



# MUTYZM WYBIÓRCZY/SELEKTYWNY (MW)

## MATERIAŁY NA FORUM PEDAGOGÓW

Opracowała: Monika Burzyńska – pedagog, neurologopeda kliniczny

### WSTĘP

Mutyzm wybiórczy dotyka od 2 do 19 dzieci na 1000 (w zależności od badanej populacji i przyjętych kryteriów oraz metodyki badań). Dla porównania autyzm występuje u 20 dzieci na 1000 (według amerykańskiego Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom). Wyraźnie widać, że według niektórych badań MW jest równie częstym zaburzeniem u dzieci, jak autyzm i nie może być ignorowany. Mimo to w Polsce nadal trudno o rzetelną wiedzę na temat diagnozy i terapii mutyzmu wybiórczego. Rzadko też dzieci z MW trafiają po poradę do poradni PPP i otrzymują pomoc w postaci terapii. Myślę, że dzieje się tak dlatego, iż dzieci te są grzeczne, nie sprawiają problemów wychowawczych, nie przeszkadzają w prowadzeniu lekcji. W porównaniu z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu są niewidzialne, a ich niemówienie nie jest traktowane jako problem. Milczenie dzieci zrzucane jest na karb nieśmiałości, konieczności adaptacji w nowym miejscu, również czujność rodziców jest uśpiona, gdyż w domu ich dziecko zazwyczaj jest rozgadane, wesołe i potrafi walczyć o swoje. Tymczasem mutyzm wybiórczy jest zaburzeniem, które nie leczone może mieć poważne konsekwencje emocjonalne i społeczne, gdyż upośledza poziom funkcjonowania jednostki. Dzieje się tak dlatego, że dzieci z MW nie są w stanie spełnić oczekiwań szkolnych, społecznych i rodzinnych, a stres emocjonalny, który wiąże się z sytuacjami, podczas których dana jednostka musi się odezwać, może skutkować odmową pójścia do szkoły i być podłożem fobii szkolnej. Zaburzenia lękowe są najczęściej występującymi zaburzeniami u ludzi.

W polskiej literaturze psychologicznej i pedagogicznej brakuje opracowań dotyczących mutyzmu wybiórczego. Nieliczne wzmianki na ten temat bazują na zdezaktualizowanej już wiedzy, powtarzane są sformułowania, które są sprzeczne z wynikami najnowszych badań prowadzonych za granicą. Obowiązkiem każdego specjalisty pracującego z dzieckiem jest stałe aktualizowanie swojej wiedzy i postępowanie zgodne z tą wiedzą. Trzeba jasno powiedzieć, że powoływanie się na wiedzę zaprzeczającą najnowszym badaniom, bądź ignorowanie aktualnych informacji jest błędem w sztuce.

### TROCHĘ HISTORII

W roku 1877 niemiecki lekarz Clifton Kussmaul opisał dziecko, które nie mówi w pewnych sytuacjach pomimo pełnej zdolności do wypowiedzania się. Nazwał to zaburzenie *aphasia voluntaria* (afazja dobrowolna) zakładając, że jest to świadomy wybór tych osób.

Prawie 60 lat później, w roku 1934, szwedzki psychiatra Moritz Tramer wybrał słowa *elective mutism* (mutyzm z wyboru) nadal uważając, że dziecko decyduje świadomie o tym, w których sytuacjach będzie mówić, a w których nie. Obecna nazwa - mutyzm wybiórczy (*selective mutism*) - została zatwierdzona w roku 1994 przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Eksperci badający mutyzm wybiórczy są dziś zgodni, że milczenie dziecka w pewnych sytuacjach nie ma nic wspólnego z jego wyborem czy wolną wolą. Wiadomo, że dziecko mówi w sytuacjach kiedy czuje się komfortowo, natomiast nie mówi kiedy mowa wywołuje u niego dyskomfort.

## MITY I FAKTY

---

- Mutyzm wybiórczy występuje bardzo rzadko** – badania wykazały, że większość przedszkoli i szkół podstawowych będzie miało jedno lub więcej z MW w danym roczniku. Konsekwencją tego mitu może być niskie zainteresowanie tą tematyką w Polsce.
- Powodem mutyzmu wybiórczego są patologie rodzinne** – wielu badaczy, np. dr Christine Stanley czy Jean Jardine Miller wskazują, że przeżycia traumatyczne (np. przemoc w rodzinie), chociaż mogą powodować wystąpienie zaburzeń psychicznych, nie stanowią przyczyn MW.  
Mówiąc o powodach MW bierze się pod uwagę:
  - **czynniki genetyczne** (w tym, np. temperament i związane z nim trudności do adaptowania się do zmian i nowych sytuacji, reakcja wycofaniem), zaburzenie lękowe powoduje, że dotknięte nim dziecko nieadekwatnie reaguje na sytuacje, które potencjalnie nie powinny wywoływać lęku, dlatego trudno przewidzieć jaki czynnik będzie tym, który wywoła mutyzm wybiórczy. Może nim być, np. pojawienie się nowego rodzeństwa, uwaga sprzedawczyni w sklepie, etc. Dziecko doświadczające lęku będzie nieustannie nastawione na skanowanie otoczenia w poszukiwaniu zagrożenia,
  - **czynniki środowiskowe** (dwujęzyczność; lękowa postawa rodziców/rodzica – badania pokazują, że w próbie 30 dzieci 70% z nich ma w historii rodzinnej fobię szkolną lub MW). Do jednych z częstszych czynników utrwalających MW jest mówienie za dziecko. Rodzic prezentujący postawę lękową, chcąc ochronić swoje dziecko przed frustracją czy nieprzyjemnymi emocjami, widząc, że dziecku trudno jest odpowiedzieć na pytania (sąsiada w windzie, pani w sklepie, znajomych rodziny), może mieć tendencje do odpowiadania za nie. Dziecko uczy się tego, że za niego odpowiada rodzic utrwała sobie taki styl funkcjonowania (zamiast próbować przełamywać swój lęk) i uogólnia je na inne sytuacje społeczne, np. przedszkolne czy szkolne, co z kolei może być czynnikiem wyzwalającym MW (tzw. trigger - wyzwalacz),
  - **zaburzenia mowy,**
  - **zaburzenia SI.**Konsekwencją tego mitu jest krzywdząca i fałszywa ocena rodzin dzieci z MW oraz niechęć rodziców do zgłaszania tego problemu.
- On jest tylko nieśmiały, wyrośnie z tego** – nieśmiałość jest cechą osobowości, nie zakłóca codziennego funkcjonowania dziecka i nie wymaga terapii. Mutyzm wybiórczy jest zaburzeniem lękowym, które może skutkować fobią społeczną, depresją, patologicznymi sposobami rozładowywania lęku. Z mutyzmu wybiórczego nie wyrasta się bez ponoszenia innych emocjonalnych i społecznych konsekwencji.  
Ten mit może skutkować brakiem specjalistycznej pomocy dla dzieci z MW.
- To nie MW, on jest uparty i manipuluje** – dziecko z mutyzmem wybiórczym bardzo chce mówić, ale lęk, który odczuwają paraliżuje i sprawia, że pojawiają się mechanizmy obronne każące unikać sytuacji, która je przeraża. Dlatego te same dzieci, które w szkole czy przedszkolu nie mówią, w miejscu, gdzie czują się bezpiecznie i gdzie są zrelaksowane (np. w domu) są rozmowne, głośne, zabawne, a nawet rządzą innymi. Obecnie mutyzmu wybiórczego nie wiąże się z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi. Zachowania opozycyjne u osób z MW połączone są z ich strachem przed mówieniem i są wyrazem ich wewnętrznego przymusu, żeby unikać sytuacji, które wymagają od nich odezwania się. Badania wykazały, że dzieci z MW byli mniej buntowniczy w szkole niż grupa kontrola (dzieci bez MW). Mutyzm wybiórczy to **fobia**. Dzieci nim dotknięte **potrafią i chcą** mówić, ale **nie mogą**.  
Konsekwencją tego mitu są stosowane niewłaściwe praktyki terapeutyczne i wychowawcze polegające na zmuszaniu dziecka do mówienia, szantażowania, podkreślania straty spowodowanej milczeniem.
- Może się w końcu odezwie – po co od razu „etykietkować” dziecko** – bywa czasami tak, że dziecko u którego podejrzewamy MW po okresie niemówienia zaczyna odzywać się (często dzieje się tak po zmianie przedszkola czy szkoły lub po okresie wakacyjnym), badania pokazują jednak, że dzieje się tak w zbyt małym odsetku dzieci z MW, by można było spokojnie czekać bez podjęcia jakiegokolwiek interwencji. Do podjęcia terapii

niepotrzebna jest oficjalna diagnoza wydana przez lekarza psychiatrę. Każdy dzień milczenia dziecka utrwała jego mutyzm i sprawia, że terapia będzie dłuższa i trudniejsza.

Konsekwencją tego mitu jest bagatelizowanie problemu dziecka i późna diagnoza MW, co utrudnia terapię.

6. **Skoro się do mnie odzywa, to znaczy, że to nie MW** – czasami trudno przewidzieć do kogo i w jakiej sytuacji dziecko odezwie się. Dziecko z MW mówi, gdy poczuje się bezpiecznie, nie oznacza to jednak, że będzie się odzywało w każdej sytuacji społecznej i do każdego. Może być również tak, że dziecko nie odezwie się do osoby, z którą rozmawiało, gdy w pobliżu będzie inna osoba lub zmieni się miejsce (są dzieci, które w szkole nie rozmawiają nawet ze swoimi rodzicami oraz takie, które rozmawiają z wychowawcą poza szkołą). W ocenie jakości komunikowania się warto brać pod uwagę ilość słów wypowiedzianych przez dziecko (czy odpowiada jednym słowem, krótkim zdaniem czy są to pełne, spontaniczne wypowiedzi), czy dziecko mówi pełnym głosem (a nie szeptem lub zmienionym głosem), czy utrzymuje kontakt wzrokowy, czy inicjuje rozmowę, czy zachowuje się swobodnie w sytuacji komunikacyjnej wszędzie i z każdym.

Konsekwencją tego mitu jest bagatelizowanie problemu dziecka i późna diagnoza MW, co utrudnia terapię.

Brak świadomości, że dziecko może przejawiać MW może skutkować niewłaściwym postępowaniem wychowawczym (zmuszanie dziecko do mówienia, niesprawiedliwie ocenianie, niepozytywne komentarze), co może pogłębić problem i skutkować pojawianiem się fobii społecznej.

7. **MW ciężko leczyć** – taki pogląd funkcjonuje wśród osób, które podjęły się pracy z dzieckiem z MW, ale w skutek niezrozumienia tego zaburzenia stosowały niewłaściwe metody terapeutyczne lub też nastawione były na szybki sukces. Tymczasem zrozumienie dziecka z MW i jego lęków, empatyczna postawa terapeuty, systematyczna terapia (3-5 sesji po 15 minut w tygodniu) oparta na współpracy z rodzicami powinna przynieść pierwsze efekty już po dwóch tygodniach pracy. Sama długość terapii uzależniona jest od kilku czynników, przede wszystkim od czasu wykrycia zaburzenia (im dłużej dziecko nie mówi, tym dłużej potrwa leczenie) i od częstotliwości spotkań.

W konsekwencji tego mitu dzieci z MW nie otrzymują pomocy w szkole czy przedszkolu, są odsyłane do specjalistycznych gabinetów (psychologicznych, psychiatrycznych).

## WNIOSKI Z BADAŃ NAD MW<sup>1</sup>

Na Zachodzie badania nad MW prowadzi się od połowy lat 70-tych XX wieku. Najważniejsze wnioski wynikające z tych badań, to:

1. **Wczesne rozpoznawanie i interwencja są kluczowe w terapii mutyzmu** – rokowania są lepsze dla dzieci z MW, u których zastosowano wczesną terapię. Późno postawiona diagnoza opóźnia u tych dzieci natychmiastową interwencję, może przyczynić się do upośledzenia w funkcjonowaniu oraz prowadzić do rozwoju dalszych trudnych w leczeniu problemów, które będą wymagały bardziej skomplikowanej i agresywnej formy leczenia. Istnieją dowody na to, że MW może rozwinąć się spontanicznie, jego objawy mogą z czasem słabnąć, to całkowita remisja zaburzenia (bez interwencji) wynosi jedynie 39-58%. Rokowania są również gorsze w przypadku, gdy MW utrzyma się do wieku dojrzewania.
2. **Pełna, wielowymiarowa diagnoza psychologiczno-pedagogiczna nie jest wymagana rutynowo, jednak dokładniejsze badania są ważne, kiedy są do tego odpowiednie wskazania** – spotkanie z osobą nieznaną jest bardzo często tak stresująca dla dziecka z MW, że nie jest ono w pełni pokazać swojego potencjału intelektualnego podczas formalnej diagnozy (np. w poradni psychologiczno-pedagogicznej). Bezpośrednia diagnoza powinna być zatem unikana, chyba, że jest ona absolutnie konieczna. W większości przypadków ogólna diagnoza polegająca na przeprowadzeniu wywiadu z nauczycielami i rodzicami dziecka, ewentualnie obserwacja dziecka podczas pobytu w szkole lub przedszkolu jest wystarczająca, by ocenić czy dziecko spełnia

<sup>1</sup> Johnson and Wintgens, The Selective Mutism Resource Manual (Speechmark), przewidywany czas publikacji – październik 2016 r. (materiał dostępny na stronie [www.mutyzm.org.pl](http://www.mutyzm.org.pl))

kryteria MW opisane w ICD-10 lub/i DSM-V. Gdyby jednak pogłębiona diagnoza była konieczna warto zadbać o to, by w gabinecie obecny był rodzic.

3. **Wszechstronna i nastawiona na konkretne cele edukacja na temat MW jest kluczowe dla odpowiedniej interwencji i prewencji** – żeby skrócić okres pomiędzy wykryciem objawów, a rozpoczęciem terapii podstawową wiedzę na temat MW powinni mieć wszyscy nauczyciele przedszkolni i wczesnoszkolni. Świadomość na temat objawów MW i zrozumienie na czym polega to zaburzenie lękowe z jednej strony nie pozwoli na zignorowanie problemu, pomylenie go z nieśmiałością, a z drugiej zapobiegnie niekorzystnym (choć w dobrej wierze) działaniom nauczycieli próbujących zachęcić dziecko do mówienia.
4. **Należy zwrócić szczególną uwagę na dwujęzyczność, ponieważ niesie ona za sobą większe ryzyko MW** – nauczyciele pracujący z imigrantami i dziećmi z mniejszości językowych powinni być świadomi jaka jest różnica pomiędzy MW, a tzw. „cichym okresem” – etapem obecnym podczas przyswajania drugiego języka.
5. **Interwencja bazująca na metodzie małych kroków powinna być oparta o podejście behawioralne** – wygaszanie bodźca (poprzez wystawianie na stopniową ekspozycję), modelowanie, pozytywne wzmocnienia każdej podjętej próby komunikacji i systematyczna desensytyzacja (odwrażliwianie) są najbardziej skutecznymi metodami w terapii MW.
6. **Programy małych kroków powinny brać pod uwagę całość kontekstu leczenia zaburzeń lękowych** – MW jest zaburzeniem lękowym, jego głównym objawem, ale nie jedynym, jest trudność w odzywaniu się. Osoby z MW mają predyspozycje genetyczną lub są skłonne do rozwinięcia stanów i zaburzeń lękowych. Dlatego ważne jest szersze podejście terapeutyczne, które:
  - będzie zawierać strategie radzenia sobie z lękiem w dalszym życiu,
  - pomoże zrozumieć fizjologię strachu, co pomoże starszym dzieciom z MW i dorosłym zyskać nad nim kontrolę,
  - będzie wspierać rodziców, którzy odczuwają lęk i mogą przelewać go na dzieci,
  - uświadomi rodziców, którzy mają zdiagnozowane zaburzenie lękowe, że mogą oni szukać pomocy w poradniach.
7. **Efektywna interwencja musi brać pod uwagę rolę rodziców i zawierać w sobie efektywne strategie pracy z nimi** – praca nad MW powinna przebiegać wszędzie tam, gdzie obserwuje się występowanie problemów w mówieniu, a więc nie tylko w szkole, ale i poza nią (na podwórku, w sklepie, restauracji, w kontaktach z dalszą rodziną, znajomymi rodziny, na zajęciach pozalekcyjnych etc.). Rodzice mogą dać wsparcie dziecku w tych miejscach, w których niemożliwe jest prowadzenie terapii przez terapeutę szkolnego. Również sama terapia w szkole powinna uwzględniać obecność rodziców podczas pierwszych sesji sliding in.
8. **Podawanie leków może być traktowane jako ostatnia deska ratunku dla starszych dzieci** – interwencja farmakologiczna nie powinna być stosowana rutynowo w przypadku leczenia dziecka z MW. Nie ma wystarczających dowodów na to, że regularne przyjmowanie leków prowadzi do wyleczenia MW. Jednakże w przypadku starszych dzieci i młodzieży, kiedy inne działania nie pomagają z powodu zbyt dużego poziomu lęku, można rozważyć wprowadzenie leków. Decyzję powinien podjąć zespół ekspertów (psychiatrów).
9. **Działania mające na celu prowadzenie diagnozy i koordynacji wsparcia dzieci z MW powinny być prowadzone przez logopedę** – aby zapewnić dzieciom z MW odpowiednie wsparcie należy ustalić, kto będzie koordynował proces terapii. W Wielkiej Brytanii tę rolę przejmują logopedzi. Kiedy MW występuje z innymi czynnikami, które przekraczają jego kompetencje należy nawiązać współpracę z innymi specjalistami (pedagogami, psychiatrami, psychologami, pracownikami opieki społecznej). Ponieważ dobrze udokumentowane jest współwystępowanie z MW zaburzeń mowy logopeda jest w stanie bardziej holistycznie poprowadzić terapię. Podkreślić jednak należy, że główną cechą, jaką powinien charakteryzować się specjalista - koordynator jest empatia, zrozumienie zaburzenia i znajomość technik terapeutycznych w przypadku MW.

# JAK ROZPOZNAĆ MUTYZM WYBIÓRCZY – KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

## Kryteria diagnostyczne wg ICD 10

- Ekspresja i rozumienie języka przez dziecko w granicach dwóch odchyłeń standardowych
- Możliwa do potwierdzenia niemożność mówienia w wybranych sytuacjach, pomimo mówienia w innych sytuacjach
- Czas trwania zaburzenia przekracza 4 tygodnie
- Zaburzenia nie wyjaśnia brak znajomości języka mówionego wymaganego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia

## Kryteria według DSM V

MW charakteryzuje się stałym brakiem mówienia w sytuacjach społecznych, mimo że dziecko jest w stanie mówić w innych, znanych mu sytuacjach; inne kryteria to:

- brak mówienia w określonych sytuacjach przez okres minimum jednego miesiąca (nie bierze się pod uwagę pierwszego miesiąca w szkole lub przedszkolu)
- niemówienie nie jest wynikiem braku wiedzy lub nieznanomości języka
- braku mówienia nie da się lepiej wyjaśnić przez zaburzenia komunikacji lub inne nieprawidłowości (np. całościowe zaburzenia rozwoju, zaburzenia psychotyczne).

W Polsce obowiązują kryteria ICD 10, jest to klasyfikacja stworzona przez WHO, weszła w życie w 1994 r.

Warto wiedzieć, że dzieci z MW nie zawsze są milczące w przedszkolu lub szkole. Małe dzieci z MW klasyfikowane są zazwyczaj w dwóch grupach: mutyzm lekkiego stopnia i mutyzm ciężkiego stopnia. Poniższa tabela pokazuje podstawowe cechy poszczególnych grup.

Tabela 1. Mutyzm wybiórczy lekkiego i ciężkiego stopnia

MW lekkiego stopnia	MW ciężkiego stopnia
<ul style="list-style-type: none"><li>- często mylony z nieśmiałością. Różnica polega jednak na tym, że dzieci nieśmiałe w końcu zaczynają mówić, dzieci z MW nie;</li><li>- 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”);</li><li>- kontakt z rówieśnikami może być ograniczony (najczęściej bawią się z jednym – dwójgim dziećmi);</li><li>- zwykle trudno jest im zacząć rozmawiać z osobami przy których nie czują się bezpiecznie;</li><li>- mogą mieć kłopot z komunikowaniem swoich potrzeb fizjologicznych, np. pójścia do toalety;</li><li>- mogą mieć problem z zakomunikowaniem nauczycielowi, że nie rozumiały jakiegoś polecenia lub, że dokuczają im jakieś dziecko.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- dzieci zazwyczaj się całkowicie niezdolne do mówienia w przedszkolu lub szkole;</li><li>- czasami rozmawiają z niewielką liczbą innych dzieci w znanej sobie grupie (zwykle wtedy, gdy wiedzą, że dorośli ich nie słyszą);</li></ul>



## MOŻLIWE TRUDNOŚCI DZIECKA Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM<sup>2</sup>

- 1. Zgłaszanie potrzeb fizjologicznych** – pomocne mogą być np. grafik czasu łazienkowego, wyznaczenie „kolegi od WC”, określony sygnał (znaczek, gest) oznaczający potrzebę skorzystania z toalety, warto, by taki sposób komunikowania wprowadzić u wszystkich dzieci (ale nie utrwałać u dziecka mechanizmów niewerbalnych, czyli powoli wycofujemy się ze znaczków na rzecz mówienia). Wszystkie zastępcze komunikaty powinny być z dzieckiem przećwiczone!!!
- 2. Wspólne z innymi dziećmi spożywanie posiłków** – odmowa jedzenia w przedszkolu czy szkole nie wynika z uporu dziecka, ale z lęku. Pomocne może okazać się pozwolenie dziecku na przynoszenie drugiego śniadania z domu, pozwolenie na przychodzenie rodziców w porze obiadowej do stołówki
- 3. Ćwiczenia ewakuacyjne w razie pożaru** – warto przećwiczyć z dziećmi taką ewakuację „na sucho”, opowiedzieć co w trakcie się wydarzy, uprzedzić, że dzwonek alarmu będzie głośny
- 4. Przerwa pomiędzy lekcjami** – to może być trudny czas dla dziecka z MW. Po pierwsze, gdy oczekujemy jakiegoś niebezpieczeństwa nasze zmysły są wyostrzone, ciało napięte, jesteśmy przesadnie wyczuleni na hałas, dotyk itp. Dla dzieci z MW przerwa jest trudna, gdyż jest to czas niezorganizowany, a więc nie można przewidzieć co się wydarzy. Starsze dzieci z MW mogą dodatkowo cierpieć z powodu odrzucenia społecznego. Warto zorganizować ten czas, zapewnić możliwość pohuśtania się na huśtawce na przemian z innymi dziećmi, zagrania w grę niewymagającą mówienia, wypoczynku w odosobnionym pomieszczeniu.
- 5. Nawiązywanie interakcji** – dzieci z MW mają olbrzymie trudności w inicjowaniu i nawiązywaniu relacji, powinno się im pomóc w tym – biorąc za rękę, łącząc dziecko w parę z innym.
- 6. Utrzymywanie kontaktu wzrokowego** – lęk bywa tak silny, że dziecko z MW może unikać kontaktu wzrokowego. Nie należy do niego zmuszać dziecka.
- 7. Ekspresja emocjonalna** – dzieci z MW odczuwają tak silny lęk, że mają trudności z uśmiechaniem się i okazywaniem emocji. Nie oznacza to, że dzieci te nie mają poczucia humoru.
- 8. Używanie zwrotów grzecznościowych** – ta umiejętność wymaga od dziecka zainicjowania rozmowy, wystawia również lękowe dziecko na ekspozycję społeczną, bo zwraca na niego uwagę rozmówcy. Używanie zwrotów grzecznościowych uznawane jest za wysokie obciążenie komunikacyjne. Tę umiejętność ćwiczy się z dzieckiem pod koniec terapii, gdy swobodnie używa ono mowy w innych sytuacjach. Równie trudne może być odezwanie się dziecka podczas sprawdzania listy obecności (tutaj dobrym rozwiązaniem jest takie sprawdzanie obecności, by wszystkie dzieci miały możliwość odpowiedzi: „Czy Jasiu/Zosia/Krzysiu jest dzisiaj w szkole?”, dzieci odpowiadają chórem.).
- 9. Zaburzenia integracji sensomotorycznej** – dzieci z MW bardzo często są nadwrażliwe na dotyk, hałas lub tłum. Trudności te wynikają bezpośrednio z lęku (gdy boimy się czegoś nasze ciało przygotowane jest do reakcji „uciekaj lub walcz”. Stajemy się bardziej wyczuleni na bodźce z otoczenia, gdyż one są gwarancją przeżycia.) i powinny osłabnąć lub zniknąć całkowicie pod wpływem terapii MW i obniżenia poziomu lęku.

**Musimy pamiętać, że wszystkie ułatwienia (niewerbalne) dla dzieci z MW muszą być wprowadzane na początku terapii, po to, by obniżyć poziom lęku u dziecka. Naszym celem jest, by dziecko z MW tych wszystkich ułatwień nie potrzebowało. Zaczynamy zawsze od punktu, które dziecko jest w stanie wykonać, np. jeśli dziecko jest w stanie zjeść obiad szkolny siedząc w ławce z jednym kolegą tyłem do klasy, to nie zaczynamy od obecności rodziców lub przynoszenia dań z domu, ale od prób, by dziecko jadło obiad siedząc bokiem, a potem przodem do innych dzieci.**

<sup>2</sup> Elisa Shipon-Blum „The Ideal Classroom Setting for the Selectively Mute Child” (tłumaczenie Paulina Apolinarska – Bonifacjuk)  
Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych we Wrocławiu

## STRATEGIE UCZENIA DZIECKA Z MW<sup>3</sup>

---

- 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 wypowiedzania się poprzez: zbudowanie czegoś/przygotowanie modelu, rysowanie, pisanie, wizualizacje komputerowe;
- nieoczekiwanie, że dziecko z mutyzmem wybiórczym dobermanie 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;
- w miarę możliwości należy egzaminować dziecko z MW w formie niewerbalnej i bez limitu czasowego. Najlepiej, żeby sprawdzian przeprowadzała dobrze znana dziecku osoba, test traktować się powinno jak zabawę. Jeśli to jest egzamin do napisania w dużej grupie, dobrze by było, żeby dziecko z mutyzmem wybiórczym mogło napisać go w mniejszej (osobnej?) sali. W miarę możliwości należy wydłużyć dziecku z mutyzmem wybiórczym czas pisania;
- dziecko z mutyzmem wybiórczym powinno być uprzedzane o wszelkich zmianach w planie dnia z dużym wyprzedzeniem;
- dziecko powinno wiedzieć wcześniej, gdy wychowawca będzie nieobecny, ponieważ jeden dzień z nauczycielem, który nie zna problemów dziecka, nie akceptuje ich, może zburzyć to, co dziecko dotąd zdążyło już wypracować w toku terapii.

## CO MOŻE ZROBIĆ NAUCZYCIEL

---

Bardzo często to nauczyciel/wychowawca jest pierwszą osobą, która może dostrzec, że dziecko ma problem. Warto powiadomić o swoich obserwacjach i podejrzeniach rodziców, a następnie pokierować na badania psychologiczno-pedagogiczne oraz psychiatryczne. Nie można nigdy zostawiać rodziców z samą diagnozą bez podania informacji na temat zaburzenia, sposobów jego diagnozy i terapii. Rola nauczyciela jest tutaj niezastąpiona, gdyż im wcześniejsza diagnoza i podjęta terapia, tym większa szansa na szybkie wyleczenie.

Film Lucy Nathanson <https://www.youtube.com/watch?v=WzlhqoLZwNw>

### Podsumowanie:

1. Nie zmuszaj dziecka do mówienia i nie zawstydzaj, jeśli nie jest w stanie rozmawiać w danej chwili.
2. Nie pytaj dziecka dlaczego nie mówi – to tylko zwiększa lęk u niego.
3. Stwarzaj wiele okazji do rozmów, ale nie oczekuj i nie dawaj dziecku do zrozumienia, że oczekujesz, by mówiło.
4. Komentuj bieżące wydarzenia, stwierdzaj fakty, zadawaj pytania retoryczne, aby zachęcić je do mówienia. Unikaj zadawania bezpośrednich pytań, na które oczekujesz natychmiastowej odpowiedzi.
5. Traktuj dziecko tak samo, jak inne dzieci – nie skupiaj na nim swojej uwagi.

---

<sup>3</sup> Elisa Shipon-Blum „The Ideal Classroom Setting for the Selectively Mute Child” (tłumaczenie Paulina Apolinarska – Bonifaczk) Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych we Wrocławiu

6. Nie karz dziecka za brak mowy, nie bądź sfrustrowany, jeśli dziecko nie mówi.
7. Nie zadawaj otwartych pytań, zmieniaj je na pytania zamknięte tak, aby dziecko mogło odpowiedzieć kiwając głową na „tak” lub „nie”.
8. Postaraj się unikać kontaktu wzrokowego – stań z boku lub kucnij.
9. Jeśli dziecko się odezwie – ukryj swoje zdziwienie. Zachowuj się normalnie.
10. Z wycuciem chwal dziecko, powstrzymaj się od chwaleń dziecka publicznie.
11. Bądź wyculony na prześladowanie, ponieważ dzieci z MW są wrażliwe, a nie są w stanie same się obronić.

## METODY TERAPII

Badania wykazały, że najskuteczniejsza jest interwencja w oparciu o podejście behawioralne. W ramach podejścia stosuje się:

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

### Warunkiem sukcesu w terapii dziecka z MW są:

- terapia w miejscu, gdzie występuje MW – w przedszkolu lub szkole,
- możliwość spotkać z terapeutą kilka razy w tygodniu (od 3 do 5) na około 15 minut. Terapeuta dziecka nie powinien się zmieniać, by dziecko miało możliwość do nawiązania z nim relacji i pokonania lęku przed mówieniem,
- osoba pracująca z dzieckiem powinna zostać przeszkolona w zakresie strategii, jakie stosuje się w terapii MW,
- cała szkoła lub przedszkole (w tym pracownicy niemerytoryczni) powinna zostać wprowadzona w tematykę MW, po to, by żaden z dorosłych mający kontakt z dzieckiem z MW w placówce nieświadomie nie zwiększał u dziecka lęku.

Tabela 2. Opis metod

Sliding in	Shaping
<ul style="list-style-type: none"> <li>- wymaga obecności rodzica lub innej osoby, z którą dziecko swobodnie się komunikuje,</li> <li>- 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,</li> <li>- 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.),</li> <li>- ćwiczenia skonstruowane są zgodnie z zasadą siły obciążenia komunikacyjnego (od lekkiego aż po ciężkie),</li> <li>- rodzic stopniowo wycofuje się z udziału w ćwiczeniach, a jego rolę przejmuje koordynator,</li> <li>- 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),</li> <li>- przy wprowadzaniu nowej osoby cofamy się o dwa kroki w tył w ćwiczeniach,</li> <li>- w przypadku, gdy okazuje się, że kolejne kroki są dla dziecka za trudne rozbijamy je na mniejsze,</li> <li>- 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”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nie wymaga obecności osoby, z którą dziecko swobodnie się komunikuje,</li> <li>- terapię zaczyna się od nawiązania relacji z dzieckiem poprzez zabawy oparte o niewerbalne formy komunikacji,</li> <li>- 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.</li> </ul>



## BIBLIOGRAFIA

---

materiały udostępnione na stronie [www.mutyzm.org.pl](http://www.mutyzm.org.pl) (tłumaczenia angielskich publikacji oraz artykuły specjalistów)