



LOGOPEDYCZNA PERSPEKTYWA

Anna Skoczek

PRZYCZYNEK W SPRAWIE ETIOLOGII MUTYZMU

W społeczeństwach prymitywnych albo wśród zwierząt, ludzie czy istoty żywe, boją się tego, co może im zaszkodzić i oddalają się od tego tak szybko, jak umieją, nierzadko ratując w ten sposób własne życie
(Ilg, Bates, Baker 1992)

Streszczenie

Zagadkowe milczenie na temat mutyzmu, skłania do poszukiwania przyczyn implikujących postępowanie terapeutyczne. Dotychczasowe ustalenia wskazują na wieloprzyczynowe źródła zaburzenia. Aby pojawił się mutyzm winny zbiegać się dwa negatywne czynniki, a mianowicie biologicznie zdeterminowana podatność na zranienie i uraz psychiczny – traumatyczne przeżycia. Najnowsze koncepcje skłaniają się ku neurorozwojowym uwarunkowaniom mutyzmu, interesująca wydaje się także koncepcja osobowości mutystycznej jako dysocjacyjnej.

Słowa kluczowe: mutyzm, wieloprzyczynowość, czynnik biologiczny, uraz psychiczny, teoria neurorozwojowa, dysocjacja

CONTRIBUTION ON THE ETIOLOGY OF MUTISM

Summary

Mysterious silence, which is mutism, leads to search for causes implying therapeutic procedures. Up-to-date findings show the multiple and intersectional source of disorder. Two negative factors have to coincide to result in mutism; namely biologically determined susceptibility to injury and trauma - traumatic experiences. Recent concepts tend to determine neurodevelopmental cause of mutism. The concept of mutistic personality as dissociative personality appears to be very interesting.

Keywords: mutism, multiple causes, biological factor, traumatic experiences, neurodevelopmental cause, dissociative

Mutyzm swoją nazwę zawdzięcza łacińskiemu przymiotnikowi: *mutus*, *muta*, *mutum* – który tłumaczy się jako *niemy* (stąd też angielski: *mutism*) (Urbaniuk 2008: 456). Mutyzm wybiórczy zaprezentowano w literaturze naukowej po raz pierwszy w 1870 r., a opisu tego dokonał Adolf Kussmaul. Sądzono, że cierpiące na niego osoby nie odzywają się celowo, w sposób zamierzony i obieralny, i dlatego zaburzenie nazwano *aphasia voluntaria* (afazją zamierzoną). Z czasem, w miarę dokonywania kolejnych diagnoz i obserwacji dzieci reagujących nietypowo na sytuacje komunikacyjne, Moritz Tramer wprowadził nowy termin dla określenia zaburzonych zachowań – *elective mutism* (milczenie selektywne, wybiórcze). Dopiero wyniki badań opublikowane w 1934 r. w magazynie „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” wykazały, że odmowa mówienia u osób z tym zaburzeniem nie jest indywidualnym wyborem i nie wynika z uporu, lecz jest przejawem fobii społecznej (za: Herzyk 1992). W literaturze terminem *mutyzm* określa się „brak lub ograniczenie mówienia (ekspresji oralnej) przy zachowaniu rozumienia mowy oraz możliwości porozumiewania się za pomocą pisma” (Reutt 1971). Według Natalii Reutt ma się do czynienia z mutyzmem, gdy „osobnik przy zachowaniu nienaruszalności organów ekspresji – milczy, chociaż poprzednio posługiwał się już mową” (Reutt 1971). Mutyzm może pojawiać się u osób, które mają w pełni sprawny aparat mowy zarówno w części centralnej (ośrodku mózgowym) oraz w obwodowej (sprawnie działający układ oddechowy, fonacyjny, artykulacyjny, sprawny narząd słuchu), jak i w obecności różnych wad i dysfunkcji tych narządów, utrudniających dziecku poprawne mówienie. Ze względu na etiologię, w rodzimej literaturze przedmiotu, wyróżnia się w zasadzie dwa stanowiska. Pierwsze, autorstwa Natalii Reutt (1971), wskazuje, w jakich sytuacjach rozpoznawany może być mutyzm. Brak mowy, zdaniem autorki, może występować:

- w schizofrenii (w jej formie katatonicznej);
- w hysterii;
- jako mutyzm tymogeny (afektywny), czyli występujący po wielkich wstrząsach uczuciowych, różniący się od mutyzmu histerycznego, tym że osobnik nie zdradza żadnych innych objawów hysterii;
- jako mutyzm ideogeny – wpływający z przekonania, że narząd głosowy jest chory i nie jest w stanie wydawać dźwięków;
- w chorobliwej nieśmiałości;
- mutyzm woluntarny – w pewnych sytuacjach krytycznych, przez ostrożność lub z obawy przed kompromitacją;
- jako mutyzm „symulantów” (w kłopotliwych dla osobnika, upokarzających go sytuacjach);

- mutyzm jako oznaka otępienia, wyraz zatrzymania wszelkich procesów myślowych;
- mutyzm dziecięcy – wynikający z różnych przyczyn, mniej lub więcej zbliżonych do przyczyn wywołujących mutyzm człowieka dorosłego.

Lista ta była próbą znalezienia i nazwania wszelkich „odmian” mutyzmu na podstawie obserwacji, w jakich sytuacjach może wystąpić zahamowanie komunikacji werbalnej.

Kilka lat później, w literaturze poświęconej mutyzmowi, podjęto próbę opisu zaburzenia. Dokonała tego Stina Hesselman. Autorka zwróciła uwagę na ważne aspekty, weryfikujące w pewnym zakresie typologię N. Reuttowej. W założeniach S. Hesselman mutyzm wybiórczy powinien być zarezerwowany dla:

- niepsychotycznych dzieci (wyklucza więc mutyzm katatoniczny, towarzyszący schizofrenii);
- dzieci, u których poziom intelektualny leży w granicach normy (nie można diagnozować mutyzmu u dzieci z poważnymi utrudnieniami w komunikacji werbalnej, których przyczyną jest upośledzenie umysłowe);
- dzieci, które odzywają się tylko do wybranych osób.

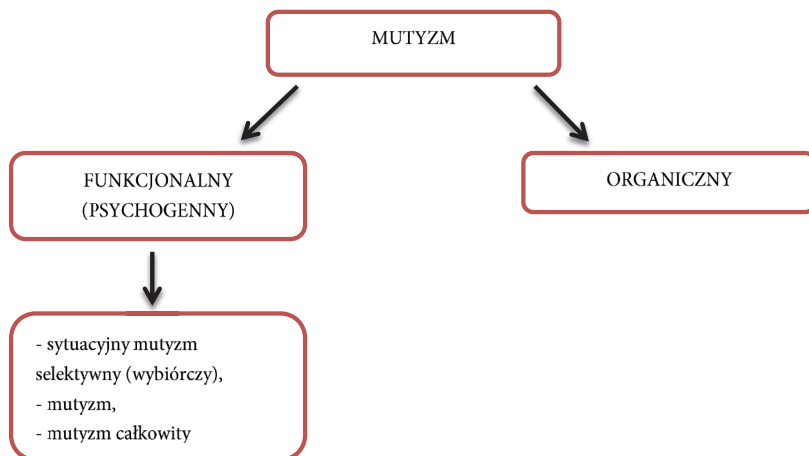
Próbą wyjaśnienia i rozszerzenia, jedynej jak na owe czasy typologii, była propozycja Anny Herzyk (1992). Autorka zdefiniowała mutyzm jako „brak lub ograniczenie mówienia (ekspresji oralnej) przy zachowaniu rozumienia mowy oraz możliwości porozumiewania się pisemnego”. Nawiązując do znanej typologii, wprowadziła novum, stwierdzając, iż mutyzm „[...] może występować bez stwierdzalnych zaburzeń w budowie i funkcji narządów mowy oraz w obecności tych zaburzeń” (Herzyk 1992: 29). Ze względu na etiologię A. Herzyk podzieliła mutyzm na funkcjonalny (psychogeny) i organiczny (Herzyk 1992: 29).

Ten najbardziej znany i najczęściej cytowany w polskiej literaturze podział mutyzmu prezentuje schemat 1. Ukazuje on, iż A. Herzyk ze względu na etiologię wyodrębniła dwa rodzaje mutyzmu. Mutyzm funkcjonalny o charakterze psychogenym oraz mutyzm organiczny. Podział ten nie jest rozłączny, podkreślała autorka, bo obraz mutyzmu jest często związany zarówno z czynnikami psychogenymi, jak i organicznymi.

Mutyzm organiczny może występować w postaci częściowego zredukowania ekspresji oralnej (mowy) lub nawet jej braku. Najczęściej jest spowodowany organicznymi uszkodzeniami peryferycznych organów mowy lub uszkodzeniami mózgu – czytamy w broszurze z 1992 r. Uszkodzenia lub dysfunkcje w obrębie organów/narządów mowy to przede wszystkim nieprawidłowości w budowie krtani czy jamy ustnej (np. podniebienia, języka, warg, szczęk, pierścienia zwierającego gardło). Dzieci z takimi problemami powinny poddać się

leczeniu laryngologicznemu, inaczej pomoc logopedyczna w usuwaniu wad artykulacyjnych może nie przynieść pożądaných efektów (Herzyk 1992: 31).

Schemat 1. Podział mutyzmu według Anny Herzyk



Źródło: Herzyk 1992: 29–30.

W mutyzmie, spowodowanym uszkodzeniami mózgu, w którym występuje ograniczenie bądź braki ekspresji oralnej, mogą współwystępować również objawy innych uszkodzeń centralnego układu nerwowego. Najczęściej wymieniane to:

- apraksja oralna;
- akineza;
- hiperkineza;
- afazja ruchowa.

Mutyzm funkcjonalny możemy stwierdzić w przypadku, gdy spełnione zostaną poniższe warunki: „a) wykluczona lub mało prawdopodobna dysfunkcja mózgowia; b) brak zaburzeń w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy; c) obecność zewnętrznych czynników patogennych o różnym charakterze [...]” (Herzyk 1992: 30).

Mutyzm funkcjonalny ma swoje źródło w patogennych czynnikach egzogennych, czyli zewnętrznych. Wśród hipotetycznych przyczyn prowadzących do zniesienia komunikacji werbalnej u dziecka, które potencjalnie posiada możliwości mówienia, A. Herzyk wymienia następujące:

- silne przeżycia lękowe;
- długotrwałe sytuacje stresowe;
- długotrwałe, bolesne przeżycia np. alkoholizm rodzica, konflikty domowe;

- sytuacje patogenne;
- utrata bliskiej osoby;
- upokorzenia, uderzenie w godność dziecka;
- nadmiar zakazów;
- drastyczne poniżanie przez rodziców;
- etykietowanie;
- zamykanie – izolowanie (np. w pokoju);
- deprivacja potrzeb psychicznych;
- nieprawidłowa struktura rodziny;
- uczucie odrzucenia przez rodziców (Herzyk 1992: 30).

Charakterystyczną cechą **mutyzmu funkcjonalnego** jest to, że powstaje on, gdy dziecko doświadcza oddziaływania zewnętrznych czynników powodujących patologię. Czynniki te mogą mieć różnorodny charakter – od błędów wychowawczych, poprzez niewłaściwą organizację środowiska rodzinnego, derywację środowiskową, aż po ekspozycję na długotrwałe lub bardzo silne oddziaływanie stresorów i doświadczenie głębokiego szoku. W przypadku tego rodzaju mutyzmu u dzieci nie stwierdza się żadnych organicznych (tak centralnych, jak i obwodowych) uszkodzeń narządów mownych. Chociaż zdawać by się mogło, że nic nie stoi na przeszkodzie, by swobodnie komunikowały się one z otoczeniem za pomocą słów – nie mówią w ogóle lub rozmawiają tylko z wybranymi osobami, w określonych sytuacjach (Herzyk 1992: 30). W zależności od tego, jaki jest stopień mutyzmu, jego „zasięg”, wyróżnia się najczęściej jego postać wybiórczą (selektywną i selektywno-sytuacyjną) oraz całkowitą.

Mutyzm całkowity polega na tym, że dziecko nie mówi w ogóle, nie używa mowy w żadnej sytuacji. Czasami wypowiedź mogą zastępować jakieś komunikaty niewerbalne, np. krzyk, bezgłosny szepc. Nie obserwuje się uszkodzeń narządów mowy, a starsze dzieci potrafią się komunikować pisemnie. Podłoże takiego mutyzmu tkwi w psychice dziecka, może to być reakcja na trudne sytuacje. Czasami można dostrzec również takie objawy, jak: dysfagia (trudności w przelknięciu pokarmów), brak łąknienia czy amimia (maskowata twarz); bardzo rzadko może też wystąpić afonia (bezgłos). Mutyzm całkowity określa się również mianem *mutyzmu histerycznego*. Może się zdarzyć, że zaburzenie będzie towarzyszyło psychozom dziecięcym, nasilając się przy ostrych stanach chorobowych, a zmniejszając w okresach remisji (Herzyk 1992: 30).

Natomiast „mutyzm wybiórczy jest to odmowa mówienia w wybranych sytuacjach społecznych, wynikająca z zaburzeń emocjonalnych, mimo zachowanej zdolności do mówienia i sprawnego aparatu artykulacyjnego” (Jóźwiak, Michałowicz 2001: 419). Występowanie mutyzmu wybiórczego wyklucza więc

nieprawidłowe ukształtowanie narządów mowy i dysfunkcję mózgu. Dziecko rozumie język, może stosować komunikację niewerbalną albo udzielać odpowiedzi pisemnych. Najczęściej zaburzenie to pojawia się w wieku przedszkolnym i wczesnym szkolnym (Jóźwiak, Michałowicz 2001: 419).

Bliski zaprezentowanym typologiom jest podział SM, funkcjonujący w literaturze i praktyce diagnostyczno-terapeutycznej krajów zachodnich (McHolm, Cunningham, Vanier 2005: 9–12). Jest to podział w odniesieniu do:

- **miejsca** (badania pokazują, że dzieci dotknięte mutyzmem selektywnym najchętniej mówią w domu, największe trudności z komunikacją werbalną mają natomiast w przedszkolu lub szkole);
- **osób** (dzieci dotknięte mutyzmem najchętniej i bez większych trudności mówią do członków rodziny; częściej mówią do innych dzieci niż do dorosłych, natomiast zdecydowanie odmawiają mówienia do: sąsiadów, krewnych, nieznajomych, dziadków, opiekunki do dzieci, lekarza, dentysty. Z zebranych drogą obserwacji i wywiadów informacji wynika, że nauczyciel (przedszkola czy szkoły) jest osobą, do której w większości przypadków SM dziecko odezwie się jako do ostatniej osoby – prawdopodobnie budzi on u dziecka największy lęk);
- **czynności** (w tym aspekcie badacze zastrzegają, że nie dysponują jeszcze dostatecznie potwierdzonymi danymi z badań klinicznych, ale z obserwacji wynika, że dzieci z SM częściej mówią podczas czynności, w trakcie których już kiedyś mówiły. Stąd wskazanie terapeutyczne: trzeba zachęcać, motywować dziecko z mutyzmem do wykonywania tych właśnie czynności. Jeżeli zależy nam na efektywnej terapii, to takie czynności, jak gry video, oglądanie programów telewizyjnych czy ciche czytanie nie są najlepszym wyborem. Należy wybierać i proponować dziecku te, które już wykonywało, działaniu towarzyszyła mowa, lubi je i nadal wymagają mówienia.

W literaturze przedmiotu (Cunningham, McHolm, Boyle 2006) można znaleźć również podział mutyzmu wybiórczego na następujące podtypy:

- **postać specyficzna**: pierwotnie nieme (dziecko – przypis autorki) w szkole;
- **postać uogólniona**: dziecko nieme w różnorodnych kontekstach; milczenie skorelowane z innymi lękami – lęk separacyjny, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD), symptomy depresji oraz podwyższonego lęku.

Wymienione, potencjalne przyczyny i zarazem rodzaje mutyzmu, przez długi czas prowadziły do nieporozumień na gruncie diagnostycznym. Te z kolei implikowały trudności w planowaniu terapii, rodziły pytania o nadrzędność

zaburzeń i adekwatność podejmowanych oddziaływań. Z pomocą przyszły dopiero ustalenia Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń i Chorób Psychiczych (DSM IV – 1994), późniejszej ICD-10 (2000) i DSM-IV-TR (2000), oraz niewprowadzający zmian w tym obszarze zaburzeń, najnowszy DSM-V.

Mutyzm wybiórczy (selektywny) – w ujęciu ICD-10, to zaburzenie najczęściej rozwijające się we wczesnym dzieciństwie, polegające na tym, że dziecko nie odzywa się w pewnych sytuacjach (choć ma niezaburzone rozumienie mowy), a rozmawia swobodnie w określonych okolicznościach. Najczęstszym wzorcem jest pełna komunikacja werbalna z rodzicami i rodzeństwem z jej całkowitym brakiem wobec nauczycieli i rówieśników w szkole (Namysłowska 2011).

W klasyfikacji ICD-10, mutyzm wybiórczy (F94.0) jest jedną z trzech podstawowych kategorii w grupie zaburzeń funkcjonowania społecznego rozpoczynających się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym. Co ciekawe, nie jest on zaliczany do zaburzeń mowy i języka, ale znajduje się w grupie (F90–F98) określanej jako zaburzenia zachowania i emocji, a dokładnie: zaburzenia funkcjonowania społecznego i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Mutyzm pojawia się bowiem najczęściej między 3. a 5. rokiem życia. Z licznych doniesień zamieszczonych w literaturze naukowej wynika, że może on dotyczyć zarówno okresu dziecięcego, jak i młodzieńczego. Wiek, w którym obserwuje się klasyczne objawy tego zaburzenia, oscyluje między 5. a 17. rokiem życia (co nie oznacza bynajmniej, iż nie może on dotknąć także osób dorosłych).

Badawcze kryteria diagnostyczne ICD-10 zakładają, że o mutyzmie mówimy, wówczas gdy spełnione są następujące kryteria:

1. Ekspresja i rozumienie języka oceniane wg standaryzowanych testów mieszczą się w granicach dwóch odchyłeń standardowych, stosownie do wieku dziecka.
2. Możliwa do potwierdzenia niemożność mówienia w specyficznych sytuacjach, w których mówienie jest od dziecka oczekiwane (np. w szkole), pomimo mówienia w innych sytuacjach.
3. Czas trwania wybiórczego mutyzmu przekracza 4 tygodnie.
4. Nie występują żadne z całościowych zaburzeń rozwojowych.
5. Zaburzenia nie wyjaśnia brak znajomości języka mówionego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia.

Autorzy klasyfikacji dodają, iż do często opisywanych zaburzeń towarzyszących należą zaburzenia lękowe, depresja, moczenie mimowolne, zanieczyszczanie się kałem, zaburzenia jedzenia, tiki, nadpobudliwość psychoruchowa (Namysłowska 2011: 143).

Natomiast w *Diagnostycznej i Statystycznej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych* (DSM-IV) wyróżnia się mutyzm wybiórczy, jako zaburzenie komunikacji (za: Jastrzębowska 1999: 354).

Zarówno w klasyfikacji DSM-IV, jak i kolejnych: DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 2000) oraz DSM-V (DSM-V 2014), uwzględnione są następujące kryteria diagnostyczne dla mutyzmu:

1. Brak mówienia w określonych sytuacjach (w których mówienie jest oczekiwane), pomimo mówienia w innych.
2. Zaburzenie utrudnia osiągnięcie sukcesów edukacyjnych lub zawodowych oraz komunikację społeczną.
3. Czas trwania zaburzenia wynosi co najmniej miesiąc (nie ogranicza się do pierwszego miesiąca w szkole).
4. Brak mówienia nie wynika z braku znajomości języka lub dyskomfortu związanego z posługiwaniem się danym językiem.

Zaburzenia nie można wyjaśnić poprzez zaburzenia komunikacji (np. jąkanie), całościowe zaburzenia rozwoju (autyzm), zaburzenia psychiatryczne.

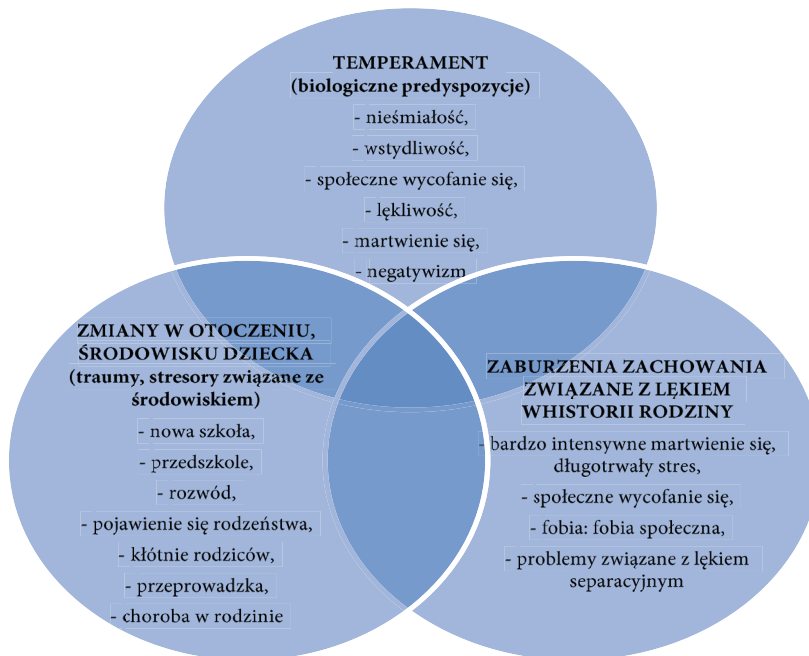
Zazwyczaj można spotkać się z opinią, że mutyzm wybiórczy występuje bardzo rzadko. Pogląd ten spowodowany jest niską świadomością społeczną na temat tego zaburzenia oraz trudnościami z diagnozą dzieci nim dotkniętych (mylenie mutyzmu z nieśmiałością, używanie różnych metod badawczych). Julita Urbaniuk wspomina, że symptomy mutyzmu można zauważyć u około 0,02–0,1% dzieci i młodzieży (Urbaniuk 2008: 454). Nowsze badania wykazują, że mutyzm wybiórczy występuje u 7,1 na 1 tys. dzieci, czyli 1 dziecko z mutyzmem na 140 (około siedmioro dzieci na tysiąc dotkniętych jest mutyzmem), co oznacza, iż to zaburzenie diagnozowane jest w populacji dwa razy częściej niż autyzm. Z powodu rozbieżności w wynikach badań najbardziej jest przyjąć, że mutyzm dotyka około 1% dzieci.

Mutyzm wybiórczy to zespół heterogenny, a to oznacza, że na zaburzenie składa się kilka czynników, które, występując razem, dają takie objawy. Takimi czynnikami mogą być: biologiczne predyspozycje (nieśmiałość, wstydlivość, negatywizm), zaburzenia związane z lękiem w historii rodziny (bardzo intensywne martwienie się, fobia społeczna, problemy związane z lękiem separacyjnym) i stresory związane ze środowiskiem dziecka (nowa szkoła, przedszkole, pojawienie się rodzeństwa, przeprowadzka). Dla jednego dziecka jakies wydarzenie może być traumą, a dla drugiego będzie tylko trudnym doświadczeniem. Wiele tu zależy od osobowości i temperamentu (Urbaniuk 2008: 457). Na chwilę obecną, przy braku jednoznacznych wyników badań potwierdzających stawiane hipotezy dotyczące przyczyn milczenia, przyjmuje się,

że mutyzm ma swoje źródło w chorobliwym strachu przed społeczeństwem i nadmiernym zamknięciu się, co może być wynikiem genetycznie uwarunkowanej podatności dziecka na zranienie. Ten biologiczny czynnik jest związany z cechą temperamentalną, zwaną neurotycznością, wrażliwością emocjonalną lub unikaniem urazów. Osobę podatną na zranienie charakteryzuje:

- lękliwość;
- poczucie zagrożenia;
- ciągłe zatroskanie i napięcie;
- nerwowość;
- negatywizm;
- nadmierna drażliwość (Radomska, Jankowska 2000: 20).

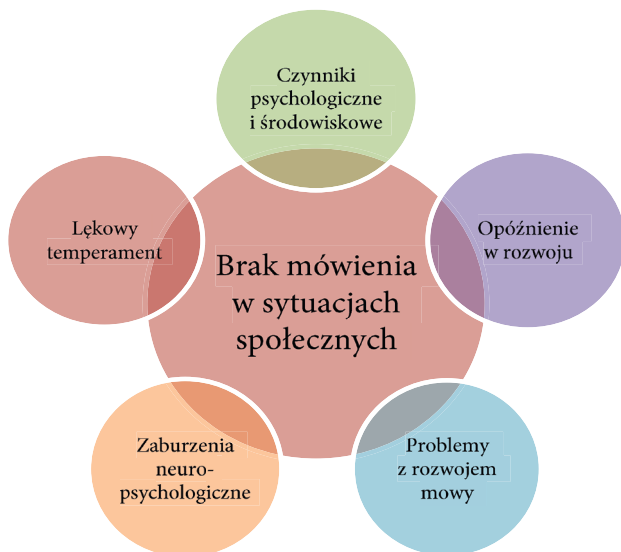
Schemat 2. Czynniki wpływające na pojawienie się mutyzmu



Źródło: Urbaniuk 2008: 457

Za najtrafniejsze uznaje się hipotezy podnoszone przez zwolenników wieloprzyczynowych źródeł zaburzenia.

Schemat 3. Czynniki wpływające na pojawienie się mutyzmu



Źródło: Kołakowski, Dąbrowska 2014

Autorzy powyższych wykresów, wskazujących na przyczynę mutyzmu, twierdzą, że pojawia się on wtedy, gdy zbiegają się dwa negatywne czynniki, a mianowicie: biologicznie zdeterminowana podatność na zranienie i uraz psychiczny – traumatyczne przeżycia w dzieciństwie. Mogą być one związane zarówno z małymi, jak i z wielkimi zmianami w otoczeniu dziecka, takimi jak: pobyt w szpitalu, przeprowadzka, początek szkoły, narodziny młodszego rodzeństwa, branie udziału lub bycie świadkiem katastrofy lub klęski żywiołowej (powódź, pożar, wypadek drogowy), śmierć kogoś z bliskiej rodziny, szok po pogryzieniu przez psa (Radomska, Jankowska 2000: 21). Te wymienione przykładowe traumatyczne przeżycia mogą być silnym urazem psychicznym i najczęstszym powodem tego, że dziecko normalnie mówiące przestaje nagle mówić w obecności ludzi (zwłaszcza obcych). Mówi się także (a wspomina o tym choćby E.S. Dummit, 2011), że mutyzm może pojawić się w konsekwencji obserwowania przez dziecko zachowań seksualnych albo samego wykorzystywania seksualnego lub przemocy fizycznej wobec niego. Trzeba jednak pamiętać, że nie jest to żadna reguła. W przypadku większości dzieci, u których zdiagnozowano mutyzm, nie doszło ani do seksualnego, ani do fizycznego nadużycia wobec nich (Urbaniuk 2008: 456–458). Mutyzm jako następstwo przemocy to około 10% wszystkich przypadków (Florek-Moskal 2006: 88).

Za psychiczną przyczynę mutyzmu uznaje się nierzadko niezaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka, które zazwyczaj ma związek z relacjami między matką a dzieckiem. Może się zdarzyć, że matka dziecka (sama niedojrzała emocjonalnie) nie potrafi poprawnie odczytać komunikatów płynących od niego i tym samym zaspokoić jego potrzeb. W takiej sytuacji powstaje niespójność w oczekiwaniach dziecka i zachowaniu matki, powodująca utrzymywanie się napięcia emocjonalnego, które czasem przeradza się w lęk przed brakiem wpływu na otaczającą rzeczywistość, brakiem należytego zainteresowania i opieki ze strony otoczenia. Utrata zaufania do świata i ludzi może wywołać pojawienie się mutyzmu wybiórczego „jako wyrazu emocjonalnego bólu, bezradności, zagubienia” (Urbaniuk 2008: 456–458). Takiej sprzeczności doświadczają też dzieci matek depresyjnych. Matki znajdujące się w takim stanie okazują mniejsze skłonności do dostarczania pozytywnych stymulacji i mają trudności w zrozumieniu swojego dziecka. Dzieci poddane takim czynnikom częściej płaczą i są niezadowolone (Radomska, Jankowska 2000: 21). Wspomina się także o mutyzmie spowodowanym patologicznymi relacjami w rodzinie dziecka, np. odrzuceniem czy postawie matek określanej jako nadopiekuńcza (matka blokuje ekspresję dziecka) (Urbaniuk 2008: 457). W badaniach nad etiologią mutyzmu wybiórczego zaznacza się wyraźna tendencja do analizowania przyczyn wystąpienia objawów mutyzmu w kontekście czynników temperamentalnych oraz biologicznych (które mogą być dziedziczne) i odchodzenia od postrzegania traumy oraz specyfiki relacji wewnątrzrodzinnych, jako przyczyn werbalnego wycofania się dziecka (Urbaniuk 2008: 458).

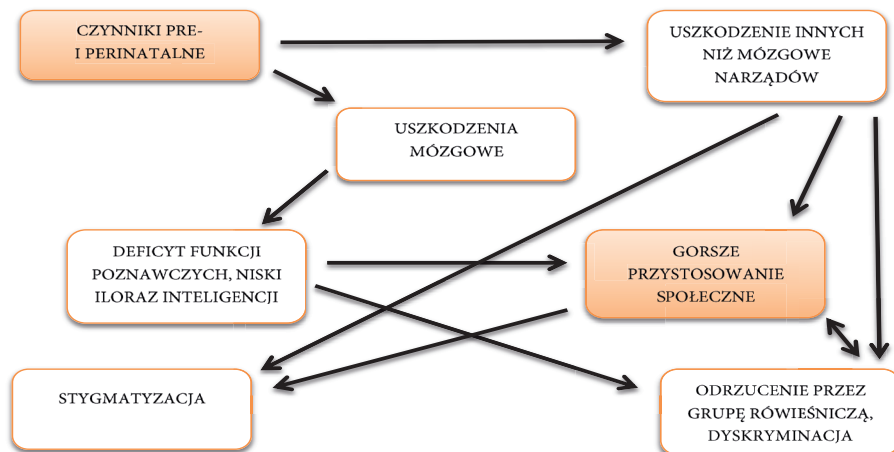
Nowe światło na przyczynę uporczywego milczenia rzucają badania psychiatrów i neurologów. Tadeusz Pietras w swoich wystąpieniach i opracowaniach akcentuje neurorozwojowe uwarunkowania mutyzmu.

W kategorii „gorsze przystosowanie społeczne”, autor umieszcza także trudności z komunikacją interpersonalną, przybierające niekiedy postać zachowań mutystycznych. Dziecko z trudem komunikujące się z rówieśnikami/otoczeniem, zostaje wkrótce odrzucone przez grupę rówieśniczą, dyskryminowane. Zakłęte koło milczenia, o którym wspominała przed laty N. Reuttowa, wydaje się być trudnym do rozwiązania problemem, bowiem trudności implikują się i potęgują wzajemnie.

Precyzując pojęcie „uszkodzenie mózgowia”, T. Pietras wskazuje na różny stopień nasilenia uszkodzenia i wymienia zaburzenia z nim związane. Zgodnie z założeniami i wynikami badań autora (nota bene specjalizującego się głównie w zagadnieniach dotyczących autyzmu), mutyzm jest efektem znacznych uszkodzeń mózgowia w okresie pre- lub perinatalnym. Czy takie uszkodzenie

jest swojego rodzaju „wyrokiem” dla dziecka? Na to pytanie odpowiedzią jest koncepcja neurorozwojowa.

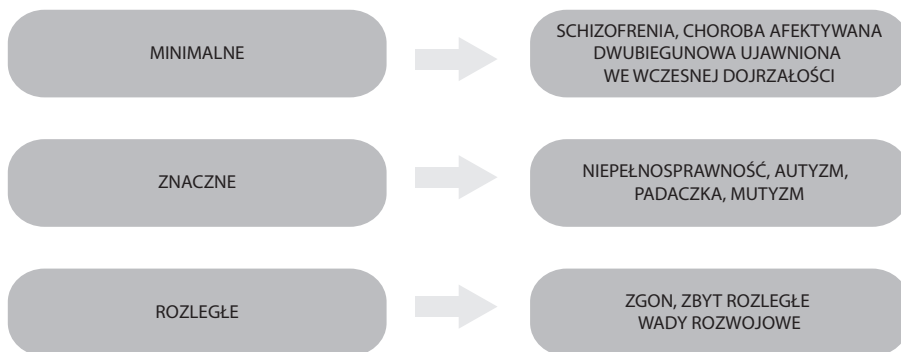
Schemat 4. Neurorozwojowe uwarunkowania mutyzmu



Źródło: prof. dr hab. T. Pietras, z wystąpienia na II Łódzkim Seminarium Logopedycznym, Łódź, 5 listopada 2016 r.

Schemat 5. Neurorozwojowe aspekty mutyzmu

USZKODZENIE ROZWOJU MÓZGOWIA



Źródło: prof. dr hab. T. Pietras, z wystąpienia na II Łódzkim Seminarium Logopedycznym, Łódź, 5 listopada 2016 r.

Podstawą głoszonej koncepcji jest założenie, że rozwój i budowa mózgu nie są zdeterminowane genetycznie. Funkcjonowanie każdego z nas jest

iloczynem czynników genetycznych oraz doświadczenia osobniczego. Geny odpowiedzialne są za tzw. bazową sieć połączeń nerwowych; to ich „sprawstwo” decyduje o tworzeniu się komórek nerwowych oraz ogólnych połączeń między różnymi rejonami mózgu. Wybrane są zaprogramowane dla specyficznych ludzkich funkcji, jak np. oddychanie czy bicie serca. Czynniki działające w okresie pre- i perinatalnym na nieukształtowany jeszcze mózg, mogą doprowadzić do szeregu nieprawidłowości w jego późniejszym funkcjonowaniu. Rozległość uszkodzenia koreluje ze stopniem niepełnosprawności czy zaburzenia. Masywne prowadzą do zgonu. Konsekwencją znacznych uszkodzeń może być między innymi mutyzm. Funkcjonowanie dziecka nie jest jednak do końca przesądzone. Z chwilą przyjścia na świat, jego mózg jest absolutnie nieskończony i dlatego bardzo ważną rolę w jego późniejszym funkcjonowaniu odgrywają doświadczenia. To właśnie doświadczenia zmysłowe tworzą neuronalną sieć połączeń. Ale tworzą ją tylko wtedy, jeśli synapsy są używane wielokrotnie w codziennym życiu. Stymulacja poprzez użycie prowadzi do wzmocnienia, utrwalenia połączeń, brak użycia powoduje zanikanie połączeń. Dlatego doświadczenie odgrywa tak ogromną rolę w „pisaniu” mózgu dziecka. To, czego dziecko doświadczy i nauczy się zarazem we wczesnym dzieciństwie (do trzeciego roku życia), będzie stanowiło kapitał do rozwoju i nauki w przyszłym życiu. Jakich zatem doświadczeń potrzebuje mózg małego dziecka, by móc stworzyć pożądaną sieć połączeń, by tworzyć podwaliny dla dobrego funkcjonowania w przyszłości? Poza kwestiami podstawowymi, takimi jak: zapewnienie zdrowia, bezpieczeństwa, właściwego odżywiania, zbudowanie ciepłej, serdecznej relacji z dzieckiem, akceptacja dziecka jakim jest, bardzo istotną rolę odgrywają pozytywne doświadczenia oraz czas poświęcany dziecku, polegający na wartościowym mówieniu, czytaniu i śpiewaniu mu. Jak twierdzi T. Pietras „poświęcając czas dziecku, oferując mu wartościowe doświadczenie otaczającej je rzeczywistości, budujemy bazę, która zaowocuje w przyszłości”.

W myśl zaprezentowanej koncepcji nawoływanie do jak najwcześniejszego podjęcia działań diagnostycznych i terapeutycznych ma głębokie uzasadnienie. Podobnie jak przekonanie o tym, że tylko wczesne, konsekwentne uspołecznianie i desensytyzacja dzieci z mutyzmem przynosi pożądane efekty.

I jeszcze jedna, nowatorska koncepcja odnosząca się do przyczyn mutyzmu. To koncepcja stworzona przez psychiatrów, a ujmująca osobowość typową dla mutyzmu jako dysocjacyjną (Sykulska 2016). *Dissociatio* oznacza w języku łacińskim rozdzielenie; dysocjacją nazywamy rozdzielenie tego, co przeżywa psychika od tego, co się dzieje z ciałem. Pod wpływem traumatycz-

nych przeżyć mogą pojawić się takie symptomy jak: trans, utrata wzroku czy mowy. Świadczą one zawsze o tym, że ciało i umysł są ze sobą niezwykle silnie związane. Wszystkie rodzaje zaburzeń dysocjacyjnych wydają się być ucieczką – od tego, co trudne, przerażające, niemożliwe do zaakceptowania, wspomnienia, przeżycia. Zaburzenia dysocjacyjne udowadniają, jak bardzo reakcje ludzkiego organizmu są zależne od emocji, od subiektywnych interpretacji doświadczanych zdarzeń. Wspomniane zachowania dysocjacyjne (jak choćby utrata mowy – mutyzm), stanowią de facto mechanizmy obronne organizmu, czyli strategie obronne umysłu, mające za zadanie chronić przed trudnymi, nieakceptowanymi przez nas doświadczeniami. Wspomniane mechanizmy obronne działają zupełnie nieświadomie, bez udziału naszej woli, bez kontroli na jakimkolwiek poziomie funkcjonowania organizmu. Nie zdajemy sobie sprawy, kiedy je stosujemy.

Jednym z rodzajów dysocjacji jest fuga dysocjacyjna. Pojawia się po ciężkiej traumie, stanowiąc objaw rozszerzenia. Oznacza to, że człowiek „pozostawia” za sobą przeszłość i nie pamięta jej; to sposób obrony psychiki przed złą przeszłością, po to, by już więcej nie cierpieć. W omawianym przypadku mechanizm obronny tworzy patologiczny obraz amnezji. Całkowity brak pamięci wstecznej z towarzyszącymi mu innymi objawami – np. całkowitym lub niemal całkowitym brakiem wypowiedzi słownych (mutyzm) i spontanicznych ruchów dowolnych, pojawia się także w osłupieniu dysocjacyjnym. Wspomnianym zaburzeniom dysocjacyjnym towarzyszą zaburzenia fizjologiczne. Mamy tu do czynienia z niezwyklejmi wahaniami temperatury ciała, częstymi bólami głowy i brzucha, zaburzeniami oddychania, rytmu serca, zaburzeniami gospodarki wodnej, elektrolitycznej, cukrowej. Mogą pojawić się także zmiany dermatologiczne, okresowy brak tolerancji niektórych pokarmów i zaburzenia jedzenia, alergie, zakłócenia mechanizmów immunologicznych, zakłócenia snu. Powstaje wtedy obraz odczytywany jako typowe objawy niektórych chorób, które niestety nie poddają się standardowym metodom leczenia lub ustępują samoistnie, bez zastosowania tegoż. Najczęściej nikomu nie przychodzi na myśl, że źródłem zaburzeń mogą być pozornie drobne problemy codzienne czy wydarzenie sprzed wielu miesięcy czy nawet lat i to takie, które w potocznym rozumieniu nie ma nic wspólnego tak z traumą, jak i z somatycznymi reakcjami dającymi efekt „choroby”.

W zaprezentowany opis kapitalnie wpisują się niektóre przypadki mutyzmu, opisywane w literaturze logopedycznej (Skoczek 2016). Przykładem niech będzie Calli, bohaterka książki *Ciężar milczenia* (Gudenkauf 2010).

Calli, zupełnie zdrowa i radosna dziewczynka, w wieku czterech lat przesta-

ła pytać o otaczający świat, nie odpowiadała na pytania i nie komentowała... przestała mówić. Żyła w atmosferze nieustannego napięcia i lęku, była świadkiem dramatycznych losów matki u boku agresywnego męża. Po traumatycznym epizodzie furii ojca, której była nie tylko świadkiem, ale i ofiarą, ucichły nawet płacz i krzyki. Kilka zdań, które rozsierdzony ojciec wyszeptał do jej ucha odcisnęły piętno na jej psychice i na długi czas pograżyły w otchłani ciszy. „*Siadaj! I cisza! Ma być cisza! (...) Wynoś się, a przede wszystkim zamknij się!*” – gorzkie słowa ojca zamieniły się w samospełniającą się przepowiednię. Od tamtej pory żadna siła nie mogła zmusić dziewczynki, by wypowiedziała choć słowo. Na widok zbliżającego się ojca Calli dostawała ataku nerwowej czkawki i tylko ten dźwięk można było usłyszeć z ust przerażonego dziecka. Ukryła w ciszy rodzinne dramaty...

Podsumowując, można stwierdzić, że przyczyn mutyzmu należy przede wszystkim szukać w samej osobie dziecka, w jego psychice, podatnej na różnego rodzaju bodźce płynące ze środowiska. To samo wydarzenie dla jednego dziecka może być traumatycznym przeżyciem, którego konsekwencją będą symptomy mutyzmu, podczas gdy dla drugiego okaże się to „tylko” trudnym doświadczeniem, z którym prędzej czy później sobie poradzi (Urbaniuk 2008: 457). Główną rolę odgrywa tu komponenta osobowościowa i temperamentalna. Przykład niewygaszonego odruchu Moro może sugerować, że nie muszą też wystąpić żadne obiektywne przyczyny, by dziecko i tak przeżywało ciągłe napięcie i czuło się zagrożone. Nie można jednak zlekceważyć roli środowiska, które – co prawda – nawet jeśli nie jest bezpośrednią przyczyną wystąpienia mutyzmu u dzieci, ma ogromny wpływ na ekspresję symptomów, na pogłębienie i utrwalenie mutyzmu (Skoczek 2016: 73).

W świetle zaprezentowanych, hipotetycznych teorii odnoszących się do etiologii mutyzmu, należy pamiętać o konieczności przeprowadzania diagnozy różnicującej oraz o nieustannym prowadzeniem badań nad weryfikacją poszczególnych hipotez.

Bibliografia

- Cunningham E., McHolm A.E., Boyle M.H. 2006, *European Journal of Adolescent Psychiatry*, 10, s. 1–12.
- Florek-Moskal M. 2006, *Epidemia milczenia*, „Wprost”, 25.
- Cummings J.L., Mega M.S. 2003, *Neuropsychiatry*, Oxford.
- Dummit E.S. 2011, *Common myths*, online: <http://www.selectivemutismfoundation.org/myths.shtml> (dostęp: 20.01.2011).
- Gudenkauf H. 2010, *Ciążar milczenia*, Warszawa.

- Herzyk A. 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin.
- ICD-10, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, Rewizja X, 1996, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Kraków.
- Ilg F.L., Ames L.B., Baker S.M. 1992, *Rozwój psychiczny dziecka*, Gdańsk.
- Janik I. 2012, *Mutyzm dziecięcy*, [w:] *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, red. A. Skibska, D. Larysz, Bielsko-Biała.
- Jastrzębowska G. 1999, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w świetle kategoryzacji międzynarodowych (ICD-10 i DSM-IV)*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole.
- Jóźwiak S., Michałowicz R. (red.) 2001, *Neurologia dziecięca w praktyce*, Lublin.
- Kołąkowski A., Dąbrowska I. 2014, *Boję się mówić! Mutyzm, fobia społeczna – diagnoza i terapia*, Kraków.
- Kryteria Diagnostyczne z DSM-V*. 2015, Wrocław.
- McHolm A.E., Cunningham Ch.E., Vanier M.K. 2005, *Helping your child with Selective Mutism. Practical steps to overcome a fear of speaking*, New Harbinger Publications, Inc.
- Namysłowska I. (red.) 2011, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa.
- Pużyński S., Wciórka J. (red.) 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków.
- Pietras T. 2016, *Neurorozwojowe uwarunkowania mutyzmu*, wystąpienie na II Łódzkim Seminarium Logopedycznym, Łódź.
- Radomska A., Jankowska A. 2000, *W forticy milczenia*, „Charaktery”, 4.
- Reutt N. 1971, *Z zagadnień dziecięcego mutyzmu*, „Logopedia – Zagadnienia Kultury Żywego Słowa”, 10.
- Skoczek A. 2016, *Mutyzm – zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków.
- Sykulska K. 2016, *Mutyzm a zaburzenia dysocjacyjne*, wystąpienie na II Łódzkim Seminarium Logopedycznym, Łódź.
- Urbaniuk J. 2008, *Dziecko z fobią społeczną*, [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Winczura, A. Stawarski, Kraków.
- Urbaniuk J. 2008, *Dziecko z mutyzmem wybiórczym*, [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Winczura, A. Stawarski, Kraków.
- Walczykowska K. 2006, *Mutyzm wybiórczy w praktyce pedagogicznej*, „Edukacja i Dialog”, 3.
- Wciórka J. (red) 2008, *Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR* Wrocław.
- Anna Skoczek
Akademia Ignatianum w Krakowie