

JUSTYNA ŚWIERCZYŃSKA
ORCID 0000-0002-9890-0677

IZABELA CHOJNOWSKA-ĆWIAKKAŁA
ORCID 0000-0003-4756-7752

KATARZYNA LIPSKA
ORCID 0000-0002-9015-3910

Przebieg rozwoju oraz wpływ środowiska rodzinnego na rozwój mutyzmu wybiórczego u dwóch sióstr – studium przypadku*

The course of selective mutism and the influence of family environment on the development of the disorder in two sisters – a case study

doi:10.25951/4379

Wstęp

Wiele dzieci ma zdolność wchodzenia w interakcje społeczne i wykazuje swobodę mówienia w znanym środowisku, natomiast w innym otoczeniu mogą one wykazywać poważne upośledzenie tej funkcji. Szczególnie może to występować w sytuacjach, gdy mają one zaburzone poczucie bezpieczeństwa.

Mutyzm wybiórczy (inaczej selektywny; *selective mutism*) to zaburzenie klasyfikowane w ICD-10 do grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, określone kodem F94.0 i należące do zaburzeń funkcjonowania społecznego rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym (WHO 1994). Z kolei w najnowszej amerykańskiej edycji klasyfikacji DSM-5 zaburzenie to zostało przeniesione z kategorii „zaburzeń okresu dzieciństwa i adolescencji” do „zaburzeń lękowych”. Ujęcie mutyzmu selektywnego w DSM-5 wśród zaburzeń lękowych przybliżyła je do fobii społecznej, wskazując na etiologię lękową (APA 2013).

Pierwsze opublikowane dane na temat mutyzmu selektywnego pochodzą z 1877 r., a przypadki dotkniętych nim dzieci zostały opisane jako „afazja dobrowolna” (Hua 2016). Mutyzm selektywny to stan charakte-

* Praca powstała ze środków własnych.

ryzujący się odmową lub wstrzymywaniem mowy w momentach, w których oczekiwana jest komunikacja (np. w szkole, przedszkolu, innych sytuacjach społecznych), pomimo umiejętności mówienia w innych sytuacjach (Jarema, Rabe-Jabłońska 2011). Ta „zdeteterminowana emocjonalnie wybiórczość mówienia” pojawia się we wczesnym dzieciństwie i dotyczy zarówno chłopców, jak i dziewczynek (WHO 1994). „Wybiórczość” mutyzmu polega na tym, że w oczekiwanych sytuacjach dziecko przestaje mówić, często zastępując werbalną komunikację gestami, ruchami ciała, użyciem monosylab (Mulligan, Hale, Shipon-Blum 2015). Zgodnie z DSM-5 o mutyzmie wybiórczym mówi się wtedy, kiedy objawy trwają co najmniej jeden miesiąc (Morrison 2016). Brak nawiązywania komunikacji werbalnej nie jest spowodowany brakiem płynności mowy w danym języku i nie może być wyjaśniony zaburzeniem komunikacji lub innymi zaburzeniami rozwojowymi (np. zaburzeniami ze spektrum autyzmu) (APA 2013).

Rozpoznanie mutyzmu wybiórczego, opierając się na kryteriach klasyfikacji ICD-10, można stwierdzić, gdy:

- poziom rozumienia mowy jest prawidłowy lub bliski prawidłowemu,
- poziom kompetencji w posługiwaniu się mową jest wystarczający do społecznego komunikowania się,
- dziecko w niektórych sytuacjach może mówić i mówi normalnie (WHO 1994; Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema 2018; Kołakowski, Liwska, Wolańczyk 1996).

Większość dzieci z mutyzmem wybiórczym cechuje się prawidłowym poziomem sprawności intelektualnej, właściwie artykułuje, zwykle używa prawidłowego słownictwa i poprawnie buduje zdania (Morrison, Flegel 2018). Diagnoza mutyzmu selektywnego wymaga zatem wykluczenia innych zaburzeń, m.in.: zaburzeń psychotycznych, zaburzeń słuchu, neurologicznych przyczyn zaburzeń mowy, upośledzenia umysłowego, całościowych zaburzeń rozwojowych, zaburzeń rozwoju mowy i języka, zaburzeń depresyjnych, schizofrenii (Skoczek 2015). Diagnostując mutyzm wybiórczy, należy mieć pewność, że dziecko zna język, w którym osoba badająca zwraca się do niego, a także, że nie ma zaburzeń komunikacyjnych (np. jąkania się), które mogą dawać podobne objawy (Morrison 2016). Trudności diagnostyczne mogą pojawiać się, gdy mutyzm selektywny współwystępuje z zespołem łamliwego chromosomu X (Sharkey, McNicholas 2008) lub innymi objawami (Steffenburg i in. 2018), tj. problemami z mową i językiem (Steinhausen, Juzi 1996; Kristensen 2000), zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (Wong 2010), nadpobudliwością psychoruchową (ADHD) (Viana, Beidel, Rabian 2009), depresją, zaburze-

niem panicznym, zaburzeniami dysocjalnymi i dolegliwościami somatycznymi (APA 2013).

Hanne Kristensen (2000) wykazała w swoich badaniach związek pomiędzy mutyzmem wybiórczym a zaburzeniami rozwojowymi związanymi z komunikacją, uczeniem się, umiejętnościami motorycznymi oraz zespołem Aspergera. W literaturze przedmiotu i klasyfikacjach diagnostycznych (APA 2013; WHO 1994; Skoczek 2015) podkreślane jest, że mutyzm wybiórczy może współwystępować z ograniczeniami środowiskowymi, a także łączy się z cechami takimi jak: wrażliwość, upór, nieśmiałość, wycofywanie się (WHO 1994; APA 2013; Mulligan, Hale, Shipon-Blum 2015; Skoczek 2015) i zachowaniami polegającymi na unikaniu kontaktu wzrokowego z rozmówcą, kontrolowaniu i manipulowaniu otoczeniem czy stawianiem biernego oporu (Jarema, Rabe-Jabłońska 2011).

Ponadto mutyzm selektywny można częściowo również uznać za reakcję unikania przez małe dzieci lęków społecznych, co prowadzi do tego, że doświadczenie uczucia niepokoju uruchamia wzorzec niemówienia (Bogels, Alden, Beidel 2010).

Przyczyn selektywnego mutyzmu upatruje się we wzajemnym oddziaływaniu czynników genetycznych, temperamentalnych, środowiskowych i rozwojowych (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema 2018; Driessen et al. 2020; Rozenek i in. 2019; Wong 2010). W etiologii mutyzmu wybiórczego wskazuje się, że jest to zespół heterogenny, gdzie kilka czynników występuje razem (Johnson, Wintegens 2019; Herzyk 1992). Zostały one pogrupowane na biologiczne predyspozycje temperamentalne, tj.: nieśmiałość, wstydlivość, negatywizm, ale także cechy osobowości oraz zachowania opozycyjne (Driessen et al. 2020); zaburzenia związane z lękiem, w tym lękiem separacyjnym, nierozwiązanymi konfliktami wewnętrznymi czy fobią społeczną (Anstendig 1999), stresory związane ze środowiskiem, w którym dziecko żyje (dysfunkcja rodziny, przedszkole, szkoła, pojawienie się rodzeństwa) (Scott, Beidel 2011; Tatem, DelCampo 1995), strategie wzmacniające i trauma (Skoczek 2015). Literatura opisująca i wyjaśniająca mutyzm wybiórczy etiologię zaburzenia upatruje również w zachowaniach opozycyjnych (Yeganeh et al. 2003). Koncentracja na takim pochodzeniu mutyzmu byłaby jednak sprzeczna z konceptualizowaniem go jako zinternalizowanej reakcji na lęk (Anstendig 1999).

Badania uwzględniające czynniki genetyczne wskazują na powiązania dzieci z mutyzmem selektywnym z ich krewnymi pierwszego rzędu (Wong 2010). Zgodnie z badaniami Helmuta Remschmidta i in. (2001) wskaźniki zgodności między krewnymi pierwszego rzędu a dziećmi z mutyzmem selektywnym wy-

nosiły: z matką – 18%, ojcem – 9%; rodzeństwem – 18% (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann 2001). Wśród rodziców dzieci z mutyzmem wybiórczym obserwowano również zaburzenia osobowości, depresje, wycofanie, nieśmiałość i unikanie sytuacji społecznych (Kristensen, Torgersen 2001). Według badań Julii Urbaniuk (2008) w 70% rodzin, gdzie dziecko miało mutyzm selektywny, co najmniej jedno z rodziców prezentowało symptomy fobii społecznej. Dodatkowo, często matki tych dzieci sprawiały wrażenie osób dominujących i nadopiekuńczych, co mogło blokować aktywność dziecka (Urbaniuk 2008). Również w badaniu Beate Oerbeck i in. (2013) wykazano, że przynajmniej u jednego z rodziców występowały objawy lęku społecznego w dzieciństwie (Oerbeck i in. 2013).

Badania bliźniaków prowadzone przez Louise Sharkey i Fionę McNicholas (2006) wskazywały na silne powiązanie genetyczne w połączeniu z czynnikami środowiskowymi, takimi jak izolacja społeczna czy nadopiekuńczość matki, która prezentowała fobię społeczną. Były to przyczyny trudności w leczeniu, mimo intensywnego wielomodalnego podejścia biopsychospołecznego (Scott, Beidel 2011; Sharkey, McNicholas 2006).

Środowisko rodzinne, w którym funkcjonuje dziecko, również może się przyczynić do powstania zaburzenia w związku z jego modelującą rolą (Wong 2010). Obserwacja zachowań opiekunów, ich reakcje, m.in. lękowe, unikanie, brak emocjonalnego dostępu do rodzica, zaburzenia psychiczne rodziców, mogą być podstawą do reagowania mutyzmem (Johnson, Flake 2007).

Inne spojrzenie na kwestię podatności na mutyzm wybiórczy zaprezentowali Katharina Manassis i in. (2003), którzy na podstawie badań dzieci wskazali, że to nie poziom lęku różnicował dzieci z mutyzmem wybiórczym od tych bez objawów mutyzmu, ale umiejętności komunikacyjne i deficyty umiejętności społecznych. Badacze ci wskazali, że to może stanowić pierwotną przyczynę później narastającego lęku w związku z zawstyżeniem i onieśmieleniem w komunikacji interpersonalnej (Manassis, Fung, Tannock 2003).

Badania nad mutyzmem selektywnym są utrudnione ze względu na brak dostępu do osób objętych tym zaburzeniem (Sharp, Sherman, Gross 2007). Rekomendowane jest przyjęcie perspektywy rozwojowej, w tym m.in. kontekstu i etapu rozwoju dziecka, a także uwzględnianie teorii regulacji emocji, która rzuca nowe światło na to zaburzenie, wyjaśniając zmienność objawów lękowych w zależności od intensywności, czasu trwania i ekspresji lęku (Cisler et al. 2010).

Dane na temat rozpowszechnienia zaburzenia w populacji są bardzo trudne do oszacowania (Bystrzanowska 2017). Obecnie wskazuje się, że osób dotknię-

tych tym zaburzeniem jest 0,71% (Bergman, Piacentini, McCracken 2002). Badania jednak wskazują na niedoszacowanie tej liczby w związku z m.in. małą świadomością społeczeństwa, niską wrażliwością na objawy, które są dostrzegane w momencie, gdy od dzieci oczekuje się społecznych, interakcyjnych zachowań (Hayden 1980).

Jeśli objawy utrzymują się ok. 6–12 miesięcy, spada prawdopodobieństwo samoistnego ustąpienia, a nieleczone symptomy mogą zostać wzmocnione i obniżyć skuteczność podejmowanych działań psychoterapeutycznych (Schwartz, Freedy, Sheridan 2006). Największą skuteczność leczenia odnotowano w grupie dzieci uczęszczających do szkoły podstawowej, u których problem został szybko zauważony (Rachman 2005). Nie oznacza to oczywiście niemożliwości ustąpienia lub zminimalizowania objawów w późniejszym wieku (Skoczek 2015). Praca nad mutyzmem wybiórczym jest ukierunkowana na umożliwienie mówienia w sytuacjach, w których pojawiają się cechy mutyzmu (Rozenek i in. 2019; Rachman 2005). Koncentruje się na czynnikach osobowościowych, temperamentalnych, rodzinnych oraz środowiskowych. Praca z dzieckiem powinna być zindywidualizowana, początkowo zorientowana na budowanie relacji z terapeutą. Musi również uwzględniać zaburzenia współtowarzyszące.

Opisy przypadków

W poniższej części pracy przedstawiono przebieg rozwoju rodzeństwa (dwóch sióstr) z postawionym rozpoznaniem mutyzmu wybiórczego w wieku 3 i 4 lat. Omówiono również sytuację rodzinną oraz zachowania rodziców, które mogły wpływać na rozwój i podtrzymanie zaburzenia u dziewczynek.

Przypadek 1

Pierwszą z badanych dziewczynek jest Joanna, która ma 10 lat. Od 3. roku życia uczęszczała do przedszkola. Tam nie wchodziła w relacje z dziećmi ani z nauczycielem. W wieku 4 lat stopniowo zaczęła nawiązywać kontakty z dziećmi, natomiast z osobami dorosłymi nadal nie podejmowała rozmowy. Z nauczycielami kontaktowała się jedynie za pomocą gestów, np. poprzez kiwanie głową. Kiedy nauczyciele z przedszkola oraz rodzice zorientowali się, że dziewczynka jest wycofana w relacjach społecznych i wykazuje nasiloną nieśmiałość, zgłosili się do poradni zdrowia psychicznego. Dziewczynka była również

konsultowana psychologicznie w poradni psychologiczno-pedagogicznej, w której stwierdzono rozwój umysłowy na poziomie przeciętnym w badaniu Międzynarodową Wykonaniową Skalę Leitera. Uzyskała wynik 93. Dziewczynka sprawnie wykonywała zadania wymagające analizy i syntezy wzrokowej (kształty, kolory, położenie, orientacja przestrzenna). Dobrze pracowała na materiale konkretnym atematycznym i tematycznym. Nie podejmowała czynności rysowania i malowania. W wywiadzie ustalono, że posługuje się głównie ręką prawą. Do przedszkola chodziła dość chętnie, mówiła, że jej się tam podoba. Bawiła się głównie sama, podczas przedstawień przedszkolnych była bierna, nie tańczyła, nie śpiewała. W czasie pobytu w przedszkolu początkowo nie wykonywała czynności samoobsługowych. Nie podejmowała prób samodzielnego jedzenia, korzystania z toalety, ubierania się i rozbierania. W środowisku domowym zachowanie dziewczynki nie budziło niepokoju: nawiązywała kontakt słowny, była samodzielna w obsłudze, okresowo uparta, nerwowa, wybuchowa.

Z wywiadu dotyczącego okresu wczesnodziecięcego wiadomo, że jest z ciąży pierwszej, poród odbył się w 40. tygodniu, pojawiły się już zielone wody płodowe. Poród odbył się siłami natury. Dziewczynka ważyła 3350 g, uzyskała 10 punktów w skali Apgar. Podczas porodu miała złamany lewy obojczyk. Rozwój psychoruchowy przebiegał prawidłowo, pierwsze słowa pojawiły się przed 1. rokiem życia. Dziewczynka zaczęła budować pierwsze zdania po 2. roku życia.

Od początku edukacji szkolnej nie nawiązywała kontaktu werbalnego z nauczycielem. Odzywała się szeptem do ucha tylko jednej koleżanki, dzięki czemu można było poznać jej potrzeby. Po dwóch latach uczestniczenia w terapii psychologicznej nadal nie nawiązywała kontaktu z nauczycielami. Dziewczynka podjęła jednak kontakt werbalny z terapeutą, dzięki czemu dała się zauważyć u niej wada wymowy. Podczas badania okazało się także, że poziom funkcjonowania sfery emocjonalno-społecznej pacjentki (kontakt emocjonalny, funkcjonowanie w grupie rówieśniczej, relacje interpersonalne) jest niski. Również w trakcie obserwacji logopedycznej dziewczynka nie nawiązała kontaktu z logopedą, na pytania kierowane do niej odpowiedzi przekazywała szeptem do matki. Po kolejnych dwóch latach dziewczynka zaaklimatyzowała się w klasie, chętnie uczęszczała na zajęcia, bawiła się z wieloma koleżankami. Zdarzały się sytuacje, że unikała kontaktu wzrokowego, na zadane pytania odpowiadała cicho, ale zachęcona przez nauczyciela mówiła głośnie. Jednak w nowej sytuacji nadal potrzebowała dłuższego czasu na adaptację. Chętnie podejmowała zadania dodatkowe w klasie, np. funkcję dyżurnego.

Przypadek 2

Drugą opisywaną dziewczynką jest 8-letnia Jadwiga. Pacjentka otrzymała diagnozę mutyzmu wybiórczego w wieku 4 lat, tj. w momencie, kiedy zaczęła uczęszczać do przedszkola. Informacje dotyczące życia dziecka, poczynając od okresu ciąży i przebiegu rozwoju psychomotorycznego, zostały uzyskane od jej rodziców. W pierwszym etapie rozwoju nie stwierdzono żadnych problemów ani chorób medycznych. Została urodzona z ciąży drugiej, poród odbył się w 39. tygodniu siłami natury. Dziewczynka ważyła 3600 g, uzyskała 10 punktów w skali Apgar. Przechodziła żółtaczkę fizjologiczną. Wypisana ze szpitala w trzeciej dobie życia. Rozwój psychoruchowy przebiegał prawidłowo, pierwsze słowa pojawiły się przed 1. rokiem życia. Dziewczynka zaczęła budować pierwsze zdania po 2. roku życia. Od najwcześniejszych lat była dzieckiem nieśmiałym, wycofanym społecznie, szczególnie przejawiającym lęk w nowych sytuacjach i kontaktach międzyludzkich. Rodzice zaczęli się martwić, że dziewczynka nie podejmuje interakcji werbalnych z rówieśnikami i nauczycielami w połowie roku przedszkolnego. Dodatkowo zostali poinformowani przez nauczycieli, że proces adaptacji do przedszkola wydłuża się i dziewczynka rozmawia tylko z jednym nauczycielem oraz okazjonalnie na zadawane pytania odpowiada „tak” lub „nie”. W domu Jadzia rozmawiała swobodnie, wręcz była nadaktywna werbalnie, uwagę członków rodziny koncentrowała na sobie. W warunkach domowych, gdzie czuła się bezpiecznie, stawiała się uparta i bardzo egocentryczna. Rosnące trudności w przedszkolu zostały przeniesione do domu jako konflikty i napięcia.

W tym czasie rodzice zgłosili się do poradni zdrowia psychicznego na wizytę psychologiczną i psychiatryczną. W przeprowadzonych badaniach wykluczono inne możliwe przyczyny braku mowy. Badania diagnostyczne wykazały, że rozwój umysłowy dziewczynki kształtował się na poziomie przeciętnym. Jadzia dokonywała analizy i syntezy wzrokowej, odnajdowała podobieństwa i różnice. Nieznacznie obniżona była zdolność integracji wzrokowo-ruchowej oraz sprawność grafomotoryczna. Pracowała w tempie wolnym. Wyraźne były trudności z koncentracją uwagi. Znamienny był także stan emocjonalny dziewczynki, ponieważ wykazywała znaczny lęk separacyjny i nie chciała zostać w gabinecie bez matki. Nie nawiązywała kontaktu werbalnego z badającym, a kontakt wzrokowy był krótkotrwały. Wstępna diagnoza wskazywała na mutyzm wybiórczy. Od momentu postawienia diagnozy Jadzia uczestniczyła w terapii logopedycznej, psychologicznej i pedagogicznej.

Kiedy dziewczynka miała 7 lat i 5 miesięcy, zaobserwowano, że stała się spokojniejsza, jej mowa znacznie się poprawiła, a zachowania związane z wycofaniem społecznym stały się rzadsze. Zaczęła bawić się z rówieśnikami i komunikować się z innymi osobami.

Dane dotyczące rodziny

Rodzice opisywanych dziewczynek byli zgodnym małżeństwem. Mama wykazywała cechy nadopiekuńczości. Bardzo martwiła się o to, jak dziewczynki początkowo poradzą sobie w przedszkolu, a następnie w szkole. Była w stałym kontakcie z nauczycielami. Z powodu występujących trudności w relacjach społecznych dziewczynek, mama podjęła decyzję o rezygnacji z pracy zawodowej. Systematycznie uczęszczała z córkami na terapię psychologiczną, pedagogiczną i logopedyczną. Z obserwacji psychologicznej można było wywnioskować, że problemy pojawiające się u dziewczynek wywołują u niej napięcie i stres. W pewnym momencie leczenia sama skonsultowała się z lekarzem psychiatrą i psychologiem. Rozpoznano u niej zaburzenia depresyjno-lękowe. Często wspominała, że nadmierny poziom lęku i napięcia wywołuje u niej bezsenność i obniżenie apetytu. Ojciec dziewczynek był raczej wycofany, skoncentrowany na pracy i utrzymaniu rodziny. W przeprowadzonym wywiadzie rodzinnym okazało się, że oboje rodzice od wczesnych lat dziecięcych byli powściągliwi w relacjach społecznych, nieśmiali i wycofani, wręcz unikali kontaktów zewnętrznych. Mieli mało znajomych, raczej rzadko ktoś odwiedzał ich w domu. Najbliższe relacje utrzymywali ze swoimi rodzicami i rodzeństwem. Najbardziej dominującą osobą w rodzinie był ojciec dziewczynek. Na spotkaniach z psychologiem pojawiał się sporadycznie, był powściągliwy w wypowiedziach.

W środowisku domowym dziewczynki nawiązywały prawidłowe, spontaniczne kontakty werbalne. Spędzały ze sobą dużo czasu, lubiły wspólnie się bawić. Okresowo ich relacje były pełne napięcia, nieporozumień i rywalizacji o uwagę rodziców. Obie wykazywały siłę charakteru i upór. Zarówno starsza, jak i młodsza siostra ujawniały wyraźną nieśmiałość w relacjach społecznych.

Podsumowanie

Na rozwój emocjonalny dziecka wpływ mają: środowisko rodzinne i środowisko społeczne, w tym również rówieśnicze. Środowiska te dostarczają doświadczeń służących rozwojowi mowy, także w zakresie nabywania kompetencji wy-

maganych do społecznego komunikowania się. Zarówno osiągnięcie gotowości do mówienia, jak i wpływ stymulujących bodźców ze środowiska warunkuje rozwój mowy u dziecka (Schafer 2006). Jednak najbliższe środowisko rodzinne ma decydujący wpływ na wychowanie i rozwój osobowości dziecka. Jest to pierwsze i podstawowe miejsce, w którym dziecko funkcjonuje od urodzenia. To rodzina stwarza warunki sprzyjające lub hamujące jego rozwój, modeluje również wzorce relacji interpersonalnych nawiązywanych w środowisku społecznym (Łapiński 1988; Atoynatan 1986; Goll 1979; Meyers 1984; Subak, West, Carlin 1982; Tatem, DelCampo 1995). Dynamika rodziny, schemat relacji i interakcji członków rodziny, która jest sztywna, zamknięta i izolująca się od otoczenia, wpłynęła na późniejsze zachowania poszczególnych członków (Cierpka 2003). Zgodnie z tym ujęciem rodzic dziecka z mutyzmem kontroluje stosunki z otoczeniem i często pozostaje wrogi wobec środowiska zewnętrznego (Chavira et al. 2007). Reakcją dziecka jest wstrzymywanie mowy, aby nie zdradzić systemu rodzinnego i nie ujawnić żadnych ukrytych „tajemnic” (Goll 1979). System taki oddziałuje na autonomię dziecka, utrudniając indywidualny rozwój i relacje społeczne z kimkolwiek spoza jednostki rodzinnej (podobnie jak przy zaburzeniach lękowych) (Tatem, DelCampo 1995).

Prezentowana w niniejszym przypadku rodzina poprzez zachowania rodziców modelowała powściągliwość w relacjach społecznych. Rodzice dostarczali dzieciom ciepła, serdeczności, zaspokajali ich potrzeby psychiczne i fizyczne. Jednak dodatkowo byli wycofani, nieśmiali oraz nawiązywali zdystansowane relacje społeczne. Rodzice nie posiadali bliskich więzi koleżeńskich, unikali zapraszania gości do swojego domu, dawali komunikaty swoim dzieciom, że świat zewnętrzny jest pełen zagrożeń.

Zgodnie z literaturą przedmiotu (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema 2018; Driessen et al. 2020; Rozenek i in. 2019) objawy mutyzmu wybiórczego pojawiły się u prezentowanych dziewczynek w okresie przedszkolnym, kiedy to dzieci mają do osiągnięcia zadanie rozwojowe, jakim jest nawiązanie pierwszych kontaktów społecznych. Sytuacja występowania mutyzmu wybiórczego u dziewczynek skutkowałą pojawieniem się frustracji i prowadziła do konfliktów w rodzinie (Johnson, Wintegens 2019). Rodzice wymagali od dzieci, by nawiązywały spontaniczne i prawidłowe relacje rówieśnicze, nie modelując im prawidłowych wzorców. W miarę utrzymywania się objawów sytuacja ta doprowadzała stopniowo do powstania u wszystkich uczucia bezradności.

Rodzina prezentowanych pacjentek doświadczała różnych czynników stresu psychospołecznego, które można postrzegać jako czynniki stabilizujące to zaburzenie. Należą do nich m.in.: rezygnacja matki z pracy, ograniczone kon-

takty społeczne, zaburzenia depresyjno-lękowe występujące u matki, słabe umiejętności komunikacyjne matki i ojca. Rodzic doświadczający trudności natury lękowej czy depresyjnej może ograniczać interakcje dziecka z innymi. Wśród przyczyn mutyzmu wybiórczego wskazuje się na symbiotyczny charakter zahamowania mowy wynikający z silnej więzi dziecka z rodzicami (Tarkowski 2017). Takie zachowania mogą utrudniać rozwój społecznych umiejętności dziecka. Natomiast zmniejszenie interakcji społecznych może wzmacniać w dziecku tendencje unikowe, tworząc nieprzystosowawczy sposób zachowania, reagowania lękiem (np. unikanie nowych sytuacji) (Beidel, Turner 2007). Szczególnie dotkliwe w skutkach może być to dla dzieci, które cechuje skrajna nieśmiałość, i których rodzice dodatkowo wzmacniają ich zachowania lękowe, pozwalając unikać im sytuacji społecznych (Standard, Couteur 2003).

Mutyzm selektywny w wieku rozwojowym jest złożonym problemem. Zależy od wielu interakcji indywidualnych i środowiskowych, które są wplecione na różne sposoby w życie. Rodzina opisywana w niniejszym studium początkowo przywiązywała ogromną wagę do utrzymania pozytywnej opinii innych ludzi. To wewnątrz tej rodziny zachodziły dynamiczne interakcje, które przyczyniły się do wytworzenia zależnych związków pomiędzy członkami rodziny. Trudności w relacjach społecznych wynikające z nadmiernego zahamowania, pasywności, napięcia i lęku, jak również nadmiernej kontroli powodowały wyciszenie zachowań prospołecznych. Dziewczynki w rodzinie odczuwały pewnego rodzaju swobodę, która pozwalała im odreagować skumulowane trudne emocje. „Każde dziecko z mutyzmem wybiórczym ma swoje pole swobodnego zachowania i mówienia, w którym czuje się komfortowo” (Bystrzanowska 2017). Relacja siostrzana stała się alternatywą na zaspokojenie potrzeby bliskości w relacjach rówieśniczych. Dodatkowo podobieństwo w reakcjach na świat zewnętrzny po części wzmocniło ich niedostosowanie społeczne. Starsza siostra stała się wzorem do naśladowania dla młodszej, co również pogłębiało izolację społeczną. Dziewczynki wymyśliły własne indywidualne sposoby komunikacji w środowisku zewnętrznym, a często również rozumiały się bez słów.

Zrozumienie problemu i współpraca ze strony rodziców i rodzeństwa w opisywanym przypadku pomogły przezwyciężyć lęk i przeciwdziałać unikaniu sytuacji wymagających mówienia. Trudno jest jednoznacznie przewidzieć konsekwencje mutyzmu wybiórczego występującego w wieku dziecięcym rzutujące na późniejsze dorosłe życie dziecka. Z wywiadów z osobami, które jako dzieci cierpiały na mutyzm selektywny wynika, że zależy to w dużej mierze od genezy zaburzenia. Mimo tego, że w dorosłym życiu przestały mieć problem z mutyzmem wybiórczym, to jednak połowa z nich wciąż jest leczona psychia-

trycznie. Dziecięce doświadczenia związane z milczeniem w sytuacjach społecznych w ich dorosłym życiu mogą prowadzić do zaburzeń lękowych, fobii społecznej czy depresji. Przewyciężenie „niemówienia” najprawdopodobniej nie wyeliminuje innych problemów, które rozwinęły się w okresie ciszy (Omdal 2007). Badania wskazują, że podstawy genetyczno-rodzinne (w tym m.in. małomówność), które nasilają mutyzm selektywny, mogą również odzwierciedlać współistniejące objawy lękowe, które mogą być przekazywane przez pokolenia (Meyers 1984; Steinhausen et al. 2006).

BIBLIOGRAFIA

- Anstendig K.D. (1999), *Is Selective Mutism an Anxiety Disorder? Rethinking DSM-IV classification*, „Journal of Anxiety Disorder”, 13.
- Atoynatan T. (1986), *Elective Mutism: Involvement of the Mother in the Treatment of the Child*, „Child Psychiatry and Human Development”, 17.
- Beidel D.C., Turner S.M. (2007), *Shy Children, Phobic Adults: Nature and Treatment of Social Anxiety Disorder. 2nd ed.*, Washington D.C.: American Psychological Association.
- Bergman R.L., Piacentini J., McCracken J.T. (2002), *Prevalence and Description of Selective Mutism in a Schoolbased Sample*, „Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 41.
- Bystrzanowska M. (2017), *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chavira D.A. et al. (2007), *Selective Mutism and Social Anxiety Disorder: All in the Family?*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 46.
- Cierpka A. (2003), *Systemowe rozumienie funkcjonowania rodziny*, w: A. Jurkowski (red.), *Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Cisler J.M. et al. (2010), *Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: an Integrative Review*, „Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment”, 32.
- Driessen J. et al. (2020), *Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis*, „Child Psychiatry and Human Development”, 51 (2).
- Goll K. (1979), *Role Structure and Subculture in Families of Elective Mutists*, „Family Process”, 18.
- Hayden T.L. (1980), *Classification of Elective Mutism*, „Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry”, 19.
- Herzyk A. (1992), *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin: PFZM.
- Hua A., Major N. (2016), *Selective Mutism*, „Current Opinion in Pediatrics”, 28 (1).

- Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (2011), *Psychiatria*, Warszawa: PZWL.
- Johnson M., Wintegens A. (2019), *Mutyzm wybiórczy. Kompendium wiedzy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Johnson P.L., Flake E.M. (2007), *Maternal Depression and Child Outcomes*, „Psychiatric Annals”, 37.
- Kołakowski A., Liwska M., Wolańczyk T. (1996), *Elective Mutism in Children: Literature Review*, „Psychiatria Polska”, 30 (2).
- 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).
- Kristensen H., Torgersen S. (2001), *MCMI-II Personality Traits and Symptom Traits in Parents of Children With Selective Mutism: a Case-Control Study*, „Journal of Abnormal Psychology”, 110.
- Łapiński B. (1988), *Rola rodziny w osiągnięciu autonomii przez dziecko w okresie dorastania*, „Psychologia Wychowawcza”, 31 (5).
- Manassis K., Fung D., Tannock R. (2003), *Characterizing Selective Mutism: is it More than Social Anxiety?*, „Depress Anxiety”, 18.
- Meyers S. (1984), *Elective Mutism in Children: A Family Systems Approach*, „The American Journal of Family Therapy”, 12 (4).
- Morrison J. (2016), *DSM-5® bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Morrison J., Flegel K. (2018), *Wywiad diagnostyczny z dziećmi i młodzieżą. Rozpoznanie zgodne z DSM-5*, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Oerbeck B., Stein M.B., Wentzel-Larsen T. et al. (2013), *A Randomized Controlled Trial of a Home and School-based Intervention for Selective Mutism: Defocused Communication and Behavioural Techniques*, „Child and Adolescent Mental Health”, 19.
- Omdal H. (2007), *Can Adults Who Have Recovered from Selective Mutism in Childhood and Adolescence Tell Us Anything About the Nature of the Condition and/or Recovery from it?*, „European Journal of Special Needs Education”, 22 (3).
- Rachman S. (2005), *Zaburzenia lękowe. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Remschmidt H., Poller M., Herpertz-Dahlmann B. (2001), *A Follow-up Study of 45 Patients with Elective Mutism*, „European Archives of Psychiatry and Neuroscience”, 251.
- Rozenek E.B. i in. (2019), *Mutyzm wybiórczy – opis zaburzenia i etiologia: czy wybiórczy brak mowy jest zaledwie wierzchołkiem góry lodowej?*, „Psychiatria Polska”, 141.
- Schafer H.R. (2006), *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Schwartz R.H., Freedy A.S., Sheridan M.J. (2006), *Selective Mutism: Are Primary Care Physicians Missing the Silence?*, Clinical Pediatrics: Westminster Publications Inc. 2006.

- Scott S., Beidel D.C. (2011), *Selective Mutism: An Update and Suggestions for Future Research*, „Current Psychiatry Reports”, 13 (4).
- Sharkey L., McNicholas F. (2006), *Female Monozygotic Twins With Selective Mutism – A Case Report*, „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics”, 27 (2).
- Sharkey L., McNicholas F. (2008), *More than 100 Years of Silence, Elective Mutism: a Review of the Literature*, „European Child and Adolescent Psychiatry”, 17 (5).
- Sharp W., Sherman C., Gross A. (2007), *Selective Mutism and Anxiety: a Review of the Current Conceptualization of the Disorder*, „Journal of Anxiety Disorders”, 21 (4).
- Skoczek A. (2015), *Mutyzm. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Steffenburg H. et al. (2018), *Children with Autism Spectrum Disorders and Selective Mutism*, „Neuropsychiatric Disease and Treatment”, 14.
- Steinhausen H.Ch., Juzi C. (1996), *Elective Mutism: an Analysis of 100 Cases*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 35 (5).
- Steinhausen H.Ch. et al. (2006), *A Long-term Outcome Study of Selective Mutism in Childhood*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, 47 (7).
- Subak M., West M., Carlin M. (1982), *Elective Mutism: an Expression of Family Psychopathology*, „International Journal of Family Psychiatry”, 3.
- Tarkowski Z. (2017), *Mutyzm psychogenny*, w: Z. Tarkowski (red.), *Patologia mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Tatem D., DelCampo R. (1995), *Selective Mutism in Children: A Structural Family Therapy Approach to Treatment*, „Contemporary Family Therapy”, 17.
- Urbaniuk J. (2008), *Dziecko z fobią społeczną*, w: B. Winczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- WHO (1994), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, Geneva: World Health Organization.
- Wong P. (2010), *Selective Mutism: a Review of Etiology, Comorbidities and Treatment*, „Psychiatry Edgemont”, 7 (3).
- Yeganeh R.M.A. et al. (2003), *Clinical Distinctions Between Selective Mutism and Social Phobia: An Investigation of Childhood Psychopathology*, „Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 42 (9).

STRESZCZENIE

Mutyzm wybiórczy jest zaburzeniem najczęściej rozwijającym się we wczesnym dzieciństwie między 3. a 5. rokiem życia, występuje również u dorosłych. Charakteryzuje się brakiem komunikacji werbalnej w niektórych sytuacjach społecznych, pomimo nawiązywania kontaktu słownego w innych sytuacjach. W artykule tym zaprezentowano przebieg rozwoju oraz obraz kliniczny mutyzmu wybiórczego dwóch siostr od urodzenia aż do momentu rozpoznania zaburzenia. Dodatkowo wskazano, że rodzina

prezentowanych pacjentek doświadczała różnych czynników stresu psychospołeczne-
go, które można postrzegać jako czynnik stabilizujący to zaburzenie. Często to właś-
nie rodzina stwarza warunki sprzyjające lub hamujące jego rozwój, modeluje również
wzorce relacji interpersonalnych nawiązywanych w środowisku społecznym. Zmniej-
szenie interakcji społecznych może wzmacniać w dziecku tendencje unikowe, tworząc
nieprzystosowawczy sposób zachowania.

SŁOWA KLUCZOWE: zaburzenia lękowe u dzieci, mutyzm wybiórczy, fobia społeczna

SUMMARY

Selective mutism is a disorder that most often develops in early childhood between
the ages of 3 and 5, and also occurs in adults. It is characterized by a lack of verbal
communication in some social situations despite establishing verbal contact in other
situations. This article presented the course and clinical picture of selective mutism
in two sisters from day of birth to the time of the diagnosis. Moreover, it was shown
that the family of the presented patients was experiencing various psychosocial stress
factors that can be perceived as factors stabilizing this disorder. It is often family
that creates conditions conducive to or inhibiting its course and also forms patterns
of interpersonal relations established in social environment. Limitation of social
interactions could increase avoidance tendencies in a child, creating maladaptive
behavior.

KEYWORDS: anxiety disorders in children, selective mutism, social phobia

JUSTYNA ŚWIERCZYŃSKA – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

IZABELA CHOJNOWSKA-ĆWIAKAŁA – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

KATARZYNA LIPSKA – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Pedagogika / Pedagogy

Przysłano do redakcji / Received: 27.09.2020

Przysłano do redakcji po recenzjach / Received in revised form: 8.12.2020; 21.12.2020

Data akceptacji do publikacji / Accepted: 30.12.2020