

Maria Bystrzanowska

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Środzie Śląskiej

TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM. OPIS I ANALIZA PRZYPADKU

Przedmiotem niniejszego artykułu jest opis przypadku Kamila – 5-letniego chłopca, który trafił do poradni psychologiczno-pedagogicznej (dalej: ppp) z powodu trudności w komunikacji werbalnej i pozawerbalnej z rówieśnikami oraz nauczycielami w przedszkolu. Rodzice chłopca po wstępnej diagnozie w ppp udali się na konsultację psychiatryczną w celu potwierdzenia podejrzenia mutyzmu wybiórczego u syna. Następnie, po otrzymaniu diagnozy MW od psychiatry, złożyli wniosek do poradni psychologiczno-pedagogicznej z prośbą o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (dalej: WWRDz). Kamil z chwilą zgłoszenia się do ppp został objęty terapią logopedyczną – najpierw w poradni, potem w przedszkolu (przez 1,5 roku). Obecnie chłopiec w dalszym ciągu objęty jest terapią logopedyczną na terenie przedszkola z powodu wady wymowy, ale nie ma już żadnych trudności z werbalną komunikacją z rówieśnikami i personelem przedszkola.

Słowa kluczowe: mutyzm wybiórczy, terapia logopedyczna, studium przypadku.

Wprowadzenie

W przedszkolu i szkole problemy dzieci cichych, wrażliwych, nieśmiałych często bywają niezauważane przez nauczycieli; zdarza się nawet, że tacy uczniowie są stawiani za wzór do naśladowania. Niektórzy uważają, że zachowanie tych grzecznych i cichych dzieci wynika z dobrego wychowania bądź z ich temperamentu i że stopniowo staną się one bardziej odważne, głośnie, czyli wyrosną z tej nieśmiałości. Czasem jednak zachowanie dzieci cichych, czyli niemówiących, świadczy o ich lękowej osobowości. Personel przedszkola, znając niepokojące objawy w zachowaniu dzieci, powinien skierować rodziców do specjalistów w celu weryfikacji swoich podejrzeń. Wcześniej postawiona diagnoza i właściwa terapia są podstawą do osiągnięcia szybkich efektów terapeutycznych.

1. Charakterystyka mutyzmu wybiórczego

1.1. Klasyfikacja zaburzenia

Mutyzm wybiórczy (MW) to jedno z zaburzeń funkcjonowania społecznego rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym. W obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 sygnowany jest symbolem F94.0. Zaburzenie to nie charakteryzuje się wyraźnymi uwarunkowaniami konstytucjonalnymi, a deficyty społeczne nie dotyczą funkcjonowania we wszystkich dziedzinach. Mutyzm wybiórczy cechuje wybiórczość mówienia polegająca na tym, że dziecko mówi w pewnych sytuacjach, ale milczy w innych; towarzyszą mu: lęk społeczny, wycofywanie się, wrażliwość i upór. Ponadto często występują zachowania opozycyjne (Pużyński, Wciórka 2000: 228–229). W najnowszej, piątej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V) mutyzm selektywny (wybiórczy) wymienia się w grupie zaburzeń lękowych obok separacyjnych zaburzeń lękowych, specyficznych postaci fobii, fobii społecznej, napadów paniki, agorafobii i lęku uogólnionego (Sajewicz, Radke 2016: 5–6). Dziecko z mutyzmem wybiórczym rozumie, co się do niego mówi, umie mówić, chce mówić, ale w pewnych sytuacjach po prostu nie może nic powiedzieć.

W literaturze naukowej dostępne są dane dotyczące badań nad występowaniem MW w różnych krajach. Wynika z nich, że wskaźniki występowania tego zaburzenia u dzieci na świecie wahają się w przedziale od 0,18% w Szwecji (Kopp, Gillberg 1997: 257–262) do 1,9% w Finlandii (Kumpulainen i in. 1998: 24–29). Przykładowo częstość występowania MW w populacji ogólnej dzieci w USA wynosiła 7,1 na 1000, tj. 0,71% (Bergman, Piacentini, McCracken 2002: 938–946.) Wielu badaczy wskazuje jednak, że mogą to być wartości niedoszacowane ze względu na wciąż niedostateczny stan wiedzy na temat tego zaburzenia (Cunningham, McHolm, Boyle 2006: 245–255; Schwartz, Freedy, Sheridan 2006: 43–48). Dotychczasowe badania wskazują, że MW występuje częściej u dziewczynek, a proporcje tego zaburzenia u dziewcząt i chłopców kształtują się w przedziale od 2,6 : 1 do 1,5 : 1 (Garcia i in. 2004: 433–455).

1.2. Przyczyny MW

Wielu naukowców szuka przyczyn milczenia dzieci z MW. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne hipotezy na ten temat. Anna Skoczek (2013: 149–165), szukając źródła dziecięcego milczenia, przedstawia różne hipotezy, które w logiczny sposób próbują wyjaśnić przyczyny trudności w komunikacji werbalnej u dzieci z MW. Jedną z nich jest niewygaszony odruch Moro powo-

dujący u dzieci nadwrażliwość na dźwięk, dotyk, zaburzenia równowagi (Młynarska 2011), co wywołuje odruchy wycofania z komunikacji werbalnej. Następna hipotezą jest teoria neurolingwistyczna, zgodnie z którą żaden etap przekazu werbalnego nie jest wolny od emocji, a traumatyczne wydarzenia dotykające dzieci do 3. r.ż. powodują napięcie emocjonalne wyrażające się blokadą porozumienia się (Kułakowska 2003: 117). Kolejna teza dotyczy biologicznego czynnika związanego z cechą temperamentalną zwaną neurotycznością, wrażliwością emocjonalną lub unikaniem urazów, czyli wysoką podatnością danej osoby na zranienia (Radomska, Jankowska 2000: 20). Nie bez znaczenia dla wystąpienia MW pozostaje również czynnik genetyczny i społeczny związany z modelowaniem pewnych zachowań w rodzinie. Anna Skoczek przytacza także hipotezę Julity Urbaniuk (2008: 456), że MW to zespół heterogeny, czyli na pojawienie się tego zaburzenia ma wpływ kilka współwystępujących czynników.

W innej swojej publikacji Anna Skoczek (2017: 31–45) stwierdza m.in., iż w badaniach nad etiologią mutyzmu wybiórczego zaznacza się wyraźna tendencja do analizowania przyczyn występowania objawów MW w kontekście czynników temperamentalnych oraz biologicznych (które mogą być dziedziczone) i odchodzenia od postrzegania traumy oraz specyfiki relacji wewnątrzrodziny jako przyczyn werbalnego wycofania się dziecka (Urbaniuk 2008; 458). Niemniej jednak, zdaniem ww. autorki, nie można całkowicie zlekceważyć roli środowiska, które – co prawda – nawet jeśli nie jest bezpośrednią przyczyną wystąpienia MW u dzieci, może mieć duży wpływ na pogłębienie i utrwalenie tego zaburzenia lękowego¹.

Dla mnie jako praktyka najbardziej wiarygodna jest hipoteza, że MW to zaburzenie heterogenne. To wieloczynnikowe zaburzenie lękowe, które – podobnie jak inne zaburzenia lękowe – może pojawić się w sytuacji zaistnienia jednego lub kilku czynników oraz posiadania pewnych predyspozycji. Urszula Sajewicz-Radtke w *Skalach objawowych zaburzeń lękowych* (2012: 10–11) przedstawia czynniki predysponujące do występowania zaburzeń lękowych, dzieląc je na indywidualne i środowiskowe. Wśród czynników indywidualnych wymienia czynniki biologiczne (podatność genetyczna) i psychiczne (temperament i niska samoocena). Do czynników środowiskowych zalicza relacje rodzic – dziecko

¹ W literaturze można też znaleźć informacje, jakoby mutyzm był efektem patologii w rodzinie (zob. np. Herzyk, 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, s. 30). Przez taką teorię część rodziców zaprzestała leczenia MW u swoich dzieci, gdyż specjaliści, zamiast zająć się dzieckiem i rodziną w prawidłowy sposób, szukali patologii w rodzinie dziecka. Teraz wiemy, że nie ma żadnych dowodów naukowych, że MW jest wynikiem patologii i nadużycia w rodzinie (Black, Uhde 1996). Jest to krzywdząca ocena rodziców dzieci z MW, przez co niechętnie zgłaszali się oni z problemem niemówienia swoich dzieci do specjalistów, zwłaszcza że rodzice dzieci z MW to najczęściej również osoby lękowe, które chcą pomóc swojemu dziecku, chcą współpracować, jednak często same potrzebują wsparcia, ale nie ze względu na patologię, lecz swój własny lęk.

(lękowy styl przywiązania) i problemy rodzinne (lękowy i wrażliwy model kulturowy w rodzinie). Jednak, żeby zaburzenie lękowe pojawiło się u danej osoby, musi zadziałać czynnik wyzwalający lęk, np. ostry stres, choroba, wykorzystanie, przemoc rówieśnicza, rozdzielenie z rodzicem, zmiana szkoły, przeprowadzka itd.

Maggie Johnson i Alice Wintgens wszystkie czynniki mające wpływ na wystąpienie mutyzmu wybiórczego, czyli zaburzenia lękowego, dzielą na czynniki ryzyka, tzn. predysponujące, wywołujące i podtrzymujące MW. Do czynników ryzyka są zaliczane: predyspozycje genetyczne, mutyzm wybiórczy występujący w rodzinie, nieśmiałość i choroby psychiczne w rodzinie. W grupie czynników wywołujących MW znajdują się m.in. stresujące wydarzenia życiowe: strata kogoś bliskiego, separacja rodziców, przeprowadzka, pójście do szkoły, poczucie odrzucenia. Natomiast do czynników podtrzymujących MW należy zaliczyć wszystkie działania opóźniające diagnozę, niewłaściwą terapię, która może wynikać z niezrozumienia istoty tego zaburzenia, np. zmuszanie do mówienia czy unikanie sytuacji społecznych wymagających komunikowania się (Johnson, Wintgens 2016: 36–40).

1.3. Zaburzenia mowy i języka u dzieci z MW

Bardzo często podkreśla się, że dzieci z MW potrafią mówić, tylko z przyczyn lękowych nie są w stanie tego zrobić, zatem problem nie dotyczy samej produkcji mowy, a komunikacji międzyludzkiej. Jednak nie zawsze tak jest. Potwierdzają to badania, z których wynika, że od 30% do 50% dzieci z MW ma zaburzenia bądź opóźnienia rozwoju mowy i języka. Mają one formę zaburzeń lub subtelnych opóźnień komunikacyjnych, np.: w badaniach Hansa-Christopha Steinhausena i Claudii Juzi stwierdzono tę korelację u więcej niż 30% (Steinhausen, Juzi 1996: 606–614). Nieco wyższy wskaźnik zaburzeń językowych wykazała Hanne Kristensen, bo aż 50% dzieci z MW spełniało kryteria zaburzeń ekspresji języka, zaburzeń mieszanych impresyjno-ekspresyjnych i zaburzeń fonologicznych (Kristensen 2000: 249–256). Podobnie C.B. Andersson i P.H. Thomsen stwierdzili problemy artykulacyjne i alalie rozwojowe u prawie 50% dzieci z MW (Andersson, Thomsen 1998: 231–238). Zaburzenia mowy i języka oraz świadomość trudności w sprawnym komunikowaniu się z otoczeniem u dzieci lękowych może być jedną z wielu przyczyn wystąpienia MW. M. Johnson i A. Wintgens (2016: 37) zaburzenia mowy i języka kwalifikują do czynników wywołujących i podtrzymujących MW. Powyższe dane potwierdzają wyniki moich badań własnych przeprowadzonych w 2016 roku na podstawie ankiet (100-osobowa grupa rodziców dzieci z MW), z których wynika, że 31% dzieci z tym zaburzeniem lękowym ma trudności z wymową (wady wymowy oraz opóźnienia rozwoju mowy – Bystrzanowska 2017: 30).

2. Opis i analiza przypadku chłopca z MW i z alalią motoryczną

2.1. Identyfikacja problemu

Kamil to 5-letni chłopiec, który po raz pierwszy trafił do przedszkola we wrześniu 2015 r. Od początku pobytu miał duże trudności z rozstaniem się z mamą, płakał, nie chciał jej wypuścić z przedszkola; przez pierwszy tydzień mama siedziała z synkiem na zajęciach. Ponadto chłopiec miał poważne problemy z adaptacją do nowego środowiska, na zajęciach był bierny, nie włączał się do zajęć, zabaw z dziećmi, nie odpowiadał na pytania nauczycieli i rówieśników. W przedszkolu nawet w obecności mamy nie jadł śniadania i nie korzystał z toalety. Po pierwszym tygodniu września Kamil już sam zostawał w przedszkolu, nieznacznie podążał za grupą podczas zajęć, zabaw, siadał sam przy stoliku, ale nadal nie mówił, nie jadł, często płakał i nie wykonywał poleceń nauczyciela. Nauczycielki przedszkola były w ciągłym kontakcie z mamą chłopca, starały się zapewnić mu optymalne warunki niezbędne do adaptacji, jednak ich działania nie przynosiły oczekiwanego efektu. Personel przedszkola, świadomy istnienia zaburzeń komunikacji werbalnej, jakim jest mutyzm wybiórczy, zasugerował rodzicom skorzystanie z badań w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Z powodu braku komunikacji werbalnej po dwóch miesiącach uczęszczania do przedszkola, czyli w listopadzie, chłopiec został skierowany do poradni psychologiczno-pedagogicznej.

2.2. Środowisko rodzinne i przebieg rozwoju dziecka

Chłopiec pochodzi z rodziny pełnej, rodzice pracują zawodowo. Kamil nie chodził wcześniej do przedszkola, nie było takiej potrzeby, gdyż w jego wychowaniu oprócz rodziców aktywnie uczestniczyli babcia z dziadkiem. Rozwój motoryczny Kamila zdaniem rodziców przebiegał prawidłowo, natomiast rozwój mowy od początku był opóźniony: Kamil zaczął mówić w wieku około 2. roku 6 m.ż., a jego mowa była bardzo niezrozumiała. Wypowiedzi chłopca rozumiała głównie mama, pozostali domownicy nie zawsze wiedzieli, co mówi. Trudności artykulacyjne sprawiały, że malec często wycofywał się z kontaktów słownych z najbliższymi, a z dorosłymi spoza rodziny nie był w stanie nawiązać żadnego porozumienia, nawet niewerbalnego. Na plac zabaw chodził tylko z mamą, bo tylko z nią czuł się bezpiecznie. Gdy na placu zabaw pojawiały się inne, nieznanne dzieci, Kamil od razu przybiegał do mamy. Rozmawiał tylko z Alą – dziewczynką z sąsiedztwa, która była o dwa lata starsza od niego, często przychodziła do domu chłopca, żeby się pobawić, czasem razem szła z nim na plac zabaw.

2.3. Diagnoza dziecka w poradni psychologiczno-pedagogicznej

Badanie dziecka przeprowadzono w poradni psychologiczno-pedagogicznej na wniosek rodzica z powodu trudności dziecka w komunikacji werbalnej z rówieśnikami i nauczycielem. Diagnozę wstępną postawiono na podstawie:

- wywiadu z rodzicami,
- opinii nauczyciela przedszkola,
- obserwacji dziecka w przedszkolu,
- wypełnionego przez nauczyciela *Arkusza obserwacji ucznia z podejrzeniem mutyzmu wybiórczego w przedszkolu/szkole* (opracowanie własne, zob. Bystrzanowska 2017: 120–121),
- wypełnionego przez rodziców *Arkusza obserwacji dziecka z podejrzeniem mutyzmu wybiórczego dla rodziców* (opracowanie własne, zob. Bystrzanowska 2017: 117–119),
- badania psychologicznego,
- badania logopedycznego.

Kamil edukację przedszkolną rozpoczął we wrześniu 2015 r., wcześniej nie chodził do przedszkola, nie chodził również do logopedy. Od początku roku szkolnego nie odzywał się do wychowawcy i innych pracowników obsługi, nie rozmawiał też z rówieśnikami. Z nauczycielem nie komunikował się werbalnie ani też pozawerbalnie. Początkowo bierny, w miarę upływu czasu i adaptacji do nowych warunków zaczął siadać z dziećmi w kole podczas zajęć, wykonywał w kartach pracy polecenia nauczyciela kierowane do całej grupy. Chwilami podejmował współpracę z jednym z kolegów (nadal bez kontaktu słownego). W dalszym ciągu nie odpowiadał werbalnie na zadawane przez nauczyciela pytania, milczał, rzadko się uśmiechał, kręcił głową, jego gesty niewerbalne nie pełniły roli komunikacyjnej. Z wywiadu wynika, że chłopiec w sposób spontaniczny, swobodny rozmawiał tylko z najbliższą rodziną, natomiast nie rozmawiał z dalszą rodziną, obcymi dorosłymi i rówieśnikami (oprócz dziewczynki z sąsiedztwa Ali).

Na skutek terapeutycznych oddziaływań podczas badania i terapii logopedycznej chłopiec wchodził w dobrą relację z logopedą, zaczynał komunikować się werbalnie. U Kamila oprócz problemów dotyczących lęku przed mówieniem występowały również poważne zaburzenia wymowy oraz osłabiona sprawność i zaburzona kinestezja artykulacyjna narządów mowy. Zaburzenia wymowy u Kamila miały charakter alalii motorycznej. Chłopiec miał trudności z wymową głosek trzech szeregów dentalizowanych, spółgłosek wargowo-zębowych oraz *k, g, l, r*, ponadto w strukturze słów występowały liczne niedokładności artykulacyjne w postaci elizji i substytucji. Większość słów, które próbował powiedzieć, zaczynało się na głoskę *l* wymawianą bez pionizacji języka. Mowa zdaniowa i potoczna były trudne do zrozumienia, można było przypuszczać, że tak zaburzona wymowa jest jednym z czynników predysponujących do powstania mutyzmu wybiórczego u chłopca.

Kamil ze względu na brak kontaktu słownego badany był przez psychologa testem niewerbalnym, po którym stwierdzono, że jego dojrzałość umysłowa kształtowała się na poziomie przeciętnym dla jego wieku (tj. normy). W sferze emocjonalnej, społecznej i motywacyjnej wykazywał niedojrzałość. W sytuacjach choćby najmniejszych trudności reagował płaczem.

Chłopiec był po konsultacji laryngologicznej i po badaniu słuchu (wynik prawidłowy) oraz psychiatrycznej – potwierdzono podejrzenie mutyzmu wybiórczego. Kamil wymagał terapii logopedycznej i terapii usprawniającej komunikację werbalną z otoczeniem (wskazana była metoda małych kroków – ang. *sliding in*) w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka. W styczniu 2016 r. chłopiec otrzymał opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka na okres do rozpoczęcia nauki w szkole podstawowej.

2.4. Znaczenie i konsekwencje problemu

Brak postępów w adaptacji do środowiska przedszkolnego oraz duże nasilenie objawów lękowych dawały powody do niepokoju i sugerowały podejrzenie mutyzmu wybiórczego. Zakotwiczenie objawów MW występujących u Kamila było bardzo prawdopodobne. Sytuacja dziecka, które jest bierne, nie bawi się z rówieśnikami, nie wykonuje poleceń nauczycieli, z nikim nie rozmawia, jest bardzo trudna. Kamil wymagał natychmiastowej pomocy, gdyż jego funkcjonowanie w grupie nie sprzyjało jego prawidłowemu rozwojowi. Istniało duże niebezpieczeństwo, że taka sytuacja może tylko pogłębić lęk przed mówieniem i zaburzyć rozwój emocjonalny i społeczny dziecka.

2.5. Prognoza

Pozytywna: może okazać się, że wymowa chłopca stopniowo poprawi się, dojdzie do obniżenia poziomu lęku przed mówieniem, a następnie do jego minimalizacji. Niestety, taki pozytywny scenariusz jest raczej mało prawdopodobny.

Negatywna: najbardziej prawdopodobną prognozą w sytuacji Kamila jest eskalacja lęku przed mówieniem, w wyniku czego dojdzie do utrwalenia mutyzmu wybiórczego na wiele lat w przedszkolu, następnie w szkole. Negatywnym następstwem MW mogą być zaburzenia w postaci fobii szkolnej, społecznej czy depresji.

2.6. Propozycje rozwiązań

Po wydaniu przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (WWRDz), jeszcze przez okres miesiąca terapia logopedyczna była prowadzona na terenie poradni. Następnie tera-

pia w ramach WWRDz została przeniesiona na teren przedszkola (istniała możliwość prowadzenia terapii na terenie przedszkola przez tę samą osobę – logopedę). U Kamila oprócz MW ważnym problemem okazała się istniejąca wada wymowy. Oddziaływania terapeutyczne oparte były na terapii logopedycznej i technikach metody behawioralnej – wygaszanie bodźca i modelowanie (Johnson, Wintgens 2001: 140–151).

Celem oddziaływań było:

- nawiązanie dobrych relacji i komunikacji werbalnej z dzieckiem w celu obniżenia poziomu lęku przed mówieniem i zmniejszenia intensywności reakcji lękowych,
- usprawnienie wymowy dziecka,
- pokonanie lęku przed korzystaniem z toalety w przedszkolu,
- generalizacja w zakresie komunikowania się z nauczycielami i rówieśnikami w przedszkolu.

3. Postępowanie terapeutyczne

3.1. Wdrożenie oddziaływań terapeutycznych

Rodzicom dziecka przedstawiono plan działania i rozpoczęto jego realizację według poniższego schematu:

- edukacja rodziców i personelu przedszkola,
- nawiązanie dobrej relacji specjalista – mama – dziecko (na terenie ppp),
- usprawnienie artykulacji i umiejętności komunikacyjnych dziecka (na początku na terenie ppp, następnie na terenie przedszkola),
- pozbycie się lęku przed korzystaniem z toalety,
- nawiązanie dobrej relacji i komunikacji werbalnej z otoczeniem: specjalista – dziecko – rówieśnicy, specjalista – dziecko – nauczyciel, specjalista – dziecko – inni pracownicy przedszkola.

Zaplanowano systematyczną terapię logopedyczną polegającą na:

- usprawnieniu narządów mowy w formie gimnastyki buzi i języka,
- ćwiczeniach oddechowych wydłużających fazę wydechową,
- ćwiczeniach słuchowych (doskonalenie słuchu awerbalnego, werbalnego, słuchu fonemowego),
- wprowadzaniu nowych dla dziecka głosek, których realizacja jest zaburzona,
- automatyzacji poprawnej wymowy w wyrazach, zwrotach dwuwyrzowych, zdaniach oraz w mowie potocznej.

3.2. Edukacja rodziców i personelu przedszkola na temat mutyzmu wybiórczego

Rodzice – omówiono zaobserwowane objawy, wyjaśniono ich źródło, zaproponowano ciekawą lekturę: książkę *Nie strach się bać* (Cohen 2015) oraz stronę internetową www.mutyzm.org.pl, na której znajdują się wiarygodne informacje na temat MW i są przedstawione czynniki podtrzymujące mutyzm wybiórczy w domu.

Zachęcono do przeprowadzenia pewnych modyfikacji w zakresie wychowania dziecka w domu, m.in. przekazano poniższe zalecenia:

- nie rozmawiać przy dziecku o sprawach dla niego niezrozumiałych oraz o trudnościach w przedszkolu,
- nie zmuszać dziecka do mówienia, nie pytać codziennie, czy dzisiaj będzie w przedszkolu rozmawiać; nie wyręczać, gdy ktoś zapyta, pamiętać o zasadzie 5 sekund, dać czas dziecku na odpowiedź bądź zmodyfikować pytanie tak, żeby dziecko chociaż niewerbalnie potwierdziło odpowiedź rodzica,
- nie zmuszać dziecka do mówienia zwrotów grzecznościowych,
- prowadzić rodzinne rozmowy w obecności dziecka i z dzieckiem na tematy dla niego zrozumiałe, np. zwierzęta, zabawki, przyroda, spacer, przedszkole czy inne bieżące tematy,
- pozwolić dziecku w domu na aktywność werbalną, zadawanie pytań, odpowiadanie, zachęcać do swobodnej wypowiedzi,
- prowadzić rozmowy z dzieckiem w obecności obcych osób w różnych miejscach (sklep, autobus, fryzjer, poczekalnia u lekarza, podczas spaceru ulicą), w domu podczas wizyty gości; rozmowy te powinny prowadzić osoby, z którymi dziecko kontaktuje się chętnie i pełnym głosem: mama, tato i babcia – taka strategia pomaga dziecku zwiększyć tolerancję na bycie usłyszanym przez inne osoby w miejscach publicznych, takich jak sklepy, parki czy poczekalnie,
- zapraszać do domu inne dzieci z rodziny, sąsiedztwa, następnie z przedszkola; w domu zachęcać do gier i zabaw bez presji na mówienie, zachęcać dziecko do zabaw ruchowych z innymi dziećmi na podwórku, planować z nimi wypadki do kina, kawiarni,
- każde wyjście w nowe dla dziecka miejsce (np. wizytę u lekarza, u fryzjera, w urządzenie, w sklepie) należy zaplanować i wcześniej omówić z dzieckiem jego przebieg,
- spotkania z dalszą rodziną powinny być zaplanowane, a rodzina wprowadzona w tematykę mutyzmu wybiórczego.

Personel przedszkola – w przedszkolu przeprowadzono szkoleniową radę pedagogiczną na temat: „Mutyzm wybiórczy w teorii i w praktyce”. Przedstawiono następujące zalecenia dla personelu przedszkola:

- zachęcać dziecko do wspólnej zabawy w małych grupach oraz do innych aktywności pozawerbalnych (rola pomocnika nauczyciela),
- modyfikować sprawdzanie listy obecności dzieci w grupie np. poprzez sygnalizację niewerbalną (podniesienie ręki do góry i powiedzenie „jestem”, dla chętnych) lub wspólne odpowiadanie na pytanie nauczyciela: „Czy jest Ola? – Tak. Czy jest Kamil? – Tak. Czy jest Ewa? – Nie ma” itd. (wszystkie dzieci odpowiadają),
- na obecnym etapie nie należy zmuszać czy specjalnie zachęcać dziecka do mówienia,
- nie zmuszać dziecka do mówienia zwrotów grzecznościowych, nie dążyć do bezpośredniego kontaktu wzrokowego,
- zachęcać do wyboru zabawki, książeczki, obrazka do kolorowania,
- reagować na niewłaściwe reakcje rówieśników, np. uwagi dotyczące niemówienia chłopca,
- ściśle współpracować z logopedą i dostosowywać postępowanie nauczycieli wobec dziecka w zależności od etapu terapii.

3.3. Etapy pracy z chłopcem

Terapia Kamila przebiegała zgodnie z poniższymi etapami, opracowanymi na podstawie 10 etapów swobodnego mówienia (Johnson, Wintgens 2001: 69–70). Dzięki odpowiedniemu podejściu do badania chłopiec już na pierwszej wizycie w ppp mówił do mamy w obecności logopedy (z pominięciem etapów od 1 do 4):

Etap 1. Dziecko nie komunikuje się i nie bierze udziału w żadnych aktywnościach.

Etap 2. Dziecko współpracuje i komunikuje się niewerbalnie w stopniu minimalnym.

Etap 3. Dziecko komunikuje się za pomocą gestów.

Etap 4. Dziecko wydaje dźwięki niewerbalne.

Po krótkiej rozmowie z mamą chłopca udało się przeprowadzić wstępną diagnozę logopedyczną Kamila.

Etap 5. Dziecko mówi do mamy w obecności terapeuty. Odpowiednio poinstruowana mama podczas badania pytała Kamila, jak nazywają się obrazki prezentowane w AFA-skali (Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza 2005). Następnie Kamil odpowiadał mamie na te pytania w obecności logopedy, która stała

w drugim końcu gabinetu, poza zasięgiem wzroku dziecka. Na podstawie wypowiedzi można było stwierdzić, że chłopiec miał poważne problemy z wymową, wypowiadał się pojedynczymi słowami, a ich wyrazistość była bardzo zaburzona, miał wąski zasób słownictwa czynnego. W mowie występowały elizje, substytucje, uproszczenia głoskowe i sylabowe. Wstępnie stwierdzono alalię motoryczną. Na tym etapie w gabinecie logopedycznym wprowadzono w formie zabawy kilka prostych ćwiczeń usprawniających narządy mowy i ćwiczenia oddechowe.

Etap 6. Dziecko odpowiada na pytanie jednym słowem. Podczas kolejnych wizyt w ppp mama Kamila była obecna w gabinecie. Pracowano, wykorzystując wcześniej przygotowaną „drabinę zadań”, na której były zapisane 3 pytania z zakresu tzw. niskiego obciążenia komunikacyjnego:

1. liczenie 10 zwierząt: wspólnie, naprzemiennie, potem liczył sam Kamil (chłopiec mówił bardzo niewyraźnie i tylko elementy prozodyczne mowy i kontekst obrazkowy pozwoliły zrozumieć jego wypowiedzi);
2. nazywanie kolorów 6 klocków: wspólnie, naprzemiennie, potem Kamil sam nazywał;
3. pytania wymagające odpowiedzi: tak, nie, np.: *Czy to koń? Czy krowa szczeka? Czy kot miauczy?* Za każde wykonane zadanie chłopiec otrzymywał naklejkę.

W dalszym ciągu prowadzono usprawnianie narządów mowy, zwiększając zakres ćwiczeń artykulacyjnych, wprowadzono nowe dla dziecka ćwiczenia oddechowe, zabawy wykorzystujące wokalizę, ponadto ćwiczenia słuchu awerbalnego i werbalnego, a także ćwiczenia z głoską *l* – były to ćwiczenia pionizacji języka i artykulacji głoski w izolacji, z samogłoskami i w prostych słowach.

Etap 7. Dziecko wypowiadało pojedyncze zdania do terapeuty – w sposób płynny podczas terapii nastąpiło przejście do kolejnego etapu. Chłopiec w obecności mamy i logopedy czuł się coraz bardziej swobodnie, zaczął z mamą rozmawiać prostymi zdaniami i stopniowo zaczął również budować proste zdania podczas rozmowy z logopedą. Logopeda zadawała pytania wymagające odpowiedzi *nie wiem*, np.: *Czy piesek lubi jabłka? Czy wiesz ile lat ma Twoja mama?* Następnie chłopiec odpowiadał na śmieszne pytania typu: *Czy to jest koń? Nie, to kot. (Nie, to tot.)* itp. W dalszym ciągu pracował, wykorzystując zadania z „drabiny zadań”, o stopniowo zwiększającym się obciążeniu komunikacyjnym. Były to kolejno: ciągi zautomatyzowane, odpowiedzi: *tak, nie, nie wiem*, pojedyncze słowa, np. nazwy zwierząt, zdania opisujące obrazki, na których były przedstawione czynności (np. *Kot pije mleko*).

Terapia logopedyczna w ppp była prowadzona od listopada 2015 r. do końca stycznia 2016 r. Wizyty odbywały się raz lub dwa razy w tygodniu i trwały po 45–60 min. Na tym etapie terapia została przeniesiona na teren przedszkola

(luty 2016 r.) i tam miała być kontynuowana do końca czerwca 2017 r. (z miesięczną przerwą wakacyjną).

W przedszkolu zajęcia odbywały się dwa razy w tygodniu i trwały po godzinie, mamy Kamila podczas tych zajęć już nie było. Chłopiec czuł się z logopedą na tyle bezpiecznie, że podczas spotkań w przedszkolu po powtórzeniu ćwiczeń wykonywanych w ppp, realizował kolejne zadania. Podczas spotkań w dalszym ciągu doskonalono sprawność narządów mowy, stosowano ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia słuchu fonemowego, wprowadzono kolejne głoski: *f, v, k, g, ś, ź, ć, ź, s, z, c, ʒ, ś, ź, ć, ʒ* w izolacji, w słowach, w zadaniach. Następnie wprowadzono ćwiczenia w różnicowaniu opozycyjnych głosek *f – v, k – g, t – d*, a także *k – t* i *g – d* (które chłopiec zamieniał) oraz różnicowanie głosek trzech szeregów dentalizowanych.

Równolegle była prowadzona terapia metodą małych kroków mająca na celu likwidację lęku przed korzystaniem z toalety. Po dwóch miesiącach systematycznej pracy Kamil korzystał samodzielnie z toalety.

Etap 8. Dziecko wypowiadało się do kolejnych osób, poszerzano grono rozmówców – po kilku spotkaniach w gabinecie w przedszkolu na ćwiczenia został zaproszony pierwszy wybrany przez Kamila kolega – Filip. W czasie następnych spotkań zapraszano kolejnych kolegów, potem koleżanki. Stopniowo zwiększała się grupa rozmówców Kamila – aż do 8 osób. Zajęcia grupowe trwały 20, czasem 30 minut. Skład grupy się zmieniał tak, że każde dziecko z grupy przedszkolnej Kamila było obecne na takich zajęciach w gabinecie logopedycznym. Każde słyszało głos Kamila i z zainteresowaniem słuchało, jak mówił. Dzieci dziwiły się i zachwycaly jego głosem (mimo że już wszystkie wiedziały, że Kamil potrafi mówić). Logopeda za każdym razem spokojnie tłumaczyła dzieciom, jak mają się zachować i jak współpracować.

Podczas zabaw z rówieśnikami po wstępnej rozgrzewce, czyli po zadaniach z niskim obciążeniem komunikacyjnym (liczenie, nazywanie kolorów, nazywanie zwierząt – wspólnie, naprzemiennie, na zmianę), następowały pytania zamknięte typu: *Czy kot miauczy? Czy teraz jest dzień?*, na które wszyscy odpowiadali *tak* lub *nie*, po czym odbywały się wspólne zabawy. Dzieci lubiły gry pamięciowe, ćwiczenia oddechowe, gry planszowe, zabawy w kręgle i różne zabawy ruchowe z piłką, np. rzucanie piłką do celu. Podczas zajęć w małych grupach Kamil pracował już bez drabiny, był coraz bardziej pewny siebie i nie oczekiwał specjalnych nagród. Jego pozycja i pewność siebie w małej grupie, w której już rozmawiał, sprawiała, że był bardziej swobodny nie tylko podczas zajęć z logopedą, ale również podczas zajęć z udziałem innych dzieci.

Na tym etapie Kamil był gotowy do rozmowy z nauczycielem. Wcześniej poinstruowana nauczycielka usiadła przy stoliku obok chłopca tak, żeby nie patrzeć bezpośrednio na Kamila. Podczas pierwszych spotkań wykorzystano

„drabinę zadań”: zaczęto od liczenia do 10, nazywania kolorów, zwierząt, odpowiedzi *tak, nie*. Zgodnie z zasadą stopniowania trudności i obciążenia komunikacyjnego (od niskiego do wysokiego) zwiększano zakres zadań. Chłopiec na początku podczas spotkań z nauczycielem był bardzo spięty, spotkania trwały kilka minut: do 5, 10. Stopniowo stawał się coraz bardziej swobodny, a czas pracy z nauczycielem wydłużał się. Z czasem nauczyciel zaczął rozmawiać z Kamilem także w sali, gdy było tam tylko kilkoro dzieci. Kamil nie rozmawiał wtedy jeszcze na forum grupy nawet z osobami, z którymi rozmawiał już w gabinecie.

Etap 9. Dziecko odzywało się w różnych sytuacjach w przedszkolu – ten etap był realizowany jednocześnie z etapem 8: było to osvajanie różnych miejsc w przedszkolu: sala zajęć, szatnia, korytarz, łazienka, kuchnia, zabawy z kolejnymi nauczycielami, dyrektorem i innym personelem.

Etap 10. Dziecko swobodnie komunikuje się w grupie rówieśników – grupa indywidualnych rozmówców była już duża (25 osób), jednak Kamil nadal nie rozmawiał podczas zajęć na forum grupy. Wskazana była generalizacja rozmów chłopca w dużej grupie. Zaczęto od wymiany krótkich informacji w obecności logopedy. W grupie przeprowadzono szereg zajęć, począwszy od niskiego obciążenia komunikacyjnego, przechodząc następnie do średniego i wysokiego. Dzieci mówiły razem, naprzemiennie i indywidualnie. Chłopiec bez problemu uczestniczył werbalnie w tych zajęciach, ale tylko wtedy, gdy była na nich logopeda. Po wyjściu logopedy z sali Kamil znowu milczał. Zastosowano wspólnie z nauczycielem zajęcia grupowe, następnie logopeda wychodziła z zajęć, które kontynuowała nauczycielka (dziecko wiedziało, że logopeda jest w sali obok). Małymi krokami, po wielu próbach udało się przeprowadzić generalizację mowy Kamila na forum grupy. Następnie chłopiec stał się bardziej odważny i zaczął odpowiadać na pytania nauczyciela podczas zajęć grupowych również na innych zajęciach: religii, angielskim. Pytania, rozmowy w grupie były omówione wcześniej z nauczycielami, którzy chętnie angażowali się do pracy z Kamilem, wspierali dziecko w grupie, czuwali nad nim i starali się nie popełniać błędów.

Podsumowanie – efekty działań

Obecnie Kamil czuje się w przedszkolu swobodnie, aktywnie uczestniczy we wszystkich zajęciach, odpowiada werbalnie i zadaje pytania nauczycielom, rozmawia z rówieśnikami, zgłasza potrzeby i chętnie chodzi na terapię logopedyczną.

Wypowiedzi chłopca są już wyraźne i pozwalają na swobodne komunikowanie się z rówieśnikami i dorosłymi. Pod względem artykulacyjnym doskona-

lenia wymaga jeszcze wymowa głoski *r*, natomiast pozostałe wcześniej zaburzone głoski należy jeszcze utrzymywać w mowie spontanicznej. Chłopiec zna wszystkie litery, zaczyna czytać, rozumie czytany tekst, potrafi opowiedzieć przeczytany tekst. Małymi krokami został pokonany lęk przed mówieniem, przed toaletą w przedszkolu. Kamil sam (bez mamy) uczestniczy w wycieczkach, chodzi na świetlicę, robi mamie zakupy. Tak jak inne dzieci, czasem dostaje uwagi za rozrabianie z kolegami. Obecnie jest przygotowywany do zmiany przedszkola na szkołę. Odbił już wycieczkę do szkoły, w której poznał budynek, klasy i personel szkoły.

Opisany przypadek dowodzi, iż odpowiednio prowadzona terapia może sprawić, że nawet dziecko ze sporymi zaburzeniami lękowymi zaczyna normalnie funkcjonować zarówno w grupie rówieśniczej, jak i w relacjach z dorosłymi – w różnych sytuacjach społecznych.

Literatura

- Andersson C.B., Thomsen P.H., 1998, *Selectively mute children: An analysis of 37 Danish cases*, „Nordic Journal of Psychiatry” 52, s. 231–238.
- 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.
- Bystrzanowska M., 2017, *Mutyzm wybiórczy – poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Cohen L.J., 2015, *Nie strach się bać*. Warszawa: Wydaw. Mamanian.
- Cunningham C.E., McHolm A. E., Boyle M.H., 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 & adolescent psychiatry” 15, s. 245–255.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* – kolejna edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ang. *American Psychiatric Association, APA*), która została opublikowana 18 maja 2013 r., [<http://pl.wikipedia.org/wiki/DSM-5> – dostęp: 21.04.2017].
- Garcia A., Freeman J., Francis G., Miller L.M., Leonard H.L., 2004, *Selective Mutism [w:] Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*, red. T. Ollendick, London: Oxford University Press [<http://www.mutyzm.org.pl/> – dostęp 21.04.2017].
- Johnson M., Wintgens A., 2001, *The Selective Mutism Resource Manual*, Oxford: Speechmark.
- Johnson M., Wintgens A., 2016, *The Selective Mutism Resource Manual, second edition*, UK: Speechmark.
- Kopp S., Gillberg C., 1997, *Selective mutism: A population based study (A research note)*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, 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 & Adolescent Psychiatry” 39, s. 249–256.

- Kułałowska Z., 2003, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Lublin: Folium.
- Kumpulainen K., Rasanen E., Raaska H., Somppi V., 1998, *Selective mutism among second-graders in elementary school*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 7(1), s. 24–29.
- Młynarska M., *Niewygaszone odruchy pierwotne w aspekcie potencjalnych możliwości wykorzystania w terapii jękania. Krytyczne etapy rozwojowe*, [http://www.seminarium.tkdami.net/mlynarska2.htm – dostęp: 20.05.2011].
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2005, *AFA-Skala: jak badać mowę dziecka afatycznego*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Puzyński S., Wciórka J., 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków: UWM „Vesalius”.
- Radomska A., Jankowska A., 2000, *W fortocy milczenia*, „Charaktery”, nr 4, s. 20–21.
- Sajewicz-Radke U., 2016, *Skale objawowe zaburzeń lękowych*, Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Schwartz R.H., Freedy A.S., Sheridan M.J., 2006, *Selective mutism: Are primary care physicians missing the silence?*, „Clinical Pediatrics” 45, s. 43–48.
- Skoczek A., 2013, *Milczące dzieci – zaburzone interakcje w mutyzmie*, „Nowa Logopedia” 4: *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, Kraków: Wydaw. Collegium Columbinum, s. 149–165.
- Skoczek A., 2017, *Przyczynę w sprawie etiologii mutyzmu*, „Neurolingwistyka Praktyczna” 3, s. 31–46.
- Steinhausen H.C., Juzi C., 1996, *Elective mutism: An analysis of 100 cases*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 35, s. 606–614.
- Urbaniuk J., 2008, *Dziecko z fobią społeczną [w:] Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Winczura i A. Stawarski, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Speech and language therapy for a child with selective mutation Description and case study

Summary

This article describes a five year old Kamil who was admitted to a psychological and pedagogical counselling centre (hereinafter: ‘ppc’) due to difficulties in verbal and non-verbal communication with his peers and teachers at kindergarten. After an initial diagnosis at ppc, the boy was referred to a psychiatrist for consultation concerning the suspicion that he suffers from selective mutation. Then, having their son diagnosed with selective mutation by the psychiatrist, the parents applied to the psychological and pedagogical counselling office with a request for issuing an Opinion on the need for early support of the child's development (hereinafter: ‘ESoCD’). Kamil was supported with the speech and language therapy starting from the day he came with his parents to ppc – first at the outpatient clinic, then at kindergarten (for 18 months). Now Kamil is still undergoing speech and language therapy at the kindergarten due to a speech defect, but he has no more difficulties with verbal communication with his peers and kindergarten staff.

Key words: selective mutism, speech and language therapy, case study