



Anna Skoczek

## CZY MUTYZM TO RZECZYWIŚCIE LOGONEUROZA?

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 Ames, Baker 1992)

### Streszczenie

Zagadkowe milczenie, jakim jest mutyzm, 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

## Wprowadzenie

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 roku, a opisu tego dokonał Adolf Kussmaul. Sądzono wtedy, że cierpiące na niego osoby nie odzywają się celowo, w sposób zamierzony i obieralny, dlatego zaburzenie nazwano *aphasia voluntaria* (afazją zamierzoną). W miarę stawiania 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 roku 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 stronę współczesnych ustaleń

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: 36). 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: 36). Mutyzm może pojawiać się u osób, które mają w pełni sprawny aparat mowy zarówno w części centralnej (ośrodki mózgowe) oraz obwodowej (sprawnie działający układ oddechowy, fonacyjny, artykulacyjny, sprawny narząd słuchu), jak i w obecności różnych wad i dysfunkcji tych narządów, utrudniających dziecku poprawne mówienie. Istotą mutyzmu jest długotrwałe milczenie osoby, która potrafi mówić. Jest to więc zaburzenie motywacji i gotowości komunikowania się, a nie języka. W przypadku dzieci najistotniejsze jest odróżnienie mutyzmu wybiórczego od nieśmiałości oraz od fobii przedszkolnej i szkolnej (por. Tarkowski 2015: 157). „Mutyzm, to psychogenne zablokowanie funkcji systemu językowego całkowite lub częściowe, trwałe lub okresowe – na bazie dyspozycji układu nerwowego” (Mierzejewska, Emiluta-Rozya 1997: 37).

Ze względu na etiologię w rodzimej literaturze przedmiotu wyróżnia się w zasadzie dwa stanowiska; pierwsze, autorstwa Natalii Reutt (1971), wskazu-

je, w jakich sytuacjach rozpoznawany może być mutyzm. Brak mowy, zdaniem autorki, może występować:

- w schizofrenii (w jej formie katatonicznej);
- w histerii;
- jako mutyzm tymogenny (afektywny), czyli występujący po wielkich wstrząsach uczuciowych, różniący się od mutyzmu histerycznego tym, że osobnik nie zdradza żadnych innych objawów histerii;
- jako mutyzm ideogenny – wypływający z przekonania, że narząd głosowy jest chory i nie jest w stanie wydawać dźwięków;
- w chorobliwej nieśmiałości;
- jako mutyzm woluntarny – w pewnych sytuacjach krytycznych, przez ostrożność lub z obawy przed kompromitacją;
- jako mutyzm „symulantów” (w kłopotliwych dla osobnika, upokarzających go sytuacjach);
- jako oznaka otępienia, wyraz zatrzymania wszelkich procesów myślowych;
- jako mutyzm dziecięcy – wynikający z różnych przyczyn, mniej lub bardziej 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, czego dokonała Stina Hesselman. Autorka zwróciła uwagę na ważne aspekty, weryfikujące w pewnym zakresie typologię Reuttowej. W założeniach Hesselman mutyzm wybiórczy powinien być zarezerwowany dla:

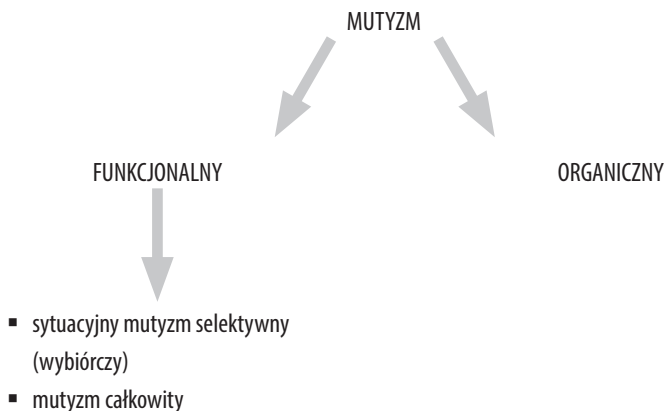
- niepsychotycznych dzieci (wyklucza więc mutyzm katatoniczny, towarzyszący schizofrenii);
- dzieci, u których poziom intelektualny leży w granicach normy (nie można diagnozować mutyzmu u dzieci z poważnymi utrudnieniami w komunikacji werbalnej, których przyczyną jest upośledzenie umysłowe);
- dzieci, 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 Herzyk podzieliła mutyzm na funkcjonalny (psychogeny) i organiczny (Herzyk 1992: 29).

Ten najbardziej znany i najczęściej cytowany w polskiej literaturze podział mutyzmu prezentuje poniższy schemat:

Schemat 1. Podział mutyzmu według Anny Herzyk



Źródło: Herzyk 1992: 29–30

Powyższe ujęcie pokazuje, że Herzyk wyodrębniła ze względu na etiologię 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 psychogennymi, 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 roku. 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 pożądanych efektów (Herzyk 1992: 31).

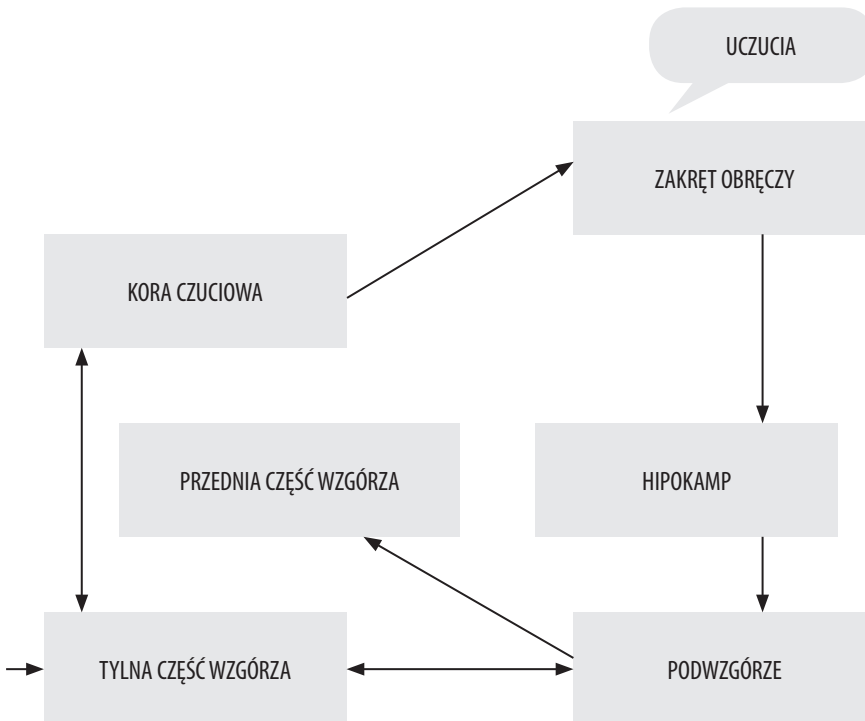
W mutyzmie spowodowanym uszkodzeniami mózgu, w którym występuje ograniczenie bądź brak ekspresji oralnej, mogą współwystępować również

objawy innych uszkodzeń centralnego układu nerwowego. Najczęściej wymieniane to:

- apraksja oralna;
- akineza.

Mutyzm akinetyczny definiuje się jako upośledzenie świadomości, brak odpowiedzi na bodźce środowiskowe i niemożność podjęcia spontanicznych działań. Brak aktywności jest przejawem zaburzeń świadomości, czyli dowolnego i jasnego spostrzegania oraz reagowania, spowodowanych uszkodzeniem kory przedniej części zakrętu obręczy lub obszarów sąsiadujących (np. dodatkowego pola ruchowego) (Panasiuk 2018). Próbę wyjaśnienia istoty mutyzmu akinetycznego egzemplifikuje poniższy schemat:

Schemat 2. Istota mutyzmu akinetycznego



Powstawanie emocji zachodzi w pętli (zwanej obecnie kręgiem Papeza) zaczynającej się od tylnej części wzgórza, przez którą sygnały zmysłowe docierają do kory czuciowej i podwzgórza. Kora czuciowa wpływa na zakręt obręczy, który przesyła je przez korę okołowęchową do hipokampa, stąd przez jądra przegrody

do ciał suteczkowatych i innych jąder podwzgórza odpowiedzialnego za reakcje fizjologiczne organizmu. Informacja wraca z ciał suteczkowatych do przedniej części wzgórza i znowu do kory zakrętu obręczy. Odczuwanie emocji miało się wiązać z integracją sygnałów z kory czuciowej z sygnałami z podwzgórza ([www.is.umk.pl/~duch/Wyklady/Mozg/07-3-limbiczny.htm](http://www.is.umk.pl/~duch/Wyklady/Mozg/07-3-limbiczny.htm) [dostęp: 08.05.2018]).

W świetle takich wyjaśnień mutyzm organiczny wydaje się bardzo mocno związany z mutyzmem funkcjonalnym. To bowiem zakręt obręczy odpowiedzialny jest za uczucia. Taka hipoteza stanowi wyzwanie do poszukiwań dla neurologów i psychologów.

- hiperkineza;
- afazja ruchowa.

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

Wśród organicznych (hipotetycznych) przyczyn mutyzmu wymienia się niewygaszony odruch Moro. Niewygaszenie odruchu po trzecim miesiącu życia łączy się z tym, że u dziecka utrzymuje się stała nadwrażliwość jednego z kanałów sensorycznych, a tym samym występują przesadzone reakcje na niektóre bodźce, np. światło, hałas, ruch. Dziecko jest cały czas na granicy walki lub ucieczki, przy czym wydzielają się w organizmie hormony stresu – adrenalina i kortyzol. Skutki związane z przetrwałym odruchem to: brak poczucia bezpieczeństwa, niepokój, bojaźliwość, brak tolerancji na nagłe, niespodziewane zdarzenia, słabe umiejętności adaptacyjne, niechęć do zmian. Bardzo wiele z tych zachowań cechuje milczące dzieci. Niektóre dzieci z mutyzmem selektywnym mają zaburzenia przetwarzania sensorycznego, co oznacza, że mają problem z przetwarzaniem konkretnych informacji sensorycznych. Szczególnie istotne są trudności z przetwarzaniem słuchowym, bowiem implikują one zwiększony stres i problemy z nauką.

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

- 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, przez niewłaściwą organizację środowiska rodzinnego, deprivację środowiskową, aż po ekspozycję na długotrwałe lub bardzo silne oddziaływanie stresorów i doświadczenie głębokiego szoku.

W przypadku opisanego wyżej rodzaju mutyzmu u dzieci nie stwierdza się żadnych organicznych (zarówno centralnych, jak i obwodowych) uszkodzeń narządów mownych. Zdawać by się mogło, że nic nie stoi na przeszkodzie, by swobodnie komunikowały się one z otoczeniem za pomocą słów – nie mówią jednak 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 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” (Józwiak,

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 (Józwiak, Michałowicz 2001: 419).

Bliski powyższym 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, nieznanym, dziadków, opiekunki, 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 budi 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 Statystycznej 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 2005).

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 dokładniej: *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 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:

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

Autorzy klasyfikacji dodają, że do często opisywanych zaburzeń towarzyszących należą zaburzenia lękowe, depresja, mimowolne moczenie, zanie-

czyszczanie 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 psychotyczne.

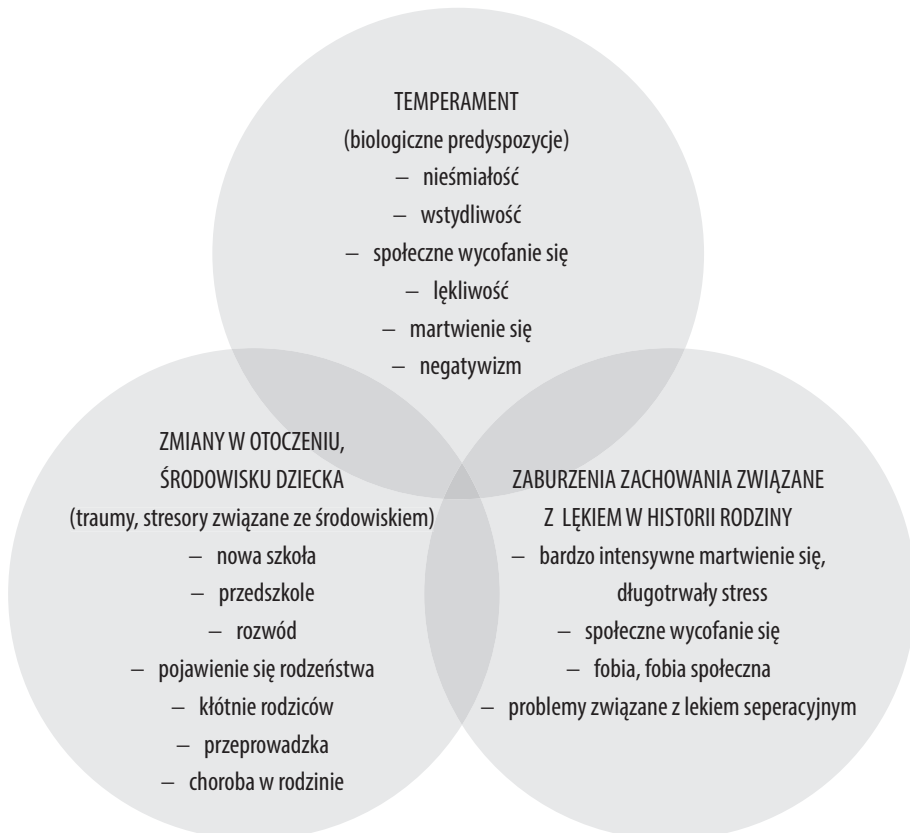
Zazwyczaj można spotkać się z opinią, że mutyzm wybiórczy występuje bardzo rzadko. Pogląd ten spowodowany jest niską świadomością społeczną na temat tego zaburzenia oraz trudnościami z diagnozą dzieci nim dotkniętych (mylenie mutyzmu z nieśmiałością, używanie różnych metod badawczych). Julita Urbaniuk wspomina, że symptomy mutyzmu można zauważyć u około 0,02–0,1% dzieci i młodzieży (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 najbezpieczniej jest przyjąć, że mutyzm dotyka około 1% dzieci.

Mutyzm wybiórczy to zespół heterogeny, co oznacza, że na zaburzenie to 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 jakieś 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 przyczyny 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 m.in.:

- lękliwość;
- poczucie zagrożenia;
- ciągle zatroskanie i napięcie;
- nerwowość;

Schemat 3. Czynniki wpływające na pojawienie się mutyzmu



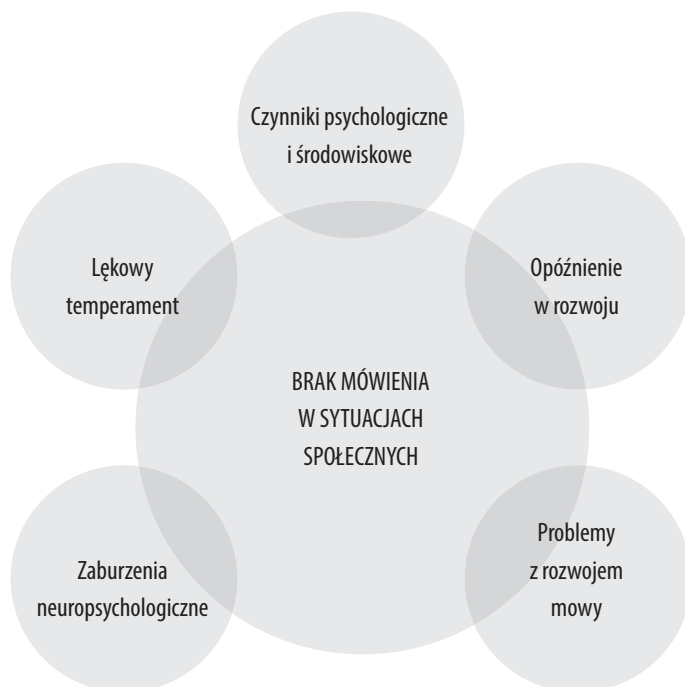
Źródło: Urbaniuk 2008: 457

- negatywizm;
- nadmierna drażliwość (za: Radomska, Jankowska 2000: 20).

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

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 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

Schemat 4. Czynniki wpływające na pojawienie się mutyzmu



Źródło: Kołakowski, Dąbrowska 2014

o tym choćby E.S. Dummit 2011), że mutyzm może pojawić się na skutek 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 (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 mają 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 postawą matek określaną, 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).

Mutyzm może być wczesną formą fobii społecznej (wiele z objawów mutyzmu to również charakterystyczne objawy fobii społecznej, tj. uczucie silnego niepokoju w sytuacjach społecznych, unikanie tych sytuacji czy lęk przed rozmową z nieznanymi) (Black, Uhde 1995).

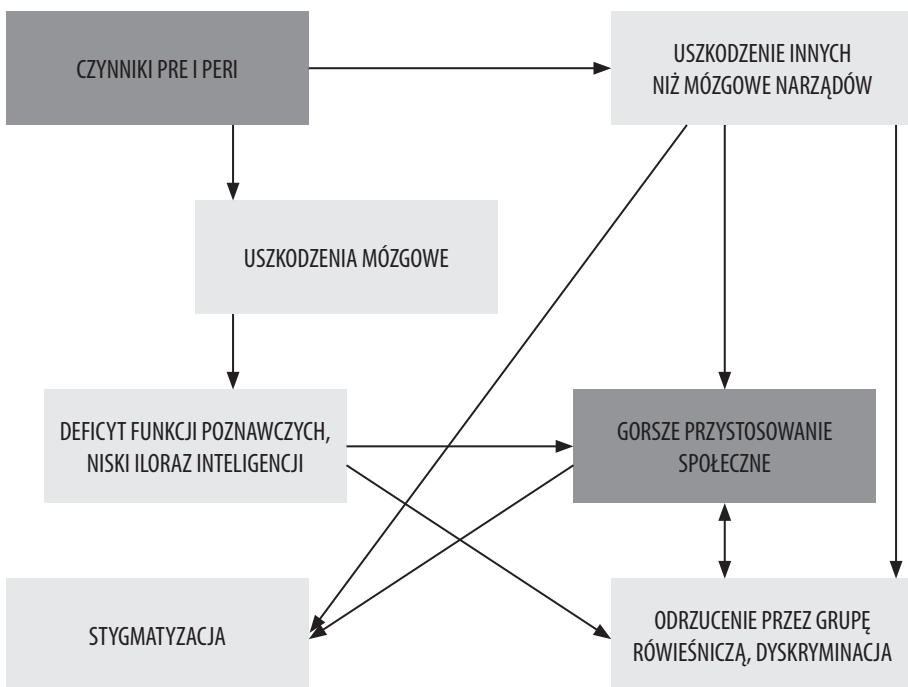
U podstaw jednej z nowszych koncepcji dotyczących przyczyn pojawiania się mutyzmu leży koncepcja fiksacji rozwojowej na etapie fazy separacji – indywidualizacji – stadium wewnętrznego zmagania się dziecka, konfliktu po-

między potrzebą kontaktu z matką a silną potrzebą oddzielenia się od niej (Segal 2005). „Separacja ta związana jest z lękiem przed utratą miłości matki i potrzebą zbliżenia. Na tym etapie pojawiają się rozszczeniowe mechanizmy obronne, które są często widoczne u (...) małych pacjentów” (Pierzchała, Wiśniewska 2015: 59). Wspomniana fiksacja rozwojowa objawia się często uporem, zamknięciem w sobie, odmową współpracy czy podejrzliwością.

I jeszcze jedna z koncepcji, wskazująca na funkcjonalną przyczynę milczenia dziecka. Niektóre dzieci z mutyzmem wybiórczym wychowują się w wielojęzycznej rodzinie lub mieszkały/wychowywały się w obcym kraju. Występuje u nich dodatkowy stres związany z koniecznością komunikacji w kilku językach, poczucie braku pewności siebie. I te właśnie uczucia mogą prowadzić do „zablokowania” komunikacji interpersonalnej w nowym, nieznanym dotychczas środowisku.

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

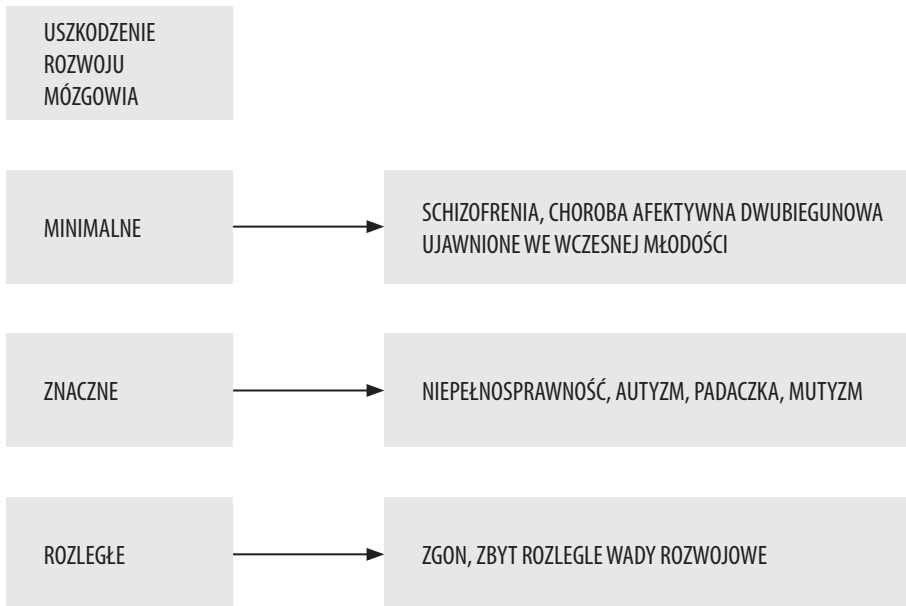
Schemat 5. Neurorozwojowe uwarunkowania mutyzmu



Źródło: Pietras 2016

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 Reuttowa, wydaje się trudnym do rozwiązania problemem, trudności bowiem implikują się i potęgują wzajemnie. Precyzując pojęcie „uszkodzenie mózgowia”, 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 6. Neurorozwojowe aspekty mutyzmu



Źródło: Pietras 2016

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. Konkretnie są zaprogramowane dla specyficznych procesów życiowych, 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. Do przyczyn poważnych zaburzeń neurorozwojowych Pietras zalicza:

1. Uraz psychiczny.
2. Niektóre choroby psychiczne.
3. Organiczne uszkodzenia mózgu.
4. Encephalitis (zapalenie mózgu).
5. Niedokrwienie.
6. Anoksję (deficyt tlenowy).
7. Krwotok podpajęczynówkowy.
8. Depresję.
9. Katatonię psychogenną.
10. Histerię.
11. Przeżycie bardzo silnego stresu (np. na skutek wypadku lub wstrząsu uczuciowego związanego chociażby ze śmiercią).

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, gdy 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 3. 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 opieki zdrowotnej, bezpieczeństwa, właściwego odżywiania, zbudowanie ciepłej, serdecznej relacji z dzieckiem, akceptacja dziecka takim, jakim jest, bardzo istotną rolę odgrywają pozytywne doświadczenia oraz czas poświęcany dziecku, polegający na wartościowym mówieniu, czytaniu i śpiewaniu mu. Jak twierdzi Pietras,



„poświęcając czas dziecku, oferując mu wartościowe doświadczanie otaczającej je rzeczywistości, budujemy bazę, która zaowocuje w przyszłości” (2016).

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 rozdzielanie. Dysocjacją nazywamy oddzielenie tego, co przeżywa psychika, od tego, co się dzieje z ciałem. Pod wpływem traumatycznych 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 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 nas 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 rozszczepienia. Oznacza to, że człowiek „pozostawia” za sobą przeszłość i nie pamięta jej. To mechanizm 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 niezwykle 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 immunologicz-

nych, 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, a nawet lat, i to takie, które w potocznym rozumieniu nie mają nic wspólnego zarówno 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 przestała 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 kolejnym napadzie agresji ojca, którego była nie tylko świadkiem, ale i ofiarą, ucichły nawet płacz i krzyki. Kilka zdań, które rozsierzony ojciec wyszeptał do jej ucha, odcisnęły piętno na jej psychice i na długi czas pograżyły w otchłani ciszy. „Siadaj! I cisza! Ma być cisza! (...) Wynos 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...

## Zakończenie

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 może być dla jednego dziecka 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 odgrywają tu komponenty osobowościowe i temperamentalne. 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 2015: 73). Coraz częściej w literaturze odnoszącej się do mutyzmu wskazuje się na inne niż lękowe przyczyny tego zaburzenia, a jeśli nawet wspomina się o lęku, to raczej w kontekście czynnika „wyzwalającego” drzemiące w dziecku predyspozycje do wycofywania się z interakcji werbalnych.

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

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV).
- Andrews G., Goldberg D.P., Krueger R.F., i in. 2009a, *Exploring the Feasibility of a Meta-structure for DSM-V and ICD-11: Could it Improve Utility and Validity?* „Psychological Medicine” 39, 1993–2000.
- Black B., Uhde T.W. 1993, *Elective Mutism as a Variant of Social Phobia*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”, 31(6), s. 1090–1094.
- Cummings J.L., Mega M.S. 2003, *Neuropsychiatry*, Oxford.
- Cunningham E., McHolm A.E., Boyle M.H. 2006, „European Journal of Adolescent Psychiatry”, 10, 1–12.
- Duch W., *Modelowanie funkcji mózgu, czyli jak działa mózg i skąd się bierze umysł*, [http://www.is.umk.pl/~duch/Wyklady/Mozg\\_plan.html](http://www.is.umk.pl/~duch/Wyklady/Mozg_plan.html) (dostęp: 15.03.2017).
- Dummit E.S., *Common Myths*, <http://www.selectivemutismfoundation.org/myths.shtml> (dostęp: 20.01.2011).
- Florek-Moskal M. 2006, *Epidemia milczenia*, „Wprost”, 25.
- Gudenkauf H. 2010, *Ciężar 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., Bates 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 według DSM-IV-TR*, 2008, Wrocław.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, 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*, Oakland.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D. 1997, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofoniologia”, 10.
- Namysłowska I. (red.) 2011, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa.
- Panasiuk J., *Mutyzm akinetyczny*, <http://encyklopedialogopedii.pl> (dostęp: 20.01.2018).
- Pierzchała A., Wiśniewska K. 2015, *Mutyzm wybiórczy z perspektywy poradni psychologiczno-pedagogicznej*, „Forum Logopedy”, 9, s. 58–59.
- Pietras T. 2016, *Neurorozwojowe uwarunkowania mutyzmu*, wystąpienie na II Łódzkim Seminarium Logopedycznym, Łódź.
- Pużyński S., Wciórka J. (red.) 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków.
- Radomska A., Jankowska A. 2000, *W fortocy milczenia*, „Charaktery”, 4, s. 20–21.
- Reutt N. 1971, *Z zagadnień dziecięcego mutyzmu*, „Logopedia – Zagadnienia Kultury Żywego Słowa”, 10, s. 36–44.
- Segal H. 2005, *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein*, Gdańsk.
- Skoczek A. 2016, *Mutyzm – zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków.
- Skoczek A. 2017, *Przyczynek w sprawie etiologii mutyzmu*, „Neurolingwistyka Praktyczna”, 3.
- 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, s. 41.
- Wciórka J. (red.) 2008, *Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wrocław.
- [www.is.umk.pl/~duch/Wyklady/Mozg/07-3-limbiczny.htm](http://www.is.umk.pl/~duch/Wyklady/Mozg/07-3-limbiczny.htm) (dostęp: 8.05.2018).
- Anna Skoczek  
Akademia Ignatianum w Krakowie