- elastyczność schematów poznawczych
- dłuższy pobyt w danym środowisku poprawia funkcjonowanie
- wsparcie psychologiczne zazwyczaj przynosi szybkie postępy
- często łączy się z innymi zaburzeniami
- sztywność poznawcza
- im więcej czasu bez interwencji tym objawy się nasilają
- terapia jest konieczna, zazwyczaj długoterminowa

- Mutyzm wybiórczy występuje bardzo rzadko.
- Powodem mutyzmu wybiórczego są patologie rodzinne.
- To nie MW, on jest uparty i manipuluje.
- Może się w końcu odezwie – po co od razu „etykietkować” dziecko.
- Skoro się do mnie odzywa, to znaczy, że to nie MW.
- MW ciężko leczyć.
- dzieci z mutyzmem wybiórczym są inteligentne poniżej przeciętnej.

# *Co nam chce powiedzieć dziecko z mutyzmem?*

- Boję się jak ocenią mnie inni.
- Boję się przebywania z ludźmi.
- Potrzebuję uwagi.
- Zauważ mnie, ale nie skupiaj się na tym czy mówię czy nie
- Pomóż mi rozwinąć poczucie własnej wartości
- Pomóż mi zrozumieć, że nie jestem idealny



# Dlaczego nie bagatelizować MW

- Jako dorośli odczuwają nadal lęk w innej postaci, mogą mieć fobię społeczną lub/ i depresję
- Uczą się żyć z odizolowaniem społecznym
- Jeśli pomoc udzielona jest do 5 roku życia efekty terapii mogą być szybkie , później terapia trwa zazwyczaj długo
- Warto działać zanim dziecko przypisze sobie rolę osoby niemówiącej



# *Nastolatki*

- Bardziej wymowne niż dzieci młodsze,
- Mogą być smutne, odsunięte i samotne lub zbuntowane. Źle się zachowują. Ściągają na siebie „negatywną uwagę”, aby zostać zauważonym przez innych,
- Mogą wydawać się być zadowolone ucząc się żyć z MW i odsunięte towarzysko,
- Maja skłonność do wybierania samotnych zajęć,

- Chcąc uniknąć zwracania uwagi, wyuczyli się ukrywać swój lęk. Kiedy małe dzieci mogą znieruchomieć i pokazać pusty wyraz twarzy, starsi częściej wyglądają na zrelaksowanych, nawet jeśli w rzeczywistości tak nie jest,
- Miotanie się emocjonalne,
- Niezdolność o proszenie o pomoc czy wyjaśnienie ( zmartwienie czy skażenie się),
- Strach przed wyrażeniem opinii, nawet jeśli chodzi o wyrażenie tego co lubią lub czego nie lubią,

- Opuszczanie szkoły lub udawanie chorób aby uniknąć sytuacji społecznych w szkole,
- Nieleczony niepokój może prowadzić do słabych wyników w nauce, wagarów lub porzucenia szkoły.



# *Możliwe trudności dziecka z MW*



PHOTO ILLUSTRATION/THINKSTOCK

- Zgłaszanie potrzeb fizjologicznych,
- Wspólne z innymi dziećmi spożywanie posiłków,
- Ćwiczenia ewakuacyjne w razie pożaru
- Przerwa pomiędzy lekcjami,
- Nawiązywanie interakcji,
- Utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- Zaburzenia integracji sensomotorycznej,
- Ekspresja emocjonalna,
- Używanie zwrotów grzecznościowych,

# *Jak udzielać pomocy dziecku z MW*



- W leczeniu MW stosuje się przeważnie terapie behawioralną, analityczną oraz rodzin,
- Terapia behawioralna zakłada, że mutyzm jest wyuczonym zachowaniem, które można zmienić. Jej celem jest uspołecznianie dziecka poprzez zaangażowanie do terapii możliwie licznej grupy ludzi,
- z takim podejściem polemizują zwolennicy terapii analitycznej, którzy dążą do ustalenia przyczyn mutyzmu i rozwiązania konfliktu podstawowego : milczeć /mówić. Akceptują oni milczenie dziecka i proponują komunikację niewerbalną, psychorysunek, terapię zabawą, bajką i.t.p

- Terapia rodziny polega na zmianie nieprawidłowych nawyków komunikacyjnych i uniknięciu izolacji społecznej,
- Rzeczywisty mutyzm jest uznawany za trudne do wyleczenia zaburzenie, wystawiające przez długi czas na najwyższą próbę cierpliwość terapeuty i osób wspierających.



Badania wykazały, że najskuteczniejsza jest interwencja w oparciu o podejście behawioralne.

W ramach podejścia stosuje się:

- metodę małych kroków – „Sliding in” (łatwiejszy u młodszych dzieci lub w przypadku osób w stosunku do których dziecko nie ma utrwalonego MW),
- metodę modelowania mowy – „Shaping” - odczulanie, np. nagrywanie głosu dziecka na dyktafon i puszczenie mu w pustej (na początku) klasie.

## Sliding in

- wymaga obecności rodzica lub innej osoby, z którą dziecko swobodnie się komunikuje,
- ćwiczenia zaczyna się od zbudowania u dziecka poczucia bezpieczeństwa w sytuacji komunikacji werbalnej w pomieszczeniu, w którym dziecko nie odzywa się (np. w sali szkolnej). Na tym etapie dziecko oraz rodzic pozostają w pomieszczeniu sami,
- stopniowo wprowadza się koordynatora poprzez uchYLENIE drzwi (koordynator najpierw jest poza salą, potem stoi w progu, wchodzi do pomieszczenia, ale nie jest blisko dziecka, itd.),

- ćwiczenia skonstruowane są zgodnie z zasadą siły obciążenia komunikacyjnego (od lekkiego aż po ciężkie), - rodzic stopniowo wycofuje się z udziału w ćwiczeniach, a jego rolę przejmuje koordynator,
- należy pamiętać, że zawsze zmienia się tylko jedna rzecz (np. jeśli ćwiczymy liczenie do 10 i koordynator wchodzi do sali, to nie zmieniamy tego ćwiczenia),
- przy wprowadzaniu nowej osoby cofamy się o dwa kroki w tył w ćwiczeniach,
- w przypadku, gdy okazuje się, że kolejne kroki są dla dziecka za trudne rozbijamy je na mniejsze gdy dziecku nie powiedzie się jakieś ćwiczenie prowadzący bierze winę za to na siebie „to moja wina, źle wybrałam ćwiczenie, jest ono dla ciebie za trudne”.

# *Shaping*

- nie wymaga obecności osoby, z którą dziecko swobodnie się komunikuje,
- terapię zaczyna się od nawiązania relacji z dzieckiem poprzez zabawy oparte o niewerbalne formy komunikacji,
- następnym krokiem jest zachęcanie dziecka do wydawania dźwięków podobnych do sylab, np. poprzez dmuchanie, następnie wyrazów i fraz. Stopniowo zwiększa się głośność mówienia i nawiązuje częściej kontakt wzrokowy.

## *Zalecenia dla nauczycieli dziecka z mutyzmem*

- budowanie więzi z dzieckiem przez nauczyciela przez regularny kontakt indywidualny,
- pomysły na zorganizowanie indywidualnego czasu z dzieckiem z MW,
- w pewnym przedszkolu nauczycielka poświęcała czas dziecku z MW w czasie drzemki innych dzieci ( chłopiec z mutyzmem nie chciał spać w tym czasie),

- nauczycielka przychodziła codziennie 10 minut wcześniej przed zajęciami, by poświęcić ten czas na rozwój relacji dziecka z mutyzmem,
- w jednej ze szkół wychowawczyni spotykała się z dzieckiem z MW podczas czasu wyznaczonego na dyżur dla klasy,
- za zgoda dyrekcji czasami nauczyciele spędzają czas z dzieckiem z MW podczas wyznaczonej przerwy między lekcjami,



- niektórzy nauczyciele odwiedzają dziecko z MW w domu lub spotykają się z nim w neutralnym miejscu poza szkołą , np. na placu zabaw.



## *Pomysły na **aktywność** podczas indywidualnego czasu z dzieckiem z MW*

- zabawy oddechowe ( rozluźniające mięśnie odpowiedzialne za mówienie),
- zabawy/ aktywności zgodne z zainteresowaniami dziecka,
- wykonywanie wspólnych prac artystycznych umożliwiających wyrażanie emocji,
- gry planszowe niewymagające mówienia,
- oglądanie zabawnych filmików mających wywołać śmiech,





- granie na instrumentach, zabawy dźwiękowe i dźwiękonaśladowcze,
- zabawy kukielkowe, pacynkami , w maskach,
- komunikacja przez werbalizację, będąc w roli),
- komunikacja przez telefon, będąc w odległości,
- komunikacja przez walkie-talkie,
- korzystanie z aplikacji interaktywnych na telefonie, powtarzających głos w zabawnej formie,

- akceptowanie sposobu, w jaki dziecko się komunikuje ( np.: niewerbalnego) oraz okazywanie zrozumienia dla trudności,
- angażowanie w różne przedsięwzięcia, rozdawanie pomocy, rola dyżurnego, rola w przedstawieniu,
- niepozwalanie by dziecko było” niewidzialne” dla innych,
- „zeszyt aktywności”,

- niepomijanie w zadaniach wymagających mówienia,
- Zorganizowanie zabaw wymagających manipulacji oddechem ( bańki mydlane, podmuchiwanie piórka ),
- Zainicjowanie zabaw w teatr lalkowy lub grę w maskach
- Włączanie zabaw wymagających szeptu,
- Odwracanie uwagi od komunikacyjnej funkcji języka,
- W razie potrzeby dementowanie komentarzy innych dzieci o rzekomym niemówieniu dziecka – wyjaśnianie, że dziecko potrafi mówić i będzie mówić w przedszkolu/ szkole,
- gdy rówieśnicy wyręczają dziecko w mówieniu, wyjaśnianie, że każdy ponosi odpowiedzialność za siebie ( np. każdy odrabia sam zadania domowe), w związku z tym nie mówimy za innych),
- Rówieśnikom blisko związanym z dzieckiem można wyjaśnić, że mogą pomóc koleżance/ koledze, motywując ją/jego do mówienia.

- udział dziecka w kameralnych zajęciach grupowych prowadzonych przez specjalistę szkolnego. Włączanie w zajęcia początkowo jednego rówieśnika, stopniowo poszerzając grupę,
- przełamywanie „etykiety milczka” przez organizowanie zajęć, na których odtwarzane są nagrania głosy dzieci. Odtwarzanie nagrania tylko za zgoda dziecka,
- naturalne traktowanie mówienia dziecka, bez zwracania zbytnej uwagi na sam fakt powiedzenia czegoś przez nie, a raczej odwoływanie się do treści słów,
- stworzenie szczegółowej strategii prowadzącej do mówienia na forum klasy,
- system żetonowy.

Odpowiedzi na pytania dotyczące stosowania systemów żetonowych dla dziecka z MW w szkole:

- Kto powinien koordynować system żetonowy w szkole i wręczać nagrody dziecku nagrody?
- Jak wprowadzać system żetonowy?
- Co zrobić gdy dziecko nie realizuje celów?

# Udział rodzica podczas spotkania nauczycieladzieckiem z MW



## *Oddziaływania w szkole, które mogłyby wzmocnić milczenie i brak postępu*

- Zmuszanie do mówienia,
- Niezauważanie dziecka z MW,
- Odbieranie możliwości wypowiedzenia się, zwalnianie z zadań,
- Obdarzanie nadzwyczajną uwagą,
- Pozwalanie na łamanie zasad bez konsekwencji,
- brak celów wymagających werbalizacji i nagradzanie nieproporcjonalne do wysiłku.

# STRATEGIE UCZENIA DZIECKA Z MW

- cierpliwość i empatia wobec dziecka z mutyzmem wybiórczym to podstawa,
- używanie pomocy – tablic, gestów (ale tylko na początku terapii i jako niezbędną formę komunikowania o potrzebach, np. konieczności skorzystania z toalety),
- powolne mówienie, powtarzanie pytania w razie potrzeby,
- danie dziecku odpowiedniej rezerwy czasu na udzielenie odpowiedzi: zarówno werbalnej jak i niewerbalnej – im większy jest w dziecku lęk, tym więcej czasu potrzebuje na odpowiedź,



- kreatywność, wyobraźnia, ekspresja artystyczna; - organizowanie dyskusji w czasie lekcji w małych grupach (dziecko z mutyzmem wybiórczym należy przydzielić do grupy, w której będą dzieci, z którymi czuje się w miarę swobodnie),
- danie dziecku możliwości wypowiedzenia się poprzez: zbudowanie czegoś/przygotowanie modelu, rysowanie, pisanie, wizualizacje komputerowe; - nieoczekiwanie, że dziecko z mutyzmem wybiórczym dobierze się z kimś w parę, jeśli zadanie wymaga zrobienia go w parach, nauczyciel powinien przydzielić partnera (takiego, z którym dziecko czuje się swobodnie),
- „system koleżeński” : „kumpel łazienkowy”, „kumpel na przerwę”, „kumpel na korytarz”, „kumpel od zadania domowego/projektu” – dzieci w klasie są przez nauczyciela kojarzone w pary – to pobudza interakcje między dziećmi ,

- wyznaczanie celów dostosowanych do poziomu lęku,
- dziecko z mutyzmem wybiórczym powinno być uprzedzane o wszelkich zmianach w planie dnia z dużym wyprzedzeniem,
- dziecko powinno wiedzieć wcześniej, gdy wychowawca będzie nieobecny.

*Dziękuję za uwagę!*

***Prezentację przygotowała Dorota  
Kaim***

# Bibliografia

Kendall P.C (2014) Terapia poznawczo – behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci „Lęk”. Gdańsk. GWP.

Andrzejewska M. (2016) Mutyzm w: Jerzak M. (red). Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość. Warszawa PWN.

Bystrzanowska M. (2017) Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla nauczycieli, rodziców i specjalistów. Wydawnictwo Impuls