

Renata Marciniak-Firadza

Uniwersytet Łódzki*

JAK LOGOPEDA MOŻE POMÓC DZIECKU Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM?

HOW A SPEECH THERAPIST CAN HELP CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM?

Słowa kluczowe: mutyzm wybiórczy, terapia logopedyczna, propozycje ćwiczeń.
Keywords: selective mutism, speech therapy, exercises suggestions.

Potrzeba komunikowania się z otoczeniem jest jedną z najważniejszych potrzeb psychicznych człowieka. Komunikacja jest bowiem kluczem do poznawania siebie i otaczającej rzeczywistości, do porządkowania świata poprzez nazywanie ludzi, przedmiotów, zjawisk, zdarzeń, określanie ich cech i relacji zachodzących między nimi. Umiejętność porozumiewania się z innymi służy też wyrażaniu swoich uczuć, spostrzeżeń czy pragnień.

Dzieci z mutyzmem wybiórczym potrzebę komunikowania się mają, ale nie mogą jej realizować. Ze względu na trudności, szczególnie z inicjowaniem rozmowy, „rezygnują” z mówienia, unikają ludzi oraz izolują się społecznie. Nie nabywają przez to umiejętności społecznych, stają się samotne, nawet jeśli nie są samotnikami.

Definicje, kryteria diagnostyczne

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji mutyzmu wybiórczego, tu zostaną przytoczone tylko wybrane spośród nich.

Mutyzm wybiórczy to zaburzenie lękowe polegające na trudnościach w komunikowaniu się. Mutyzm (łac. *mutus, muta, mutum*) oznacza niemy, czyli nie mówiący [Bystrzanowska, 2017]. Mutyzm wybiórczy cechuje wybiórczość mówienia, co oznacza, że dziecko mówi w pewnych sytuacjach, a w pewnych milczy [Bystrzanowska, 2017].

* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, renata.marciniak@uni.lodz.pl

Według Anny Herzyk [1992, s. 29], mutyzm to „brak lub ograniczenie mówienia (ekspresji oralnej) przy zachowaniu rozumienia mowy oraz możliwości porozumiewania się pisemnego”. Wybiórczość mówienia ma podłoże emocjonalne i charakteryzuje się zaprzestaniem mówienia w pewnych sytuacjach lub w obecności niektórych osób, np. dziecko nie mówi w przedszkolu, na lekcjach w klasie, ale rozmawia z niektórymi nauczycielami i rówieśnikami poza lekcjami. Może rozmawiać w domu, ale nie zawsze ze wszystkimi członkami rodziny (rozmawia z matką lub tylko z ojcem, albo tylko z rodzeństwem).

Zdaniem Cummingsa [2003, s. 83], „termin mutyzm stosowany jest do określenia zarówno utraty zdolności mowy (z zachowaną zdolnością do chrząkania, kaszlu, śpiewu itp.), jak i całkowitego zaniku zdolności wydawania dźwięków przy zachowanej przytomności. Obok logofobii jest najbardziej typowym przykładem zaburzenia mowy u osób cierpiących na nerwicę. Jest zaprzestaniem mówienia z przyczyn psychologicznych, które w związku z tym leżą poza aparatem mowy” [za: Zaleski, 1992, s. 76].

Zaburzenie to spostrzegane jest czasem jako specyficzna forma nerwicy protestu [Bilikiewicz, 1992, za: Warchał, Warchał, 2012, s. 99] oraz jako następstwo utraty korowych i podkorowych wpływów motywacyjnych na ośrodki sterujące czynnością mowy [Pruszewicz, 1992, za: Janik, 2012, s. 80].

Szerszą definicję mutyzmu wybiórczego w literaturze polskiej podaje Anita Bryńska:

[...] przewlekła odmowa mówienia w określonych sytuacjach społecznych, w których oczekuje się od dziecka wypowiedzi ustnych, np. w przedszkolu, szkole, pomimo mówienia w innych sytuacjach, np. w domu. Zaburzenie ma wpływ na osiągnięcia edukacyjne, trwa nie krócej niż 1 miesiąc (nie dotyczy to pierwszego miesiąca nauki szkolnej). Stwierdzany jest jednocześnie prawidłowy poziom rozumienia mowy i wystarczający do społecznego komunikowania się poziom kompetencji w posługiwaniu się mową. Ważne jest, że inne formy komunikowania się, takie jak ekspresja mimiczna i naśladowcza u chorujących dzieci jest prawidłowa [Bryńska, 2005, s. 158].

Zbigniew Tarkowski wymienia cztery rodzaje mutyzmu wybiórczego:

- 1) symbiotyczny (jako wynik bardzo silnej więzi z rodzicami, głównie matką, nad którymi sprawuje kontrolę);
- 2) fobiczny (występujący u dzieci bojących się własnego głosu);
- 3) reaktywny (jako reakcja na traumatyczne wydarzenia);
- 4) bierno-agresywny (kiedy milczenie jest bronią oraz manifestacją wrogości) [Tarkowski, 2017].

Mutyzm wybiórczy jako zaburzenie lękowe figuruje w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F94.0) oraz w Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (312.23).

Według ICD-10, kryteria diagnostyczne przedstawiają się następująco:

- ekspresja i rozumienie języka przez dziecko w granicach dwu odchyłeń standardowych;
- możliwa do potwierdzenia niemożność mówienia w wybranych sytuacjach, pomimo mówienia w innych sytuacjach;
- czas trwania zaburzenia przekracza cztery tygodnie;
- zaburzenia nie wyjaśnia brak znajomości języka mówionego wymaganego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia.

Kryteria mutyzmu wybiórczego według DSM-V:

- charakteryzuje się stałym brakiem mówienia w sytuacjach społecznych, mimo że dziecko jest w stanie mówić w innych znanych mu sytuacjach;
- brak mówienia w określonych sytuacjach przez okres minimum miesiąca (nie bierze się pod uwagę pierwszego miesiąca w szkole lub przedszkolu);
- niemówienie nie jest wynikiem braku wiedzy lub nieznaności języka;
- braku mówienia nie da się wyjaśnić przez zaburzenia komunikacji lub inne nieprawidłowości.

Dane statystyczne dotyczące mutyzmu wybiórczego

W polskiej literaturze przedmiotu podaje się, że wiek występowania mutyzmu waha się między końcem okresu rozwoju mowy a początkiem okresu adolescencji (dojrzewania). Nasilenie zjawiska przypada na wiek trzech i sześciu lat, co odpowiada momentowi rozpoczęcia przedszkola i nauki w szkole. Jest to tzw. mutyzm przejściowy, który samoistnie ustępuje. Czas trwania mutyzmu selektywnego może wynosić od kilku miesięcy do 2 lat i dłużej, a jego utrzymywanie się powyżej 10. r.ż. źle prognozuje [por. Skoczek, 2015].

Częstotliwość występowania tego zaburzenia to, według „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” z 2002 roku, siedmioro dzieci na tysiąc (czyli jedno na 140) [Bergman i in., 2002], jednak wartość ta może być zaniżona. Mutyzm selektywny dotyczy częściej dziewczynek niż chłopców w proporcji od 1,5:1 do 2,1:1 [Kristensen, 2002, za: Ołdakowska-Żyłka, 2015b], a nawet 2,6:1 [za: Bystrzanowska, 2017].

Polietiologia mutyzmu wybiórczego

Dotychczas nie udało się zidentyfikować jednego czynnika, który prowadzi do powstania mutyzmu, choć najnowsze badania pokazują, że schorzenie ma związek z pojawieniem się uczucia lęku przed kontaktami interpersonalnymi [Janik, 2012], że mutyzm jest wynikiem wysokiej potrzeby precyzji w komunikacji interpersonalnej, połączonej z brakiem wiary w możliwość osiągnięcia jej dostatecznego poziomu [Arska-Karyłowska, Bar-Tal, 2012].

Jak podaje Julita Urbaniuk: „Zwyczajowo przyjmuje się, że mutyzm to zespół heterogeny – czyli w etiologii tego zaburzenia istotne jest współwystępowanie i wzajemne oddziaływanie na siebie kilku czynników” [2008, s. 456]. Przyпуска się, że mutyzm wywołują współlistniejące ze sobą czynniki:

- biologiczne (nieśmiałość, wstydlivość, społeczne wycofanie się i lęklivość, martwienie się, negatywizm);
- psychiczne (długotrwały stres, fobia, fobia społeczna, problemy związane z lękiem separacyjnym);
- społeczne (nowe przedszkole, nowa szkoła, rozwód rodziców, pojawienie się rodzeństwa, kłótnie rodziców, przeprowadzka czy choroba w rodzinie [Radomska, Jankowska, 2000; Urbaniuk, 2008]).

Podobnie Anna Skoczek podkreśla, że najtrafniejsze są hipotezy podnoszone przez zwolenników wieloprzyczynowych źródeł zaburzenia [Skoczek, 2017].

Objawy mutyzmu

Mutyzm objawia się silnym lękiem społecznym, dużą wrażliwością i uporem, nadmiernym kontrolowaniem otoczenia, wycofywaniem się, biernym oporem, a także niską samooceną. Zachowania agresywne występujące w tym zaburzeniu mają na celu rozładowanie napięcia emocjonalnego [Warchał, Warchał, 2012].

Objawy wiążące się z pojawieniem się uczucia lęku przed kontaktami interpersonalnymi mogą doprowadzić także do innych zachowań, np. unikania kontaktu wzrokowego, ograniczenia mimiki (animia), obawy przed kontaktem fizycznym, nerwowych odruchów, zamknięcia się w sobie, agresji, objawów fizjologicznych (np. krótki, przyspieszony oddech, bledość lub czerwienie się, omdlenia, koszmary nocne, częste moczenia się) [Janik, 2012; Skoczek, 2015].

Maria Bystrzanowska jako objawy, które mogą współtowarzyszyć mutyzmowi wybiórczemu wymienia: ogólną lęklivość, wzmożone napięcie mięśniowe, nieporadność, sztywność ruchów, bierność, brak swobody w zachowaniu, trudności w wyrażaniu swoich emocji, wzmożone napięcie emocjonalne, brak mimiki twarzy, czasem tiki, przygryzanie wargi, wkładanie palców do buzi, unikanie kontaktu wzrokowego, brak reakcji na polecenie wypowiedziane przez obcą osobę, nadwrażliwość słuchową, wady wymowy i trudności językowe, trudności z jedzeniem czy trudności związane z korzystaniem z toalety w szkole, przedszkolu itp. [Bystrzanowska, 2017].

Diagnoza mutyzmu

Ustaleniem diagnozy mutyzmu wybiórczego zajmuje się zespół specjalistów, w skład którego wchodzi, w zależności od obrazu klinicznego dziecka: neurolog (lub psychiatra), psycholog, pedagog, neurologopeda (lub logopeda ogólny) [Janik, 2012].

W rozpoznaniu mutyzmu wybiórczego istotny jest prawidłowy lub bliski prawidłowemu poziom rozumienia mowy, kompetencje w posługiwaniu się mową na poziomie wystarczającym do społecznego komunikowania się, a także pewność, że osoba cierpiąca na to zaburzenie potrafi prawidłowo mówić w niektórych sytuacjach. Diagnozując mutyzm u dzieci, należy mieć na względzie konieczność stwierdzenia dostatecznie rozwiniętej mowy (por. ICD-10, 2000). Diagnoza psychologiczna mutyzmu powinna uwzględniać poziom rozwoju intelektualnego oraz trudności rozwojowe, przy jednoczesnym wykluczeniu zaburzenia słuchu oraz neurologicznych zaburzeń mowy [za: Warchał, Warchał, 2012].

Terapia logopedyczna

Kluczową sprawą w terapii dziecka z mutyzmem wybiórczym jest, jak podkreśla Bystrzanowska, wczesna interwencja, czyli wprowadzenie oddziaływań terapeutycznych z chwilą zaobserwowania pierwszych niepokojących objawów. Wczesna terapia, zdaniem autorki, powinna być raczej modyfikacją zachowań wszystkich osób z otoczenia dziecka [Bystrzanowska, 2017].

Niemówienie, które jest tylko wierzchołkiem góry lodowej, skłania rodziców do pójścia do specjalisty, którym z reguły jest logopeda. Odpowiednio prowadzona terapia logopedyczna może bardzo wspomagać prowadzoną równolegle terapię psychologiczną, przy założeniu oczywiście, że w ramach tej wielospecjalistycznej terapii odbywa się ścisła współpraca między psychologiem i logopedą.

Najczęściej rola logopedy polega na stosowaniu ćwiczeń oddechowych, słuchowych, fonacyjnych, logorytmicznych, usprawniających narządy mowy oraz korygujących wady wymowy, takie jak: sygmatyzm, rotacyzm, interdentalna realizacja głosek i inne, np. dyslalia złożona [Janik, 2012], bo jak wynika z danych Steinhausena: 30,3% dzieci z mutyzmem ma zaburzenia rozwoju mowy, 38% zaburzenia rozwoju językowego, 28% zaburzenia ekspresji mowy i 20% zaburzenia artykulacji¹.

Najczęściej pomoc logopedyczna udzielana jest w drugim etapie terapii psychologicznej, gdy dziecko zaczyna już mówić. Logopeda może też pracować nad wzmocnieniem pojawiającego się głosu (gdy dziecko mówi szeptem bądź cichutko czy dość niewyraźnie).

Mutyzm u dziecka, jak zauważa Anna Skoczek, wpływa na ilość i jakość kierowanych do niego komunikatów (mniej pytań, mniej wypowiedzi wyrażających akceptację, krótsze zdania, mniej skomplikowane pod względem struktury logiczno-gramatycznej). Konsekwencją takiego modelu komunikacji mogą być

¹ Dane te otrzymałam w trakcie odbytych szkoleń dotyczących mutyzmu wybiórczego, prowadzonych przez mgr B. Ołdakowską-Żyłkę i mgr E. Małachowską.

słabiej rozwinięte zdolności językowe dzieci dotkniętych mutyzmem [2013], dlatego też zachodzi „potrzeba mówienia do dziecka i organizowania normalnych warunków komunikacyjnych, prowokujących do interakcji” [Minczakiewicz, 1997].

Często jednak bywa tak (i to z różnych przyczyn), że logopeda jest jedynym terapeutą, pod opieką którego znajduje się/pozostaje dziecko z mutyzmem. Jak zatem logopeda może pracować z takim dzieckiem?

Terapia dziecka powinna się rozpocząć od rzetelnej diagnozy funkcjonowania, od określenia nie tylko takich sytuacji, w których nie mówi, lecz także takich, w których mówi swobodnie lub w ograniczony sposób (np. szeptem, wspólnie śpiewa itp.) lub podejmuje próby interakcji. Jest to o tyle istotne, że dzieci z mutyzmem wybiórczym są bardziej skłonne mówić w sytuacjach, w których już kiedyś się komunikowały [za: Urbaniuk, 2008].

Jeśli logopeda jest jedynym terapeutą dziecka z mutyzmem, musi zacząć terapię od obniżania napięcia, nawiązywania kontaktu z dzieckiem, budowania relacji. Nawiązanie dobrej relacji jest szczególnie ważne w pracy z osobami dotkniętymi mutyzmem – dziećmi lęklivymi, łatwo się zrażającymi.

Istotą pierwszego etapu terapii (i kolejnych) takiego dziecka jest obserwacja jego reakcji niewerbalnych, przy zachowaniu pewnego dystansu fizycznego. W kolejnych etapach następuje skracanie dystansu, nawiązanie kontaktu niewerbalnego, wyzwianie spontanicznych reakcji głosowych, realizowanie automatyzmów słownych, a w kolejnych etapach programowanie dowolnych wypowiedzi w rozmaitych sytuacjach komunikacyjnych [por. Herzyk, 1992; Panasiuk, 2015].

W literaturze logopedycznej i psychologicznej wymienia się dziewięć etapów pracy z dzieckiem z mutyzmem [na podstawie: Herzyk, 1992]:

1. **Bierna obserwacja kontaktu dziecka z matką.** Zwrócenie uwagi na to, czy i w jaki sposób dziecko wypełnia instrukcje werbalne (np. pokaż, narysuj, podaj itp.), jakie są jego reakcje niewerbalne (np. ruchy głową potwierdzające lub zaprzeczające, gesty).

2. **Skracanie dystansu fizycznego – rozmowy z matką przy dziecku, bez bezpośredniego zwracania się do dziecka.**

3. **Nawiązanie kontaktu niewerbalnego** (np. terapeuta podaje zabawkę, pomaga układać klocki); **stosowanie wobec dziecka pochwał bez wymagania odpowiedzi – matka nadal pełni wiodącą rolę w rozmowie.**

4. **Proszenie dziecka o niewerbalne odpowiedzi/reakcje** (np. podaj, połóż, pokaż) – **terapeuta zaczyna zastępować matkę w rozmowach z dzieckiem.**

5. **Wprowadzenie gestu potakującego lub zaprzeczającego głową – matka jest nadal blisko dziecka, ale już z nim nie rozmawia.**

6. **Terapeuta rozmawia z dzieckiem (werbalnie bądź niewerbalnie) – matka jest tylko biernym obserwatorem.** Spotkanie z dzieckiem rozpoczy-

na się od zabaw niewymagających wypowiedzi. Zajęcia są prowadzone tak, by dziecko nie musiało ciągle udzielać werbalnej odpowiedzi. Terapeuta komentuje czynności, które wykonuje dziecko, np. podczas rysowania. Zadaje pytania dziecku odnośnie do rysunku. Dziecko może podpisać jego elementy, a potem spróbować je przeczytać.

7. Terapeuta rozmawia z dzieckiem (werbalnie) – matka znajduje się w dalszej odległości od dziecka. Wprowadzanie przez terapeutę metod rozmawiających mówienie (np. wyliczanki, piosenki, liczenie przedmiotów, nazywanie dni tygodnia, miesięcy). Jeśli dziecko rozmawia z terapeutą, można wprowadzać ćwiczenia głosowe i fonacyjne (ćwiczenia w głośniejszym mówieniu).

8. Terapeuta rozmawia z dzieckiem – matka znajduje się w sąsiednim pokoju lub na korytarzu (najpierw przy otwartych drzwiach, potem przy zamkniętych). Na tym etapie można stosować zabawy słowne (zagadki, historyjki obrazkowe itp.).

9. Wprowadzenie do pomieszczenia innej osoby, z którą dziecko nie rozmawia – terapeuta jest teraz w roli matki. Dalej stosuje się takie same etapy, jak na początku.

Pracę terapeutyczną nad komunikacją z dzieckiem z mutyzmem zaczynamy od komunikacji niewerbalnej (mimika, gesty), przechodząc stopniowo do zabawy dźwiękami, potem szeptu i na końcu głośnych słów. Poniżej przedstawiamy przykładowe ćwiczenia służące terapii.

1. Propozycje ćwiczeń w okresie niewerbalnym:

– zaczynamy od tego, że dziecko przynosi nam na zajęcia coś na „start”, czyli rzeczy, które lubi, które chce nam pokazać, np. ulubioną zabawkę, książeczkę, zdjęcia itp.;

– zabawy manipulacyjne, np. z wykorzystaniem orgiami;

– zajęcia artystyczne – nacisk na ekspresję manualną, np. rysowanie, malowanie, kolorowanie, wyklejanie, lepienie z gliny, plasteliny, modeliny itp.;

– porozumiewanie się umówionym gestem, mimiką, pantomimą;

– robienie z dzieckiem przed lustrem śmiesznych min;

– zabawa w kalambury pantomimiczne – dziecko przedstawia kalambur, terapeuta odgaduje;

– zabawy wymagające manipulacji oddechem, niwelujące niepokój, np. zdmuchiwanie płomienia świecy, bańki mydlane, rozdmuchiwanie piórek (kto dalej przedmucha), zabawy dmuchającą, dmuchane obrazki (rozdmuchywanie tuszu lub farby na papierze);

– wprowadzanie łatwych układów choreograficznych;

– piosenki-pokazywanki: „Tu mam serce, tu mam głowę”, „Głowa, ramiona, kolana, pięty”;

– tworzenie z dzieckiem komiksów, np. gdy dziecko umie pisać, terapeuta rysuje siebie i zadaje dziecku pytania w chmurce, dziecko rysuje siebie i w chmurce odpowiada; gdy dziecko nie umie pisać, wówczas komiksy składają się z samych obrazków;

– dziecko tworzy album o sobie (zamieszcza w nim rysunki, zdjęcia, wkleja różne przedmioty): co lubi? gdzie mieszka? z kim mieszka? czym się interesuje? jakie ma ulubione zabawki? czy ma jakieś zwierzątko? co lubi jeść? z kim lubi się bawić? itd.;

– opowiadanie dziecku zabawnych zdarzeń, dowcipów;
 – zadawanie pytań zamkniętych, na które dziecko może skinąć na „tak” lub kręcić głową na „nie” – zabawa „Zgadnij, o czym myślę”. Dziecko wybiera sobie jakąś rzecz w gabinecie, terapeuta musi odgadnąć, co to za rzecz, może zadać dziecku tylko pięć pytań zamkniętych;

– zachęcanie dziecka do uczestnictwa w grach, którym towarzyszy dużo hałasu.

Należy pamiętać, by na tym etapie ograniczyć kontakt wzrokowy na tyle, by dziecko mogło czuć się w naszej obecności komfortowo.

2. Propozycje ćwiczeń w okresie dźwięku:

– używanie instrumentów muzycznych w celu komunikacji, np. zabawa w orkiestrę z dyrygentem, zabawa w komunikację dźwiękową między instrumentami, naśladowanie mnie, a potem ja ciebie – terapeuta wygrywa rytm, dziecko powtarza, odgadywanie, na jakim instrumencie gra terapeuta, naśladowanie dźwięków instrumentów;

– zabawy słuchowe: puszczenie dziecku płyt z odgłosami zwierząt, zjawisk pogodowych, pojazdów, instrumentów muzycznych itp. Prosimy, by dziecko narysowało to, czego dźwięk słyszy, np. kota, gitarę, a następnie powtarzamy odgłosy narysowanych zwierząt, instrumentów itp.;

– zabawy uwzględniające wyrazy dźwiękonaśladowcze, tzw. onomatopeje oraz wymagające wydawania jakiegokolwiek dźwięku, np. zabawa w pomidora; zamiast słowa pomidor może być jakiś wyraz dźwiękonaśladowczy;

– formowanie zwierzątek z piasku terapeutycznego za pomocą foremek, wydawanie odgłosów tych zwierząt;

– nucenie piosenek, mrużanki;

– śpiewanie piosenek zawierających onomatopeje, np. „Kaczor Donald farmę miał”.

Zwracamy uwagę na rozwój zmysłów, aby rozbudzać w dziecku samoświadomość.

3. Propozycje ćwiczeń w okresie szeptu:

– zabawy wymagające mówienia szeptem, np. głuchy telefon; zgadnij, co powiedziałem – dziecko staje tyłem do terapeuty w odległości kilku kroków, mówi szeptem jakieś słowa, terapeuta odgaduje;

– śpiewanie piosenek szeptem;

– zadawanie pytań zamkniętych, na które dziecko może szeptem odpowiedzieć „tak” lub „nie”; zob. zabawa wyżej;

– próby porozumiewania się szeptem.

4. Propozycje ćwiczeń w okresie głośnej mowy:

- zabawy ze śpiewem; śpiewanie piosenek z zaangażowaniem różnych emocji: wesoło, smutno, groźnie lub cicho, głośno;
- odgrywanie scenek dramatycznych z udziałem kukiełek, którym dziecko użycza swego głosu;
- odgrywanie scenek dramatycznych w maskach, w przebraniu – zabawy te dadzą możliwość odgrywania ról;
- rozmowa, np. z mamą przez telefon w obecności terapeuty;
- organizowanie głośnych zabaw werbalno-ruchowych, np. stary niedźwiedź mocno śpi;
- mówienie do zabawek (papuga, mikrofon), które powtarzają to, co mówimy;
- rozmowa przez zamknięte drzwi;
- dziecko jest robotem, ma na głowie pudełko z otworem na oczy i buzię i coś do nas mówi;
- rozmowa śmiesznym językiem z wykorzystaniem grup spółgłoskowych *pta, pto, ptu, bda, bdo, bde*; mówienie ustalonym wcześniej szyfrem;
- zakładanie dziecku „specjalnego kapelusza do mówienia”;
- podanie dziecku „czarodziejskiego berła”, aby nie bało się mówić;
- mówienie po zażyciu helu z balonika;
- zabawy z użyciem przewidywalnego języka, np. prostych rymowanek;
- zadawanie pytań zamkniętych, aby dziecko mogło odpowiedzieć „tak” lub „nie”; zob. zabawa wyżej;
- zabawa w łańcuch skojarzeń;
- wymyślanie, co by było, gdyby...;
- stworzenie razem z dzieckiem listy słów, które będzie ono wypowiadało na głos – mogą to być słowa grzecznościowe, typu „proszę”, „dziękuję”, „przepraszam”, „dzień dobry”, „do widzenia”.

Oprócz przedstawionych wyżej ćwiczeń logopedzi mogą w terapii dzieci z mutyzmem korzystać z elementów metod i technik pedagogicznych, takich jak:

1. Gry i zabawy interakcyjne (programy Klausa Vopela).
2. Metody pracy poprzez ruch: Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne; Program IV Aktywności Marianny i Christopha Knillów; „Rytm – gimnastyka z muzyką” Reginy Przyborowskiej-Wynimko.
3. Metody budowania podmiotowości według Hanny Olechnowicz: Metoda Medali; Metoda Cofniętego Zegara; Gniazdowanie; Królowanie.
4. Muzyka, piosenka, taniec.
5. Bajki terapeutyczne, metafory.
6. Drama i zabawy parateatralne.
7. Arteterapia, np. za pomocą sztuk plastycznych:
 - techniki malarskie: malowanie dziesięcioma palcami, mokre w mokrym, farbą klejową, na szkło, szklanymi kulkami, widelcem, mokrą bibułą i mokrą krepiną, balonami, herbatą;

- techniki rysunkowe: rysowanie ołówkiem, kredkami, węglem, mazakami, kredą;

- techniki graficzne: odbijanie tiulu, gazy, folii bębnekowej, gąbki, stempowanie: korkiem, warzywami, owocami, palcami, dłońmi, liśćmi;

- inne techniki: rzeźbiarskie – glina, mydło, technika natryskowa, modelowanie – plastelina, modelina, ciastolina, masa solna, masa papierowa, collage przestrzenny, wycinanki, wydzieranki, orgiami, rozdmuchiwanie tuszu, plamy atramentowe, frottage [por. Miękina-Pindur, Bala, 2017].

Pamiętamy o tym, że wszystkie ćwiczenia muszą być dostosowane do wieku i możliwości dziecka. Wszystkie pożądane zachowania dziecka wzmacniamy. Wzmocnienia zachowań powinny mieć charakter społeczny, a nie materialny. Mogą to być np. naklejki, zagranie z dzieckiem w jego ulubioną grę itp.

Relaksacja

Ze względu na silne napięcie towarzyszące mutyzmowi, istotnym elementem terapii powinna być relaksacja, która może przyjmować różne formy, np. od treningów oddechowych, po autogenne. Może się okazać, że wykonywanie instrukcji wprowadzających w stan relaksu jest dla dziecka w wieku od 4 do 10 lat zbyt trudne. Znacznie korzystniejsze wydaje się wówczas konstruowanie bajek wizualizacyjnych. W trakcie wizualizacji dziecko z mutyzmem wybiórczym obserwuje przygody bohatera, który może mieć podobne trudności jak ono, uczy się jednak, jak może sobie z nimi poradzić [zob. Urbaniuk, 2008].

Rola rodziców i nauczycieli w terapii

Terapia mutyzmu wymaga kompleksowego podejścia i wspierania wszystkich uczestników komunikacji. Szczególnie stosunek rodziców dziecka z mutyzmem do terapii w bardzo dużym stopniu determinuje jej sukces bądź porażkę. Konieczna jest motywacja rodziców do udziału w psychoterapii wspartej wcześniejszą psychoedukacją.

Wszystkie oddziaływania terapeutyczne muszą przebiegać w ścisłej współpracy z rodzicami i nauczycielami dziecka.

Podsumowanie terapii

Mutyzm wybiórczy nie wycofuje się samoistnie i należy jak najszybciej zapewnić dziecku i jego rodzinie pomoc terapeutyczną.

W aspekcie terapeutycznym postępowania z dziećmi cierpiącymi na mutyzm najważniejsze jest zwiększenie ich poczucia własnej wartości, m.in. poprzez próbę pokonania ich lęku przed kontaktem werbalnym lub lęku o innym

podłożu, który ten kontakt werbalny utrudnia. Stopniowe postępy dziecka, wcześniej często nagradzane, powinny zmierzać do uzyskania spontanicznych wypowiedzi, podtrzymania mówienia, kiedy nie będzie już ono nagradzane. Osiągnięcie tego rezultatu wymaga jednak terapii długoterminowej [Warchał, Warchał, 2012].

Ważne jest: prowadzenie systematycznej obserwacji dziecka w czasie terapii, zabaw w grupie rówieśniczej, stosowanie środków wzmocnienia pozytywnego (docenianie, gratyfikacja), rozwijanie funkcji percepcyjno-motorycznych, uaktywnianie dziecka w grach i zabawach zespołowych, stymulowanie jego rozwoju emocjonalno-społecznego, stworzenie atmosfery, w której dziecko poczuje się w pełni akceptowane, nawet jeśli nie podejmie komunikacji werbalnej.

Czynnikami hamującymi proces terapeutyczny są: nakłanianie do mówienia, okazywanie niezadowolenia czy rozczarowania, stawianie przed dzieckiem zbyt dużych wyzwań, porównywanie z innymi dziećmi, przywiązywanie zbyt dużej uwagi do tematu niemówienia czy wymuszanie kontaktu wzrokowego [Ołdakowska-Żyłka, 2015a].

Podsumowanie

W pracy terapeutycznej z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym nie ma jednej strategii terapeutycznej, nie ma jednego zalecanego schematu postępowania, które byłyby panaceum na wszystkie przeżywane przez nie trudności, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę specyfikę problemu czy jego wieloczynnikową etiologię.

Skuteczność terapii mutyzmu mierzy się m.in. rzetelną diagnozą, współpracą specjalistów i rodziny pacjenta, a także szkoły oraz właściwym doбором technik terapeutycznych.

Bardzo ważne jest dostrzeżenie, że obok postępowania terapeutycznego i wychowawczego, na drugim biegunie terapii znajduje się postępowanie programowane przez samo dziecko, tzw. autoterapia, do której musi się dostosować terapeuta, tworząc i realizując program działania [Olechnowicz, 2000].

Podstawowym celem wspólnych działań terapeutycznych powinien być powrót pacjenta do komunikacji z otoczeniem, umożliwiającej jednocześnie nabywanie kompetencji społecznych [por. Urbaniuk, 2008; Warchał, Warchał, 2012].

Bibliografia

Araska-Karyłowska Barbara, Bar-Tal Yoram, 2012, *Mutyzm selektywny – alternatywna konceptualizacja i wynikające z niej podejście terapeutyczne* (poster), Warszawa.

- Bergman Lindsey R., Piacentini John C., James McCracken, 2002, *Prevalence and description of selective mutism in a school based sample*, „Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry”, 41, s. 938–946.
- Bryńska Anita, 2005, *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne*, w: Tomasz Wołańczyk, Jadwiga Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Warszawa, s. 147–173.
- Bystrzanowska Maria, 2017, *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Kraków.
- Herzyk Anna, 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin.
- Janik Izabela, 2012, *Mutyzm dziecięcy*, w: Joanna Skibska, Dawid Larysz (red.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, Bielsko-Biała, s. 79–94.
- Miękina-Pindur Jadwiga, Bala Joanna, 2017, *Kto zrozumie Maciupka?*, w: Joanna Bala, Monika Cabała, Klaudia Giese-Szczap, Aneta Kiepiela-Koperek, Jadwiga Miękina-Pindur, Iwona Młynarska, Alicja Pilch, Sylwia Szczeńśniak, Katarzyna Szyszka, *Mutyzm wybiórczy w praktyce terapeutycznej*, Kraków, s. 53–74.
- Minczakiewicz Elżbieta, 1997, *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków.
- Olechnowicz Hanna, 2000, *Drugie opowieści terapeutów*, Warszawa.
- Oldakowska-Żyłka Barbara, 2015a, *Między ciszą a słowem*, „Forum Logopedy”, 7, s. 58–61.
- Oldakowska-Żyłka Barbara, 2015b, *Mutyzm wybiórczy w Polsce i na świecie*, „Forum Logopedy”, 9, s. 61–64.
- Pałac-Nożewska Alicja, 2015, *Zasady pracy z dzieckiem z mutyzmem selektywnym*, „Forum Logopedy”, 9, s. 31.
- Panasiuk Jolanta, 2015, *Mózgowe mechanizmy wydobywania głosu a neurobiologiczne przyczyny mutyzmu*, w: *Materiały z konferencji „Od ciszy do słowa – kompleksowe wsparcie osób z mutyzmem wybiórczym ORE”*, Warszawa.
- Tarkowski Zbigniew (red.), 2017, *Patologia mowy*, Gdańsk.
- Radomska Anna, Jankowska Anita, 2000, *W forticy milczenia*, „Charaktery”, 4, s. 20–21.
- Skoczek Anna, 2013, *Milczące dzieci – zaburzone interakcje w mutyzmie*, w: Mirosław Michalik, Anna Siudak, Halina Pawłowska-Jaroń (red.), *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, Kraków, s. 149–165.
- Skoczek Anna, 2015, *Mutyzm. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków.
- Skoczek Anna, 2017, *Przyczynek w sprawie etiologii mutyzmu*, „Neurolingwistyka Praktyczna”, 3, s. 31–46.
- Urbaniuk Julita, 2008, *Dziecko z mutyzmem wybiórczym*, w: Beata Cytowska, Barbara Winczura, Andrzej Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Kraków, s. 455–470.
- Warchał Agnieszka, Warchał Mateusz, 2012, *Współwystępowanie mutyzmu wybiórczego w zaburzeniach nerwicowych*, w: Joanna Sibbska, Dawid Larysz (red.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, Bielsko-Biała, s. 95–106.

Summary

The need to communicate with others is one of the most important mental needs of people. Children with selective mutism want to communicate with others but they are unable to do it. Selective mutism is the condition that does not disappear spontaneously, therefore it is necessary to provide children and their families with the therapeutic treatment as early as possible. The most important thing to do is to increase self-confidence of children, among others by trying to help them overcome their fear of verbal contact or any other anxiety that makes that contact difficult. There is no single therapeutic strategy or procedure in the treatment of children with selective mutism because of the specificity of this condition and its complex etiology.