

Ewa Arleta Kos\*

## SPECYFIKA FUNKCJONOWANIA DZIECKA Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM W ŚRODOWISKU POZARODZINNYM

---

THE SPECIFICITY OF THE FUNCTIONING OF A CHILD  
WITH SELECTIVE MUTISM IN AN EDUCATIONAL  
ENVIRONMENT

**Słowa kluczowe:** mutyzm wybiórczy, dziecko z mutyzmem w środowisku edukacyjnym, specyfikatory diagnostyczne mutyzmu wybiórczego, przyczyny mutyzmu wybiórczego.

**Keywords:** selective mutism, a child with selective mutism in the educational environment, diagnostic specifiers of selective mutism, causes of selective mutism.

### Wprowadzenie

Analiza literatury źródłowej wskazuje, iż wciąż brakuje opracowań podejmujących tematykę mutyzmu wybiórczego (selektywnego) (MW), czyli niemówienia w wybranych sytuacjach (zwłaszcza na gruncie polskiej literatury psychologicznej i pedagogicznej). Uznaje się, iż to zaburzenie dotyka niewielką część populacji, stąd nikt nie zainteresowanie tą problematyką przedstawicieli nauki, terapeutów, nauczycieli. Niestety, nie jest to jednak prawdą, gdyż niektóre statystyki wskazują, iż mutyzm wybiórczy dotyka od 2 do nawet 19 dzieci na 1000 (dostrzec można dużą rozbieżność w zgłaszanych danych statystycznych w zależności od populacji, która została objęta badaniem przesiewowym, przyjętych kryteriów diagnostycznych, metodyki badań). Dla porównania autyzm występuje u 20 dzieci na 1000<sup>1</sup> (według Amerykańskiego Centrum Zwalczania i Zapobie-

---

\* Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Katedra Badań Edukacyjnych, 91-408 Łódź, ul. Pomorska 46/48, e-mail: ewa.kos@uni.lodz.pl, ORCID: 0000-0003-3009-7360.

<sup>1</sup> Zdarza się, iż mutyzm jest mylony z autyzmem na skutek nieprawidłowo realizowanego procesu diagnozy i niskiej świadomości społecznej w tym obszarze (Andrzejewska, 2013). Trudności lub brak aktywności werbalnej może bowiem dotyczyć dzieci,

gania Chorobom) (Burzyńska, 2015). Wyraźnie widać, że według niektórych badań MW jest równie częstym zaburzeniem u dzieci, jak autyzm i nie powinien być pomijany w myśleniu naukowym, a także w obszarze oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych. Warto nadmienić, iż brakuje informacji na temat liczby zdiagnozowanych przypadków MW w Polsce. Z tego względu należy przyjąć za reprezentatywne dane z badań w innych krajach europejskich.

W związku z MW funkcjonują również inne, mylne przekonania. Bardzo często, z powodu błędnego różnicowania, mutyzm mylony jest z nieśmiałością (trzeba jednak wspomnieć, iż większość dzieci – 61% – dotkniętych MW charakteryzuje się nieśmiałością, Kumpulainen i in., 1998). Z tego względu wiele dzieci z MW nie jest diagnozowanych i nie otrzymuje specjalistycznej pomocy lub uzyskują ją zbyt późno, gdy zachowania o charakterze mutystycznym są już utrwalone.

Funkcjonuje ponadto przekonanie, iż niemówienie jest przejawem zachowania opozycyjnego, buntu, bycia upartym, chęci manipulowania otoczeniem. Wycofanie się z kontaktu werbalnego bywa mylnie interpretowane jako zachowanie opozycyjne, wyzywające, a nie jako przejaw lęku społecznego. Zróżnicowane wyniki badań empirycznych doprowadziły niektórych badaczy do hipotezy, że niektórzy dorośli interpretują zachowania unikowe wykazywane przez dzieci z MW jako kontrolujące lub opozycyjne, podczas gdy w rzeczywistości są wyrazem przytłaczającego niepokoju społecznego (Cohan, Chavira, 2008). Tego rodzaju przekonania skutkują wdrażaniem niewłaściwych praktyk terapeutycznych, wychowawczych, edukacyjnych.

Wszystko to w efekcie prowadzi do narastania nieporozumień związanych z problematyką MW i bagatelizowania problemu zwłaszcza w środowisku szkolnym, w którym zazwyczaj najpełniej wyraża się mutyzm wybiórczy i powiązane z nim zachowania. Liczba dzieci z MW jednak stale rośnie. W tym kontekście wydaje się konieczne podnoszenie świadomości na temat selektywnego mutyzmu wśród nauczycieli, terapeutów i zintensyfikowanie aktywności badawczej w tym obszarze.

W dalszej części artykułu omówione zostaną kryteria diagnostyczne mutyzmu wybiórczego w ujęciu DSM-5 oraz ICD-10 ze wskazaniem, z jakim zaburzeniami, trudnościami rozwojowymi może być mylony MW. Następnie scharakteryzowane zostaną wybrane przyczyny ujawnienia się MW w rozwoju dziecka. Rozważania zogniskowane zostaną na problematyce związanej ze specyfiką funkcjonowania dziecka w środowisku pozarodzinnym i konsekwencjach braku wdrożenia oddziaływań wychowawczo-terapeutycznych. W tekście nie zostanie podjęta kwestia przebiegu procesu diagnozy oraz terapii mutyzmu, która jest niezwykle ważnym zagadnieniem i należałoby jej poświęcić odrębne opracowanie.

---

u których zdiagnozowany jest autyzm. Różnica polega jednak na tym, iż dzieci dotknięte MW chcą mówić, lecz z pewnych względów nie mogą, odczuwają lęk, natomiast dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie mówią, ponieważ nie odczuwają takiej potrzeby.

## Mutyzm wybiórczy – wybrane obszary problemowe diagnostyki

Mutyzm selektywny jest zaburzeniem, które charakteryzuje się tym, iż jednostka nie mówi w wybranych sytuacjach społecznych, jednak w sposób normalny komunikuje się w innych. Odwołując się do aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, 2008, s. 252), można wskazać następujące kryteria diagnostyczne MW:

1. Ekspresja oraz rozumienie języka oceniane według standaryzowanych testów mieszczą się w granicach dwóch odchyłeń standardowych, adekwatnie do wieku dziecka.
2. Możliwość weryfikacji, iż niemożność mówienia występuje w określonych okolicznościach, natomiast w innych komunikacja realizowana jest bez trudnień.
3. Czas trwania niemożności mówienia przekracza 4 tygodnie (nie dotyczy to pierwszego miesiąca pobytu dziecka w nowym środowisku edukacyjnym).
4. Nie występuje żadne z całościowych zaburzeń rozwoju.
5. Braku mówienia nie można wyjaśnić brakiem znajomości języka.

Kryteria diagnostyczne MW odnaleźć można także w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zgodnie z kryteriami przyjętymi w najnowszej klasyfikacji DSM-5 MW został ujęty jako zaburzenie lękowe, tj. wskazano na lęk jako podstawową przyczynę tego zaburzenia. Kryteria diagnostyczne MW według DSM-5 (DSM-5, 2013) to:

1. Brak mówienia w określonych sytuacjach.
2. Zaburzenie utrudnia osiągnięcie sukcesów edukacyjnych.
3. Czas trwania zaburzenia powyżej miesiąca.
4. Znajomość języka.
5. Zaburzenia nie da się wyjaśnić poprzez towarzyszące zaburzenia komunikacyjne, np. jąkanie czy inne wady wymowy.
6. Niemówienie nie jest efektem braku wiedzy.

Warto nadmienić, iż zgodnie z klasyfikacją ICD-10 MW jest jednym z zaburzeń funkcjonowania społecznego, które zazwyczaj ma swój początek w dzieciństwie (najczęściej symptomy MW pojawiają się do 5 roku życia). „Wspólną cechą tej heterogenicznej grupy zaburzeń są zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w okresie rozwoju. W odróżnieniu od całościowych zaburzeń rozwojowych nie występuje tu konstytucjonalnie uwarunkowana niezdolność do interakcji społecznych ani deficyty w zakresie wszystkich sfer funkcjonowania. W wielu przypadkach podstawową rolę w etiologii odgrywają poważne nieprawidłowości i niedostatki otoczenia społecznego dziecka” (Grąbczewska-Różycka, 2017). Niektórzy uważają MW za pochodną deficytów rozwoju mowy czy też zaburzenie behawioralne o typie zachowania unikającego (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema, 2018, s. 323).

Mimo jasnych kryteriów diagnostycznych dostrzec można trudności w diagnozie MW, a nadal wiele przypadków pozostaje niezdiagnozowanych. W konsekwencji trudno jednoznacznie określić skalę problemu. Z badań epidemiologicznych z Europy Zachodniej, Stanów Zjednoczonych i Izraela wynika, że MW jest zaburzeniem, które obserwuje się w populacji z częstością 0,03–0,76% (Kopp, Gillberg, 1997, s. 257–262, cyt. za: Bystrzanowska, 2018; Ford, Sladeczek, Carlson, Kratochwill, 1998; Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Elizur, Perednik, 2003, s. 1451–1459, cyt. za: Bystrzanowska, 2018) aż do 1,9% w Finlandii (Kumpulainen i in., 1998, s. 24–29, cyt. za: Bystrzanowska, 2018)<sup>2</sup>. Większość doniesień naukowych dotyczących MW opiera się na bardzo małych grupach badawczych. W badaniach wykorzystywane były różne narzędzia badawcze bazujące na nieostrych kryteriach diagnostycznych, dlatego badania nie odzwierciedlają rzeczywistej skali występowania tego zaburzenia.

W kwestii rozpoznawania MW wskazać można na trzy problemy: brak wystarczającej wiedzy dotyczącej MW u nauczycieli, rozmyte, trudne w identyfikacji objawy MW i nieostre kryteria diagnostyczne oraz brak standaryzowanych narzędzi diagnostycznych. MW jest zaburzeniem, które zazwyczaj najpełniej objawia się w środowisku edukacyjnym (przedszkole, szkoła). To od zaangażowania personelu zatrudnionego w placówce edukacyjnej zależy przebieg procesu diagnostycznego i wdrożenie mechanizmów wsparcia. Pedagodzy, nauczyciele przedszkolni i szkolni nie są jednak ekspertami w zakresie MW, a to oni zwykle jako pierwsi mogą dostrzec u dziecka problemy w zakresie werbalnej komunikacji z rówieśnikami i/lub personelem placówki czy inne charakterystyczne objawy związane z MW, np. nadwrażliwość, pewną sztywność zachowań, trudność w nawiązaniu kontaktu wzrokowego.

Ponadto nauczyciele, rodzice często mylą MW z nieśmiałością, fobią społeczną, szkolną (przedszkolną), a nawet PTSD – zespołem stresu pourazowego (tu niemówienie następuje na skutek doświadczonej traumy). Dostrzegają wyłącznie zachowania opozycyjne (nie koncentrując się na funkcjonowaniu dziecka w sferze komunikacyjnej) lub opóźnienia rozwojowe (zwłaszcza w zakresie rozwoju języka). Nie rozumieją specyfiki zaburzenia. Z tego względu

---

<sup>2</sup> Dla porównania według danych Autism Europe z 2009 r. 0,6% populacji Unii Europejskiej było dotkniętych autyzmem, co stanowiło około 5 milionów osób. Liczba ta wciąż rośnie. Statystyki Amerykańskiego Centers for Disease Control and Prevention (CDC) wskazują, że 1 na 68 dzieci w Ameryce ma diagnozę spektrum autyzmu. Dane z ONZ mówią o 1 na 150 dzieci w Europie. W Wielkiej Brytanii dane The National Autistic Society wskazują występowanie autyzmu u dzieci na poziomie 1,1% (dane z 2015 r.). Brakuje informacji na temat liczby zdiagnozowanych przypadków autyzmu w Polsce. Przyjmuje się zatem za reprezentatywne dane z badań z innych krajów europejskich, zob. <https://polskiautyzm.pl/rozpowszechnienie-autyzmu/> (dostęp: 12.11.2019).

dzieci z MW otrzymują pomoc zbyt późno lub nieadekwatną do potrzeb. Jest to spowodowane między innymi tym, iż objawy MW są rozmyte, przyjmują różne nasilenie i współlistnieją z innymi trudnościami w funkcjonowaniu. Dla poparcia tej tezy odwołam się do wybranych badań, w toku których odnaleziono dowody na związek między MW a fobią społeczną czy zespołem unikania patologicznego. Wyniki uzyskane w toku dwóch procesów badawczych w grupie dzieci ze zdiagnozowanym MW wykazały, że prawie wszystkie te dzieci spełniały kryteria diagnostyczne DSM-III-R dla fobii społecznej lub zespołu unikania patologicznego (Black, Uhde, 1995; Dummit i in., 1997, cyt. za: Cohan, Chavira, 2008). Wskazano na podobnie wysoki odsetek fobii społecznej i innych współlistniejących zaburzeń lękowych (Kristensen, 2000; Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Elizur, Perednik, 2003; Vecchio, Kearney, 2005, cyt. za: Cohan, Chavira, 2008).

Podsumowując ten wątek, warto podkreślić, iż grupa dzieci z MW nie jest jednorodna. W funkcjonowaniu dziecka dominować mogą owe zachowania lękowe, zachowania opozycyjne lub opóźnienia rozwojowe w zakresie rozwoju języka. Wobec tego MW może mieć trzy profile: wyłącznie lękowy, lękowo-opozycyjny, lękowy z opóźnieniami w zakresie rozwoju języka. Taki kontekst dodatkowo utrudnia rozumienie specyfiki zaburzenia i jego efektywną diagnostykę.

Kryteria diagnostyczne MW także nie są jednoznaczne i nie odnoszą się do przyczyn danego stanu rzeczy. Dla przykładu miesięczna faza braku ekspresji werbalnej jest naturalna dla dzieci jednojęzycznych, które przechodzą na nowy poziom edukacyjny (np. przedszkole/ szkoła), a w przypadku dzieci wielojęzycznych okres ten trwać może nawet kilka miesięcy (Tabors, 2008).

Trzeci obszar problemowy związany z diagnostyką MW odnosi się do możliwości korzystania ze standaryzowanych procedur diagnostycznych przez specjalistów z różnych obszarów, którzy powinni ze sobą współpracować (pedagodzy, logopedzi, psychologowie, psychiatrzy – warto nadmienić, iż oficjalną diagnozę MW stawia lekarz psychiatra). Jak dotąd nie ma znormalizowanej procedury diagnostycznej, za pomocą której można diagnozować MW (zwłaszcza na gruncie polskiej praktyki) – chociaż funkcjonują poglądowe narzędzia uwzględniające specyfikatory MW, np. arkusze obserwacji dla rodziców i nauczycieli, kwestionariusz wywiadu z rodzicami (Bystrzanowska, 2018), można także wesprzeć się standaryzowanymi kwestionariuszami SMQ (Selective Mutism Questionnaire) czy SSQ (School Speech Questionnaire) autorstwa R. L. Bergmana. Zaufaniem niektórych diagnostów cieszy się narzędzie DortMus czy DortMus Eltern – Dortmundunder Mutism Screening for Parents (Starke, Subellok, 2015). Nie ma więc jednolitej koncepcji diagnozy, a w rezultacie – terapii tego zaburzenia. W związku z tym, o czym wcześniej wspomniano, trafna identyfikacja MW w codziennym życiu edukacyjnym dziecka jest niezwykle trudna. Z tego względu problemy dziecka kumulują się i czynią jego codzienne funkcjonowanie skomplikowanym.

## Potencjalne przyczyny mutyzmu wybiórczego

Trudności w postawieniu prawidłowej diagnozy powodowane są przede wszystkim różnorodnością objawów towarzyszących niemówieniu, co ma związek z odmienną specyfiką funkcjonowania poszczególnych grup dzieci z MW i wieloma możliwymi przyczynami zaburzenia. W najnowszej klasyfikacji DSM-5 jednoznacznie stwierdzono, iż przyczyną mutyzmu jest lęk (ulożono bowiem MW wśród zaburzeń o charakterze lękowym). MW jest zaburzeniem genetycznie uwarunkowanym. Pojawia się zazwyczaj, gdy zaburzenia lękowe (np. skrajna nieśmiałość w dzieciństwie, fobia społeczna w wieku dorosłym, MW) występowały u rodzica lub rodziców w przeszłości lub powtarzały się w rodzinie w poprzednich pokoleniach. Jednak trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czy lęk społeczny u dzieci jest przyczyną czy konsekwencją MW (Starke, Subellok, 2015). Pewnym jest jednak, iż rozwój MW wydaje się wynikać ze współdziałania różnych czynników genetycznych, temperamentalnych, środowiskowych i rozwojowych (Hua, Major, 2016, s. 114–120). W wielu przypadkach, jak uprzednio powiedziano, podstawową rolę w etiologii MW odgrywają poważne nieprawidłowości i niedostatki otoczenia społecznego dziecka (WHO, 2008).

W następnej części paragrafu omówione zostaną potencjalne przyczyny MW. Scharakteryzowane zostaną kolejno te tkwiące w środowisku rodzinnym (m.in. nadmierna kontrola, nadmierna opiekuńczość ze strony opiekunów, wzorce reakcji lękowych, niska jakość i liczba podejmowanych interakcji werbalnych w domu rodzinnym, wielojęzyczność w rodzinie – pochodzenie migracyjne), czynniki tkwiące w środowisku pozarodzinnym (m.in. wzór unikania konfrontacji w środowisku przedszkolnym/szkolnym, niesprzyjające postawy nauczycieli, opiekunów, trudności w relacjach z rówieśnikami) oraz czynniki audiologiczno-neurologiczne i hormonalne.

Jedną z przyczyn MW tkwiących w środowisku rodzinnym jest neurotyczna kontrola i nadmierna opiekuńczość rodziców wobec dziecka. W rezultacie przyjęcia tego rodzaju postaw rodzicielskich dzieci są nadmiernie, współzależnie związane z rodzicami, co może powodować brak zaufania do świata zewnętrznego, lęk przed obcymi oraz strach przed komunikacją werbalną. Wszystko to może prowadzić do wystąpienia klinicznych objawów MW. W wielu sytuacjach niewłaściwe postawy rodzicielskie wiążą się bowiem z występowaniem wzorców reakcji lękowych u rodziców, których w toku rozwoju uczy się dziecko. Nabycie wzorców reakcji lękowych może wywołać wzór unikania konfrontacji w środowisku przedszkolnym/szkolnym i aktywować zachowanie mutystyczne.

Kolejną przyczyną może być pochodzenie migracyjne dziecka. Badanie Anji Starke oraz Katji Subellok wykazało, że wśród dzieci z rodzin emigrantów, wychowywanych w środowisku wielojęzycznym, ryzyko rozwoju mutyzmu jest czterokrotnie wyższe. Brakuje odpowiedzi na pytanie, dlaczego wielojęzyczność zwiększa ryzyko wystąpienia MW. Niektórzy eksperci uważają jednak, że przyczyną

jest raczej struktura społeczna dotkniętych MW rodzin niż wielojęzyczność (co dotyczy zwłaszcza rodzin emigrantów) (Starke, Subellok, 2015). Niemniej jednak pochodzenie migracyjne może być jedną z przyczyn zachowań związanych z unikaniem aktywności werbalnej.

Można zgodzić się z tą tezą, gdyż przyglądając się rodzinom, w których wychowują się dzieci dotknięte MW, identyfikuje się powtarzające się czynniki występujące w różnych konfiguracjach, z odmienną intensywnością (Wozińska, 2016). Doświadczenia i obserwacje praktyków (rzetelnych badań empirycznych w tym zakresie dotychczas nie zgłoszono) wskazują, iż rodzice dzieci z MW zazwyczaj dobrze funkcjonują w aspekcie społecznym, potrafią się adaptować do nowych sytuacji, lecz towarzyszy im silny lęk o życie i zdrowie ich dzieci. Nieustannie się o nie martwią. Ponadto rodziców w rodzinach dotkniętych MW można określić mianem perfekcjonistów. Zwykle dużo wymagają od siebie oraz innych, nie są spontaniczni, skłonni do zabawy. Odczuwają także trudności komunikacyjne, zwłaszcza w obszarze rozmowy o problemach, trudnych emocjach (niska jakość komunikacji w domu rodzinnym). W rodzinach tych funkcjonują tzw. „tematy tabu”, wątki, których nie można podejmować (np. kłopoty, sekrety rodzinne), niewyartykułowane zakazy, które jednak dziecko intuicyjnie wyczuwa. Charakterystyczny jest w nich także styl karania przedłużającym się milczeniem (Bryńska, 2005, s. 158).

Zwraca się uwagę na to, iż w opisywanych rodzinach istotną rolę odgrywa tzw. „prezentacja na zewnątrz”. Wartością jest np. modny, kosztowny ubiór, wystrój wnętrza zgodnie z najnowszymi trendami. Typowe jest również, że członkowie rodziny nie realizują jednego, spójnego wzoru zachowania wobec ludzi, ale różnicują zachowanie w stosunku do nich ze względu na pozycję społeczną, jaką zajmują. W codziennym funkcjonowaniu tych rodzin dostrzec można problem z określaniem granic pomiędzy członkami rodziny (np. dzieci śpią wspólnie z rodzicami, wspólnie korzystają z łazienki, znamienne jest także udzielanie odpowiedzi za dziecko w sprawach, które jego bezpośrednio dotyczą) i stawianiem granic dziecku. Rodzice pragną niejako „wynagrodzić” dziecku trudności, jakich doświadcza w środowisku pozarodzinnym – podejmują rolę przyjaciela, ograniczają wymagania, nie formułując zasad. Są niekonsekwentni w działaniu zwłaszcza wobec dziecka z MW (można bowiem dostrzec elementy faworyzacji dziecka z MW względem rodzeństwa). Tego rodzaju zachowania oczywiście pogłębiają trudności dziecka. Rodzice dzieci z MW często postrzegają świat jako zagrażający, trudno jest im obdarzyć zaufaniem osoby spoza rodziny i w rezultacie stworzyć otwartą, szczerą relację z drugim człowiekiem. Mają więc skłonność do utrudniania dziecku nawiązywania nowych relacji, nadmiernego przestrzegania przed rozmową z nieznanymi osobami (por. Wozińska, 2016; Bystrzanowska, 2018).

Przyczyn mutyzmu wybiórczego poszukiwać można także w środowisku pozarodzinnym. Należy mieć świadomość tego, iż doświadczony przez dziecko potencjalnie neutralny bodziec może uwolnić reakcję obronną w postaci powstrzymywania się od

mówienia (milczenie, które w myśl teorii behawioryzmu kształtowane jest w drodze wzmocnień negatywnych). Takim bodźcem w przypadku najmłodszych dzieci może być np. dezaprobujący komunikat sąsiada, negujący brak odpowiedzi dziecka, sytuacja, w której dziecko zostało postawione wobec konieczności wypowiedzenia zwrotu grzecznościowego, a nie było na to gotowe. Mutyzm wybiórczy wywołują doświadczenia, które wiążą się z odczuwaniem przez dziecko stresu psychicznego (w przypadku dzieci starszych mogą to być sytuacje związane np. z psychicznym prześladowaniem przez rówieśników, poczuciem inności, poczuciem izolacji i odrzucenia, niskim poczuciem własnej wartości, odczuwaniem nadmiernych wymagań, którym trudno sprostać). Tego rodzaju sytuacje wpływają na trudności w relacjach interpersonalnych oraz ukształtowanie się w działaniu dziecka wzoru unikania konfrontacji w środowisku przedszkolnym/szkolnym. Warto podkreślić, iż sprzyjają temu niewłaściwe postawy opiekunów, nauczycieli.

Eksperci są zgodni, iż podstawową przyczyną MW może być nadaktywność obszaru mózgu, który jest związany z odczuwaniem stresu w chwilach ekspozycji społecznej. Są to wszelkiego rodzaju sytuacje, w których jednostka zdaje sobie sprawę z tego, że jest zauważana, słyszana przez innych, że jest w centrum uwagi i doświadcza w związku z tym niepokoju, nieprzyjemnego uczucia z powodu tremy. Jednostki dotknięte MW doświadczają tych uczuć nagle, w różnych sytuacjach. To paraliżuje ich komunikację i swobodne działanie. W tej grupie przyczyn warto wspomnieć także o roli czynników organicznych, takich jak chociażby zaburzenia hormonalne czy zaburzenia w zakresie funkcjonowania serotonergicznego układu neuroprzekazników. Nieprawidłowości w działaniu tego układu odgrywają rolę w przypadku zaburzeń o podłożu lękowym i mogą wpływać na ujawnienie się trudności komunikacyjnych na skutek odczuwania stresu i braku odczuwania przyjemności płynącej z rozmowy z drugim człowiekiem.

Przyczyn MW można doszukiwać się też w deficytach funkcjonowania analizatora słuchowego. Zgodnie z koncepcją Y. Bar-Haima oraz Y. Henkina dzieci z MW mają trudności w równoczesnym radzeniu sobie z przychodzącymi dźwiękami i głośną artykulacją. U wielu z nich można rozpoznać deficyty w zakresie funkcjonowania systemów MOCB (Medial Olivocochlear Bundle – refleks środkowej wiązki oliwkowo-ślimakowej) i MEAR (Middle-Ear Acoustic Reflex – refleks akustyczny ucha środkowego)<sup>3</sup> – eferentnych systemów zaangażowanych w monitorowanie i regulację procesów wokalizacji.

---

<sup>3</sup> MOCB i MEAR to dwa różne eferentne systemy, które są zaangażowane w proces monitorowania i regulacji wokalizacji. System MEAR jest odpowiedzialny za neutralizację głośnień dźwięków o niskiej częstotliwości. Tym samym jego funkcja sprowadza się do ograniczenia stymulacji słuchowej dróg nerwowych. Rola systemu MOCB nie została w pełni zidentyfikowana. Podejrzewa się, iż w sytuacji ekspozycji na dźwięki o umiarkowanej częstotliwości pełni funkcję zapobiegającą uszkodzeniu ślimaka (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema, 2018).



Zmniejszona aktywność słuchowa wykrywana u niektórych dzieci z MW może powodować odczulanie ich ścieżek słuchowych przez wokalizację oraz zmniejszoną kontrolę maskowania i zniekształcania przychodzących dźwięków mowy. W konsekwencji mogą one stopniowo nauczyć się ograniczać wokalizację w sytuacjach wymagających złożonego, wysoce efektywnego przetwarzania słuchowego (tego rodzaju sytuacje są charakterystyczne dla środowiska przedszkolnego/szkolnego). Adaptując się, mówią więc niewiele, cicho lub całkowicie odmawiają wypowiedzania się (Bar-Haim i in., 2004; Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema, 2018). W domu sytuacja kształtuje się odmiennie. Dialogi są zwykle podejmowane w znanych dziecku scenariuszach „jeden do jednego”. Z tego względu dom jest bezpiecznym środowiskiem dla dzieci z MW i deficytami w zakresie funkcjonowania systemów MOCB i MEAR. Dzieci, znając słowne konstrukcje używane przez rodzinę, mogą aktywnie angażować się w komunikację i doceniają intymność takich dialogów, kiedy nie jest konieczna synchronizacja dźwięków pochodzących z różnych źródeł (np. kilka osób mówiących jednocześnie, nauczyciel zadający pytanie podczas zintensyfikowanych rozmów w klasie, komunikaty od nieznanym, którzy zazwyczaj używają innych/nowych konstruktów językowych, niestosowanych przez członków najbliższej rodziny).

### **Wybrane aspekty funkcjonowania „cichych dzieci” w środowisku pozarodzinnym**

Specyfika funkcjonowania dzieci dotkniętych MW w środowisku szkolnym/przedszkolnym jest niezwykle złożona. Początkowo problem dziecka jest trudny do rozpoznania zarówno przez nauczycieli, jak i rodziców. Warto jednak przyjrzeć się doświadczanym przez dziecko z MW trudnościom zwłaszcza z tego powodu, iż utrudniają one osiągnięcie sukcesów edukacyjnych (DSM-5). Trzeba podkreślić, iż mimo tego, że MW wiąże się z zaburzeniami/opóźnieniami rozwojowymi prawie tak często, jak z zaburzeniami lękowymi powodującymi unikanie komunikacji werbalnej (Kristensen, 2000), to nie można oddzielać czynności intelektualnych od emocji, które wyznaczają przebieg ludzkiego rozumowania (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 1997, s. 139).

Ponadto właśnie przedszkole, szkoła jest środowiskiem, w którym MW objawia się najpełniej. Z tego względu istotne jest, aby nauczyciele mieli wiedzę oraz umiejętności, by w odpowiednim czasie wychwycić problemy tzw. „cichych dzieci”. Środowisko edukacyjne to bowiem pewnego rodzaju „wąskie gardło z filtrem”, w którym można zidentyfikować dzieci dotknięte MW (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Ford i in., 1998) – zarówno te z mutyzmem ciężkiego, jak i lekkiego stopnia (Bystrzanowska,

2018)<sup>4</sup>. Niezwykle ważne jest, aby udzielić dziecku z MW stosownej pomocy możliwie jak najszybciej, nim dojdzie do utrwalenia objawów i innych problemów, które mogą pojawić się w następstwie MW.

Dziecko w środowisku pozarodzinnym funkcjonuje diametralnie odmiennie niż w domu rodzinnym, w którym jest nadmiernie rozmowne, wesołe, głośne, zwykle nawet dyrektywne. Często jest nadmiernie i współzależnie związane z rodzicami. W szkole/przedszkolu ma trudność z nawiązaniem i utrzymaniem więzi z nauczycielem, rówieśnikami. Z tego też względu pierwszym objawem, który obserwują nauczyciele wśród dzieci z MW, może być zaburzony, wydłużony proces adaptacji do placówki. Symptodem tego jest przede wszystkim odmawianie pozostawania w placówce bez rodzica, nieustający płacz po opuszczeniu placówki przez rodzica. Zwykle dzieciom z MW nie służy polityka „zamkniętych sal” przed rodzicami. W ich sytuacji sprawdza się tzw. model berliński<sup>5</sup>, czyli dłużej trwający

---

<sup>4</sup> Warto nadmienić, iż w szczególnie trudnej sytuacji są dzieci z lekką postacią mutyzmu, „muśnięte mutyzmem”. Ich sytuacja jest bagatelizowana. Są posądzane o manipulowanie otoczeniem lub postrzegane jako nadmiernie nieśmiałe. Mimo odczuwanego lęku odpowiadają na pytania nauczyciela, mówią bardzo cicho, nie nawiązują kontaktu wzrokowego z nauczycielem, nawiązują relacje z rówieśnikami. W ich przypadku lęk przed konsekwencjami z powodu niemówienia jest silniejszy niż przed mówieniem. Zwykle pozostają same ze swoim problemem, rzadko uzyskują pomoc. Dzieci z mutyzmem ciężkim nie odzywają się w ogóle w szkole – ani do nauczycieli, ani do rówieśników – z rodzicami rozmawiają tylko, gdy inni nie mogą ich usłyszeć. Te dzieci trudno przeoczyć w codziennej pracy dydaktycznej i one zazwyczaj otrzymują stosowną pomoc. To jest obraz mutyzmu, który znają nauczyciele, więc takie dzieci są kierowane na terapię.

<sup>5</sup> Model berliński zakłada możliwość przebywania opiekuna dziecka w placówce przez dłuższy czas. Zgodnie z nim proces adaptacji do placówki przebiega w kilku fazach, poprzedzonych przeprowadzeniem szczegółowego wywiadu na temat funkcjonowania dziecka. W fazie początkowej (trwającej zazwyczaj do kilku dni) opiekun przebywa z dzieckiem na terenie placówki przez kilka godzin, oprowadza je, wspólnie z dzieckiem wykonuje proponowane przez nauczyciela czynności. Stopniowo wychowawca stara się przyłączyć do aktywności realizowanej przez opiekuna z dzieckiem lub proponować dziecku aktywność w swoim towarzystwie, lub przyłączenie się do działań grupowych. W kolejnej fazie opiekun dziecka wycofuje się z aktywności realizowanych wspólnie z dzieckiem, a interakcja zachodzi głównie pomiędzy dzieckiem a nauczycielem. Rodzic tylko obserwuje, towarzyszy dziecku. W tym czasie inicjowane są próby pożegnania z dzieckiem. Rodzic opuszcza salę na bardzo krótko i jest w pobliżu. Stopniowo ten czas się wydłuża. Jest to decydujący moment – jeśli dziecko nie płacze i włącza się w bieżącą aktywność placówki, to proces osvajania z placówką kończy się w przeciągu kilku dni. Jeśli jednak dziecko płacze, nie reaguje na pocieszające słowa nauczyciela, to proces ten musi zostać wydłużony (zazwyczaj do 2–3 tygodni). Model berliński uznaje proces adaptacji za zakończony, gdy dziecko zawiąże wystarczająco silną więź z nauczycielem.

proces adaptacji, skuteczny zwłaszcza w przypadku dzieci z podejrzeniem zaburzeń lękowych i emocjonalnych.

Mutyzm objawia się przede wszystkim wybiórczością w zakresie komunikacji werbalnej (osoba, miejsce). Na tym jednak nie koniec. MW wiąże się z wybiórczością w zakresie również innych aktywności (Grąbczewska-Różycka, 2017). Z tego właśnie względu, mając podejrzenie MW, należy obserwować dziecko także pod kątem występowania wybiórczości w obrębie innych zachowań. Często okazuje się bowiem, iż niemówienie jest tylko jednym z powiązanych ze sobą objawów.

Wśród dzieci z MW można dostrzec wybiórczość w zakresie nawiązywania kontaktu emocjonalnego, fizycznego z rówieśnikami oraz osobami dorosłymi – zwłaszcza na terenie przedszkola/szkoły. Zdarza się, że dziecko wybiera osoby, z którymi nawiąże kontakt pozawerbalny (np. wybiera, iż jednej osobie poda rękę, drugiej nie; od jednej osoby przyjmie posiłek, a od innej nie; chce być noszone, przytulane, całowane tylko przez określone osoby i silnie protestuje, jeśli robią to inne osoby; nawiązuje silny kontakt wyłącznie z jedną Panią w przedszkolu/szkołe; bawi się tylko z babcią, a protestuje przed zabawą z dziadkiem). Dotyczy to zarówno osób dorosłych, jak i rówieśników. W konsekwencji dziecko wycofuje się z aktywności w grupie rówieśniczej, a nawet rezygnuje z aktywności własnej (stoi jak „zamurowane”, „sztywnieje”).

Charakterystyczne dla dzieci z MW jest to, iż nie spożywają wielu typów napojów, pokarmów, zwłaszcza nieznanymi czy o specyficznej (w odczuciu dziecka nieprzyjemnej) konsystencji, temperaturze (wybiórczość pokarmowa wraz z towarzyszącymi specyficznymi zachowaniami, np. dławienie się, odruch wymiotny, płucie jedzeniem) (por. Bystrzanowska, 2018). U wielu dzieci z MW można dostrzec trudność w korzystaniu z publicznych toalet, np. w szkole/przedszkolu. Unikają więc tej czynności, a w konsekwencji pojawia się problem odruchowego wstrzymywania mikcji, nawykowych zaparć. Problem ten jest potęgowany przez trudności dziecka w zakresie zgłaszania swoich potrzeb, w tym także fizjologicznych.

U dzieci z MW można zaobserwować deficyty integracji sensorycznej, zwłaszcza o charakterze nadwrażliwości dotykowej, słuchowej (na deficyty tego rodzaju wskazują rodzice dzieci zmagających się z mutyzmem selektywnym – członkowie grupy wsparcia Polskiego Towarzystwa Mutyzmu Wybiórczego oraz wyniki wstępnych badań M. Bystrzanowskiej – próba 100 ankiet, <https://mariabystrzanowska.blogspot.com>).

Dziecko z MW charakteryzuje się ogólną lękliwością i wzmożonym napięciem emocjonalnym (z tego względu można u niego zaobserwować różne zachowania mające na celu obniżenie tego napięcia: przygryzanie warg, tiki nerwowe, obgryzanie paznokci, dłubanie w nosie itd.). Nie prosi o pomoc, zazwyczaj jest ciche, wykonuje wszystkie polecenia niemalże perfekcyjnie, lecz nie wierzy we własne siły. Przez nauczycieli postrzegane jest jako nazbyt nieśmiałe, wrażliwe emocjonalnie, introwertyczne, określane jest jako indywidualista. Nie zwraca na siebie uwagi nauczycieli, gdyż jest grzeczne, nikomu nie przeszkadza, rzadko przejawia zachowania oporowe. Z tego powodu rzadko dostrzegane są jego

potrzeby, problemy, które nie są zazwyczaj artykułowane przez samo dziecko. W konsekwencji pozostaje ono osamotnione w środowisku szkolnym/przed-szkolnym i musi radzić sobie samo. Mimo to lubi chodzić do szkoły/przedszkola. Zwykle jest inteligentniejsze niż rówieśnicy, dobrze współdziała w grupie i radzi sobie z wszelkimi wymaganiami edukacyjnymi (jeśli nie wymagają aktywności werbalnej, a nauczyciel nie prowokuje napięcia przekraczającego odporność dziecka), dominują u niego jednak zdolności artystyczne. Dzieci z MW są zwykle bardziej dojrzałe od rówieśników, brakuje im dziecięcej spontaniczności, naturalności (są raczej nastawione na przystosowywanie się do zasad, regulaminów, a przede wszystkim oczekiwań osób dorosłych) (Woźnińska, 2016).

Dla dzieci dotkniętych MW charakterystyczny jest niski poziom kompetencji społecznych (Cunningham, McHolm, Boyle, 2006), co utrudnia im nawiązywanie i utrzymywanie satysfakcjonujących związków interpersonalnych. Cechuje je obniżona pewność siebie, trudność we włączaniu się w aktywność grupy. Można jednak postawić tezę, iż są akceptowane przez grupę na podobnym poziomie, jak inni członkowie. Odrzucane są więc rzadko (Cunningham, McHolm, Boyle, 2006), chociaż ciche dzieci są narażone na izolację społeczną bardziej niż inne, a jej doświadczenie jest dla nich bardzo dotkliwe (Bahrfeck-Wichitill, Kuhn, 2015).

Dzieci z MW funkcjonują w środowisku pozarodzinnym w różny sposób. Zwykle wypełniają wymagania edukacyjne wzorowo, chociaż w grupie dzieci z MW są także uczniowie słabi lub przeciętni. MW jest zaburzeniem, które po stosownym, wczesnym oddziaływaniu terapeutycznym zanika. Najpełniej objawia się w przedszkolu/szkole, gdzie nauczyciele mogą wesprzeć dziecko z MW w jego codziennym funkcjonowaniu i od ich zaangażowania zależy powodzenie oddziaływań terapeutycznych (realizowanych nawet w sposób nieoficjalny, najważniejsze bowiem jest wdrażanie prawidłowych schematów rozmowy polegających na łagodnym przechodzeniu od tzw. niskiego obciążenia komunikacyjnego do wysokiego, co w praktyce oznacza przechodzenie od łatwych dla dziecka zwrotów do nieskrępowanej rozmowy). Najważniejszym działaniem jest rozpoznanie i likwidowanie czynników podtrzymujących MW.

Podstawowym czynnikiem podtrzymującym lęk przed mówieniem jest odczuwana przez dziecko presja na mówienie. Należy więc zrezygnować z wywierania presji w stosunku do dziecka, lecz jednocześnie tworzyć okazje do komunikacji (stopniowo zwiększając ryzyko komunikacyjne i dbając o jakość relacji z dzieckiem). Jak zostało wspomniane, dzieciom z MW niezwykle trudno jest przełamać lęk przed stosowaniem zwrotów grzecznościowych (ten lęk mija jako ostatni w toku terapii, gdyż stosowanie zwrotów grzecznościowych wiąże się z najwyższym ryzykiem komunikacyjnym), zatem należy zrezygnować z wymagania od dziecka wypowiedzania tych zwrotów.

Kolejnym czynnikiem jest wyrażanie przez rodziców, nauczycieli dezaprobaty wobec braku mowy dziecka. Oceniają ten fakt w sposób negatywny i nadmiernie koncentrują się na nim.

Czynnikiem podtrzymującym MW jest też etykietowanie dziecka jako niemówiącego przez rodzinę, nauczycieli, rówieśników. Konieczne jest raczej utwierdzenie innych w tym, iż uczeń może i potrafi mówić (stąd w praktyce proponuje się nagrywanie i późniejsze publiczne odtwarzanie jego wypowiedzi, aby np. rówieśnicy mieli pełną świadomość tego, że dziecko mówi, a nauczyciel mógł mieć pewność, że wykonało określone zadanie – np. opanowało tekst wiersza, piosenki).

Czynnikiem, który również niekorzystnie wpływa na aktywność dziecka z MW, jest oczekiwanie natychmiastowej zmiany jego funkcjonowania bez rozumienia istoty zaburzenia. Nagła modyfikacja zachowania dziecka nie jest możliwa. Zmiany można uzyskać stopniowo, „małymi krokami”, wdrażając określone procedury działania (oddziaływanie terapeutyczne jest bowiem niezbędnym warunkiem pojawienia się wzrostu aktywności werbalnej). Należy liczyć się z tym, że mogą one nie być trwałe i okazać się zbyt małe w stosunku do oczekiwań dorosłych.

W ślad za oczekiwaniami zmiany w funkcjonowaniu dziecka pojawia się stosowanie nagród za mówienie (w tym okazywanie entuzjazmu z powodu sukcesu werbalnego) oraz wyciąganie konsekwencji z powodu braku aktywności werbalnej. Są to także czynniki podtrzymujące zachowanie mutystyczne. Funkcję podtrzymującą MW ma również okazywanie zgody przez dorosłego na wycofywanie się dziecka z MW z relacji społecznych. Niekorzystne jest zatem np. przytulanie go w sytuacji rezygnowania z nawiązania relacji, odpowiadanie za nie, zgadzanie się na korzystanie przez ucznia z „funkcji rzecznika” pełnionej przez inną osobę, która ma za zadanie zgłaszać potrzeby, problemy dziecka z MW.

Dziecku dotkniętemu MW należy stwarzać jak najwięcej okazji związanych z szansą nawiązania interakcji poza środowiskiem rodzinnym. Czynnikiem podtrzymującym MW, zwłaszcza w grupie najmłodszych dzieci, jest nadmierne przestrzeganie przed rozmową z nieznanymi.

### **Konsekwencje rezygnacji z wczesnego podejmowania oddziaływania wychowawczo-terapeutycznego wobec dziecka z mutyzmem wybiórczym**

Jak zostało już wielokrotnie podkreślone w niniejszym artykule, wczesne rozpoznanie deficytów dziecka w zakresie aktywności werbalnej jest niezwykle istotne i daje najlepsze rokowania co do zminimalizowania zakresu zaburzenia. Proces diagnostyczny jest długi, realizowany przez zespół specjalistów, z tego względu konieczne działania należy wdrażać nawet bez oficjalnej diagnozy MW. Dostrzega się konieczność najsilniejszego oddziaływania w środowisku, w którym mutyzm występuje. Oznacza to, iż działania, których nadrzędnym

celem jest obniżenie lęku (pozbycie się lęku przed mówieniem) i możliwie szybkie przywrócenie komunikacji niewerbalnej, powinny być realizowane głównie w przedszkolu/szkole przez osobę, wobec której dziecko unika aktywności werbalnej.

Warto nadmienić, iż oddziaływania mogą być realizowane przez nauczyciela, który zapozna się ze specyfiką zaburzenia i możliwościami oddziaływania wychowawczo-terapeutycznego, które przynosi efekty w dość krótkim czasie. Profesjonalnie prowadzony proces terapeutyczny podejmowany przez specjalistę jest efektywny, lecz długi. Obejmuje średnio 72 godziny terapii przy założeniu braku występowania innych zaburzeń (efekt terapii to swobodna rozmowa w różnych środowiskach). Efekty pracy terapeutycznej, realizowanej nawet w sposób nieformalny, w miejscu występowania mutyzmu są już widoczne po 2 tygodniach pracy z dzieckiem (wystarczą 3 spotkania w tygodniu trwające około 30 minut – praca nauczyciela w placówce + praca z opiekunem w domu i w terenie) (Bystrzanowska, 2018).

Im później wdrożone zostanie oddziaływanie terapeutyczne, tym proces terapii jest dłuższy i trudniejszy. Objawy mutyzmu mają bowiem tendencję do utrwalania się. Należy też pamiętać, iż nie mijają bez odpowiedniej terapii. Rezygnacja z pomocy dziecka z MW może skutkować dysfunkcjonalnymi zachowaniami, depresją, poważnymi trudnościami w budowaniu relacji interpersonalnych, a nawet w codziennym funkcjonowaniu w dorosłym życiu.

## Podsumowanie

Mutyzm wybiórczy dotyczy dzieci, u których ukończony został rozwój mowy (sprawność w tym zakresie jest zwykle na wysokim poziomie), a mimo to w wybranych sytuacjach, miejscach milczą (Hartmann, Lange, 2013, s. 12–13). Płynna komunikacja, a zwłaszcza nawiązanie rozmowy, jest dla nich trudnym zadaniem. Z tego względu przy braku zrozumienia i odpowiedniego wsparcia, dzieci z MW mogą zacząć unikać sytuacji społecznych, w których pierwotnie chętnie by wzięły udział. Tego rodzaju działanie prowadzi do braku umiejętności nawiązywania relacji i utrzymywania więzi przyjacielskich z rówieśnikami, a w konsekwencji do fobii i izolacji społecznej dziecka.

Analiza funkcjonowania dzieci z MW (w kontekście opisowym) oraz przyczyn tego zaburzenia (w kontekście interpretacyjnym) wskazuje na wiele czynników, które mogą świadczyć o niekorzystnym przebiegu rozwoju u osób dotkniętych MW. Z tego względu niezbędne jest podejmowanie odpowiednich, systematycznych oddziaływań o charakterze wychowawczym i profilaktycznym, na jak najwcześniejszym etapie rozwoju dziecka. Niestety, pomysłów na nie jest wciąż zbyt mało.

## Bibliografia

- Bahrfeck-Wichitill K., Kuhn M. (2015), *Kannst du überhaupt sprechen? Eine Informationsstunde über selektiven Mutismus in der 7. Klasse der Realschule*, „Sprachförderung und Sprachtherapie”, 4, s. 18–24.
- Bala J., Cabała M., Giese-Szczap K., Kiepiela-Koperek A., Miękina-Pindur J., Młynarska I., Pilch A., Szczeńśniak S., Szyszka K. (2017), *Mutyzm wybiórczy w praktyce terapeutycznej*, Impuls, Kraków.
- Bar-Haim Y., Henkin Y., Ari-Even-Roth D., Tetin-Schneider S., Hildesheimer M., Muchnik C. (2004), *Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism*, „Biological Psychiatry”, 55 (11), s. 1061–1068.
- Bawolska-Piszczatowska A. (2019), *Dziecko z mutyzmem wybiórczym – charakterystyka zjawiska oraz sposoby przeciwdziałania trudnościom*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 33, s. 204–212.
- Bergman R., Piacentini J., McCracken J. (2002), *Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 41 (8), s. 938–946.
- Black B., Uhde T. W. (1995), *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 34 (7), s. 847–856.
- Bryńska A. (2005), *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, red. T. Wolańczak, J. Komender, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 147–178.
- Bystrzanowska M. (2018), *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla nauczycieli i specjalistów*, Impuls, Kraków.
- Cohan S., Chavira D. (2008), *Refining the Classification of Children with Selective Mutism: A Latent Profile Analysis*, „Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology”, 37 (4), s. 770–784.
- Cunningham C., McHolm A., Boyle M. (2006), *Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls*, „European Child and Adolescent Psychiatry”, 15 (5), s. 245–255.
- DSM-5 (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., American Psychiatric Association.
- Dummit E. S., Klein R. G., Tancer N. K., Asche B. (1997), *Systematic assessment of 50 children with selective mutism*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 36, s. 653–660.
- Elizur Y., Perednik R. (2003), *Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 42, s. 1451–1459.
- Ford M. A., Sladeczek I. E., Carlson J., Kratochwill T. R. (1998), *Selective mutism: Phenomenological characteristics*, „School Psychology Quarterly”, 13 (3), s. 192–227.
- Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E. (1997), *Dziecięca matematyka*, WSiP, Warszawa.
- Hartmann B., Lange M. (2013), *Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter: Für Angehörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe*, Schulz-Kirchner Verlag, Idstein.

- Holka-Pokorska J., Piróg-Balcerzak A., Jarema M. (2018), *The controversy around the diagnosis of selective mutism – a critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria*, „Psychiatria Polska”, 52 (2), s. 323–343.
- Hua A., Major N. (2016), *Selective mutism*, „Current Opinion in Pediatrics”, 28 (1), s. 114–120.
- ICD-10 (2008), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych)*, vol. 1.
- Jeżewska-Krasnodębska E., Skalbani B. (2017), *Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty. Konteksty teoretyczne i praktyka*, Impuls, Kraków.
- Kopp S., Gillberg C. (1997), *Selective mutism: A population-based study: A research note*, „The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines”, 38 (2), s. 257–262.
- 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), s. 249–256.
- Kumpulainen K., Räsänen E., Raaska H., Somppi V. (1998), *Selective mutism among second-graders in elementary school*, „European Child and Adolescent Psychiatry”, 7 (1), s. 24–29.
- Starke A., Subellok K. (2015), *Wenn Kinder nicht sprechen – Selektiver Mutismus*, „Sprachförderung und Sprachtherapie”, 4 (1), s. 2–7.
- Sutton C., Forrester Ch. (2019), *Mutyzm wybiórczy. Własnymi słowami*, Linia, Ożarów Mazowiecki.
- Tabors P. (2008), *One child, two languages: A guide for early childhood educators of children learning English as a second language*, 2nd ed., Paul H. Brookes, Baltimore.
- Vecchio J. L., Kearney C. A. (2005), *Selective Mutism in Children: Comparison to Youths With and Without Anxiety Disorders*, „Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment”, 27, s. 31–37.
- WHO (2008), *The World Health Report – primary Health Care (Now More Than Ever)*, wyd. World Health Organization.

## Źródła internetowe

- Andrzejewska M. (2013), *Jak pomóc dziecku lub uczniowi z mutyzmem selektywnym?*, <http://www.bc.ore.edu.pl/Content/579/T042013%2C+M.+Andrzejewska.pdf> (dostęp: 5.11.2019).
- Burzyńska M. (2015), *Mutyzm wybiórczy*, <http://pzp.edu.pl/wp-content/uploads/2015/10/mutyzm-artyku%C5%82.pdf> (dostęp: 4.11.2019).
- Grąbczewska-Różycka K. (2017), *Kryteria diagnostyczne mutyzmu wybiórczego pod lupą*, <http://mutyzmportal.pl/artykul/kryteria-diagnostyczne-mutyizmu-wybiorczego-pod-lupa.htm> (dostęp: 18.12.2019).
- <https://polskiautyzm.pl/rozpowszechnienie-autyzmu> (dostęp: 12.11.2019).
- <https://mariabystrzanowska.blogspot.com> (dostęp: 10.12.2019).
- Wozńska K. (2016), *Skąd się bierze mutyzm wybiórczy? Moje doświadczenia*, <http://www.centrumslowo.pl/blog/item/68-skad-sie-bierze-mutyzm-wybiorczy-moje-doswiadczenia> (dostęp: 5.11.2019).



## Summary

The presented study has two purposes. One of them is to discuss selected views as to the causes of selective mutism in the context of the classification position, along with controversies around the diagnostic criteria for this disorder.

Another, more important from the perspective of this study, is to discuss the specifics of the functioning of a child with selective mutism in the educational environment. The problems on which this reflection focuses is the question about the possibility of recognizing selective mutism in the preschool/school environment and the features of the functioning of a child with selective mutism in the educational environment. To discuss the issues analyzed in the study, the author used the most important review papers published so far regarding the analyzed topic.

In the first part of the study, the author emphasized the scale of the problem in the population of preschool/school children with reference to statistical data indicating the incidence of mutism in the population. The author also discusses the diagnostic criteria of mutism in terms of DSM-5 and ICD-10. Author pointed out problem areas related to the recognition of mutism.

In the next part of the study, the author described selected reasons for the appearance of mutism in the child's development. Then the author characterized the specificity of the child's functioning in the educational environment, emphasizing the consequences of not implementing the appropriate educational and therapeutic interactions. An analysis of the literature indicates that it is necessary to increase the scientific interest in the problem of mutism among children. The problem has serious consequences and affects an increasing number of children. For this reason, knowledge of how a child with mutism functions in a kindergarten/school enables the implementation of adequate forms of help and support.