

## Mutyzm selektywny - wyniki badań własnych

*Maria Bystrzanowska*

W Polsce, jak do tej pory nie było badań dotyczących częstości występowania mutyzmu selektywnego (dalej również „MS”), proporcji dotyczących płci oraz rodzaju zaburzeń towarzyszących, które tworzą całościowy obraz kliniczny dziecka z mutyzmem selektywnym.

W literaturze naukowej dostępne są dane dotyczące badań nad występowaniem mutyzmu selektywnego w innych krajach.

Z danych tych wynika, iż **wskazniki występowania mutyzmu u dzieci na świecie wahają się w przedziale od 0,18% w Szwecji (Kopp, S., Gillberg, C., 1997) do 1,9% w Finlandii (Kumpulainen i in., 1998).**

Przykładowo częstość występowania mutyzmu selektywnego (zwanego też wybiórczym) w populacji ogólnej dzieci w Stanach Zjednoczonych wynosiła 7,1 na 1000, tj. 0,71% (Bergman i in., 2002), a w Izraelu 7,6 na 1000, tj. 0,76% (Elizur, Perednik, 2003). Wielu badaczy wskazuje jednak, że mogą to być wartości niedoszacowane ze względu na wciąż niedostateczny stan wiedzy na temat tego zaburzenia (Cunningham i in., 2006; Schwartz i in., 2006; Lescano, 2008).

W literaturze angielskiej (Jonhson, Wintgens, 2001), sygnalizuje się, że mutyzm selektywny rozwija się zazwyczaj między 3 a 5 rokiem życia i występuje częściej u dziewczynek. Z dotychczasowych badań wynika, że **proporcje występowania mutyzmu selektywnego u dziewcząt i chłopców kształtują się w przedziale od 2,6:1 do 1,5:1** (Garcia i in., 2004).

Mutyzm selektywny jest jedną z postaci fobii społecznej, jego etiologia obejmuje współdziałanie czynników biologicznych, środowiskowych i indywidualnych predyspozycji dziecka (Popek, 2005).

Mutyzm selektywny (wybiórczy) jest zaburzeniem lękowym, dotyczącym lęku przed mówieniem w niektórych miejscach, w stosunku do niektórych osób oraz w sytuacjach, w których oczekiwane jest mówienie, odpowiadanie na pytania, zadawanie pytań, kierowanie prośb. **Zaburzenie to jest umieszczone w klasyfikacji ICD 10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) pod numerem F 94.0.**

**Według tej klasyfikacji kryteria diagnostyczne, o których należy pamiętać podczas stawiania diagnozy biorą pod uwagę następujące aspekty:**

1. Ekspresja i rozumienie języka przez dziecko w granicach dwóch odchyień standardowych.
2. Możliwa jest do potwierdzenia niemożność mówienia w specyficznych sytuacjach, w których od dziecka mówienie jest oczekiwane, pomimo mówienia w innych sytuacjach.
3. Czas trwania mutyzmu wybiórczego przekracza 4 tygodnie.
4. Zaburzenia nie wyjaśnia brak znajomości języka mówionego wymaganego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia.
5. Wykluczono występowanie całościowych zaburzeń rozwoju.

**Natomiast według amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych w przypadku mutyzmu selektywnego są następujące:**

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 1 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.
5. Zaburzenia nie można wyjaśnić poprzez zaburzenia komunikacji (np. jąkanie), całościowe zaburzenia rozwoju (autyzm), zaburzenia psychiatryczne (schizofrenia).

Nauczyciele przedszkoli/szkół obserwując u dziecka m.in. trudności w werbalnym komunikowaniu się z personelem i w grupie rówieśniczej, sztywność zachowań, trudności w nawiązaniu kontaktu wzrokowego, często stawiając protodiagnozę mają trudność w nazwaniu tych zaburzeń. Niektórzy obserwując wymienione objawy myślą je z autyzmem, gdyż o mutyzmie w ogóle nie słyszeli. Obserwowane zaburzenia zachowania w innym niż domowe środowisko (a w takim bywają wstępnie diagnozowane dzieci), sprawia, że są błędnie rozpoznawane. Ponadto współwystępowanie dodatkowych objawów, o których nie ma mowy

w w/w klasyfikacjach, a których występowanie powoduje, że są spostrzegane jako bardziej i głębiej zaburzone niż jest to w rzeczywistości. Powoduje to, że nawet niektórzy specjaliści mają problemy diagnostyczne. Wyjaśnieniem w takiej sytuacji jest przeprowadzenie przez specjalistę dokładnego wywiadu z rodzicami oraz dokonanie obserwacji zachowań dziecka w innym niż przedszkolne/szkolne środowisko. Z reguły dane zebrane z wywiadu i obserwacji dziecka w przedszkolu/szkole są sprzeczne a ich analiza może potwierdzić nam dwoistość natury dziecka z mutyzmem selektywnym, co pozwoli postawić specjaliście trafną diagnozę. Dziecko z mutyzmem selektywnym w domu jest zazwyczaj radosne, rozmawia z reguły za wszystkimi domownikami (czasem tylko z niektórymi) a w placówce przedszkolnej/szkolnej lub w różnych trudnych dla dziecka sytuacjach nie jest w stanie odpowiedzieć na proste pytanie, nie jest w stanie komunikować się werbalnie, co wynika z lęku przed mówieniem. Milczenie dziecka w przedszkolu czy w szkole często jest odbierane jako jego świadome i celowe działanie. Jest to oczywiście błędne myślenie. Dziecko z mutyzmem wybiórczym umie mówić, chce mówić, ale w pewnych sytuacjach po prostu nie może. Dorośli cierpiący na mutyzm wybiórczy opisują ten stan jako fizyczną blokadę, czują jakby głos utknął im w gardle. Nie powinno się dzieci zmuszać do mówienia, a karanie ich za ten stan jest działaniem niewłaściwym.

Jak wiadomo, mutyzm selektywny/wybiórczy rzadziej występuje jako wyłącznie lęk przed mówieniem. Często u dzieci z MS współwystępują dodatkowe zaburzenia w postaci ogólnej lęklivosti, wad wymowy, nadwrażliwości dotykowej, słuchowej, węchowej, Zespołu Aspergera, trudności z jedzeniem.

Żeby poznać lepiej to zaburzenie, ułatwić specjalistom diagnozowanie oraz w celu zobrazowania skali zjawiska jakim jest w Polsce mutyzm selektywny, przeprowadziłam ankietę na stronie facebookowej w grupie zamkniętej „Mutyzm Wybiórczy, grupa bezinteresownego wsparcia”, której założycielką i administratorem jest Anna Strzelecka, mama dziecka z mutyzmem selektywnym, która od kilku lat mieszka w Irlandii.

Obecnie na tej stronie jest już ok. 2000 członków, są to głównie rodzice dzieci z mutyzmem selektywnym, nauczyciele i specjaliści. Przedmiotową ankietę wypełniło 100 osób. Należy zaznaczyć, iż mutyzm selektywny nie jest zbyt częstym zaburzeniem, w jednym przedszkolu zazwyczaj można spotkać jedno lub dwoje dzieci z MS, zatem trudno jest na takiej grupie przeprowadzić badania ankietowe. Korzystając z tego, że w ww. grupie na Facebooku znajduje się wielu rodziców dzieci z MS, w styczniu 2016 r. przeprowadziłam ankietę, której wyniki przedstawiają poniższe tabele i wykresy.

**Tabela nr 1. Dzieci z mutyzm selektywnym a inne współistniejące zaburzenia.**

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba dzieci na 100
1.	Dziecko z MS (czyli z lękiem przed mówieniem i wzmożonym napięciem emocjonalnym), bez innych zaburzeń	27 (27%)
2.	Dziecko z MS oraz z wadą wymowy	31 (31%)
3.	Dziecko z MS oraz z nadwrażliwość dotykową	29 (29%)
4.	Dziecko z MS oraz z trudnościami z jedzeniem w niektórych miejscach	21 (21%)
5.	Dziecko z MS oraz z trudnościami z jedzeniem dotyczącymi wybiórczości jedzenia (smak, konsystencja, rodzaje potraw)	41 (41%)
6.	Dziecko z MS i Zespołem Aspergera	7 (7%)
7.	Dziecko z MS oraz z innymi chorobami przewlekłymi	1 (1%)

*Źródło danych w tabeli: Opracowanie własne sporządzone na podstawie danych zebranych w ankietach.*

Z analizy danych zawartych w tabeli nr 1 wynika, iż **27 na 100 (tj. 27%)** przebadanych dzieci z mutyzmem selektywnym nie ma innych zaburzeń. Natomiast **31 dzieci z MS (tj. 31%)** ma wadę wymowy, a **29 dzieci (tj. 29%)** ma dodatkowo nadwrażliwość dotykową. Z badań wynika również, iż **21 dzieci z MS (tj. 21%)** ma trudności z jedzeniem w niektórych miejscach, ale aż u **48 dzieci (tj. 48%)** stwierdzono trudności z jedzeniem dotyczące wybiórczości jedzenia (smak, konsystencja, rodzaje potraw). Ponadto z przeprowadzonych badań wynika, iż u **7 dzieci z MS (tj. 7%)** stwierdzono równoczesne występowanie Zespołu Aspergera, a **1 dziecko (tj. 1%)** miało inne choroby przewlekłe.

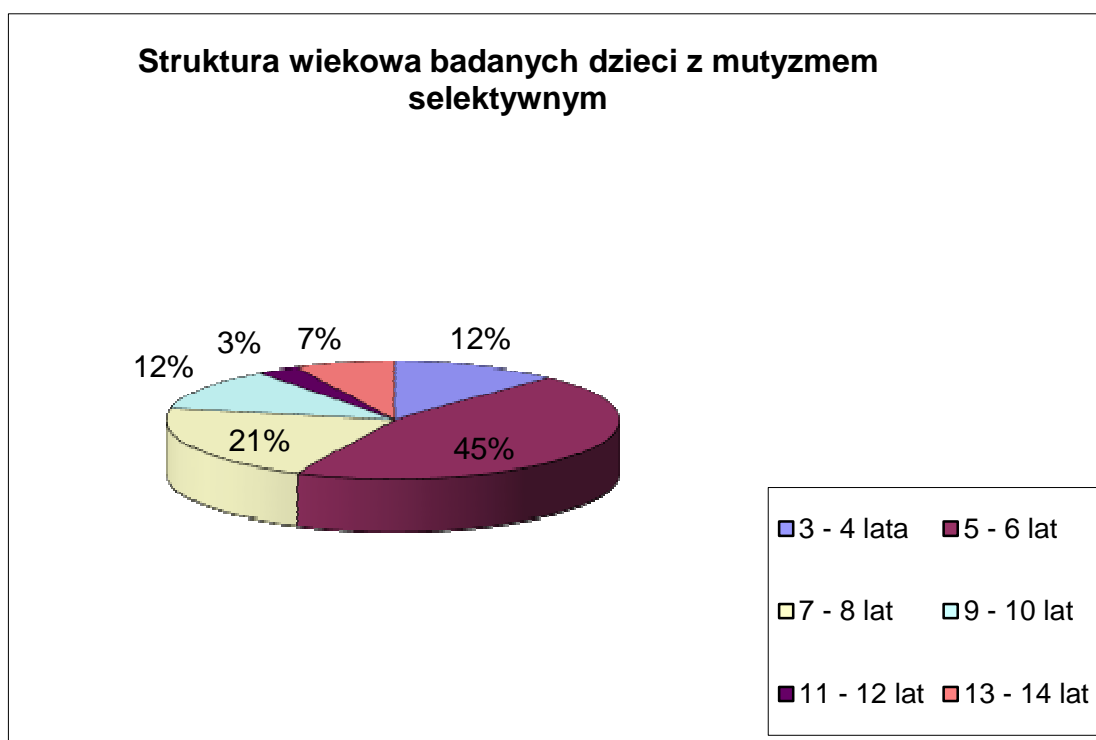
W tabeli nr 2 przedstawiono strukturę wiekową badanych dzieci ze stwierdzonym mutyzmem selektywnym.

**Tabela nr 2. Struktura wiekowa badanych dzieci z mutyzmem selektywnym.**

Lp.	Wiek dziecka	Liczba dzieci	Udział dzieci
1.	3 lata	5	5%
2.	4 lata	7	7%
3.	5 lat	22	22%
4.	6 lat	23	23%
5.	7 lat	10	10%
6.	8 lat	11	11%
7.	9 lat	7	7%
8.	10 lat	5	5%
9.	11 lat	3	3%
10.	12 lat	0	0%
11.	13 lat	4	4%
12.	14 lat	3	3%

*Źródło danych w tabeli: Opracowanie własne sporządzone na podstawie danych zebranych w ankietach.*

Wykres nr 1



Z analizy danych przedstawionych w tabeli nr 2 oraz na wykresie nr 1 wynika, iż 57 na 100 (tj. 55%) badanych dzieci było w wieku przedszkolnym (3 – 6 lat), a 43 dzieci (tj. 43%) było w wieku szkolnym (7 – 14 lat). Należy przy tym zaakcentować, iż **66% badanych dzieci u których stwierdzono mutyzm selektywny było w wieku 5 - 8 lat, przy czym aż 45% dzieci z MS miało 5 lub 6 lat.** Liczba dzieci młodszych niż 5 lat (tj. 3 – 4 letnich) oraz starszych niż 8 lat (tj. 9 – 14 letnich) była znacznie mniejsza niż liczba dzieci w przedziale wieku 5 – 8 lat.

W tabeli nr 3 przedstawiono strukturę płci badanych dzieci ze stwierdzonym mutyzmem selektywnym.

**Tabela nr 3.     Struktura badanych dzieci z mutyzmem selektywnym wg płci.**

Lp.	Płeć dziecka	Liczba dzieci	Udział dzieci
1.	Dziewczynka	67	67%
2.	Chłopiec	33	33%
	Razem	100	100%

*Źródło danych w tabeli: Opracowanie własne sporządzone na podstawie danych zebranych w ankietach.*

Z analizy danych przedstawionych w tabeli nr 3 wynika, iż **67 na 100 (tj. 67%) badanych dzieci z MS było dziewczynkami, a 33 dzieci (tj. 33%) to chłopcy. Proporcje występowania mutyzmu selektywnego u badanych przeze mnie dziewcząt i chłopców wynoszą 2:1, mieszczą się więc w przedziale od 2,6:1 do 1,5:1** – vide: badania dotyczące częstości występowania mutyzmu selektywnego w innych krajach (Garcia i in., 2004).

#### **Wnioski wynikające z ankiety:**

- u dziecka z MS, oprócz lęku przed mówieniem i wzmożonym napięciem emocjonalnym, występują trudności w zakresie wybiórczości jedzenia jak i miejsca, w którym dziecko jest w stanie spożyć posiłek;
- spora grupa dzieci z MS ma również wadę wymowy, co często jest trudne do zdiagnozowania dla specjalistów i stanowi duże utrudnienie w terapii;
- nadwrażliwość dotykowa jest sporym utrudnieniem w codziennym życiu dla dziecka z MS, rodzice muszą sobie zdawać z tego sprawę (muszą wykazać się zrozumieniem zachowań dziecka), specjaliści powinni uwzględnić ten rodzaj trudności w terapii;
- wyniki badań potwierdziły większą częstotliwość występowania MS u dziewczynek;
- najliczniejszą grupę dzieci z MS stanowią dzieci w wieku 5-6 lat, jest to wiek obowiązku przedszkolnego a konieczność przeprowadzania diagnoz zmusza nauczycieli do bliższego poznania przedszkolaków;
- młodsze dzieci 3-4 letnie nie są powszechnie objęte wychowaniem przedszkolnym, dlatego ta grupa dzieci z MS jest mniej liczna;
- dzieci 7-8 letnie stanowią również dużą grupę dzieci z MS, co może wynikać z braku wcześniejszej diagnozy, niskiej świadomości społeczeństwa na temat tego zaburzenia, braku profesjonalnej pomocy, lub ciężkiej postaci mutyzmu selektywnego;
- dzieci powyżej 8 roku życia, których nie jest zbyt dużo, prawdopodobnie nie otrzymały wcześniej fachowej pomocy, lub ich MS ma postać ciężką i nawet pomimo terapii nadal borykają się z tym zaburzeniem.

*Maria Bystrzanowska - logopeda*

## Bibliografia

1. 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), 938-946.
2. 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, 245–255.
3. Elizur Y, Perednik R. (2003). Prevalence and Description of Selective Mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (12), 1451 – 1459.
4. Garcia, A., Freeman, J., Francis, G., Miller, L.M., Leonard, H.L. (2004). Selective Mutism. In T. Ollendick (Ed.). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. London: Oxford University Press.
5. Jonhson, M., Wintgens, A. (2001). *The Selective Mutism Resurce Manual*. UK: Speechmark.
6. Kopp, S., Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population based study (Aresearch note). *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 38(2), 257-262.
7. Kumpulainen K, Rasanen E, Raaska H, Somppi V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school', *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(1), 24-29.
8. Lescano, C. M. (styczeń 2008). *Silent children: Assessment and treatment of selective mutism*. The Brown University.
9. Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych (DSM-IV-TR) 2000.
10. Popek L. (2005). *Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym* W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL.
11. Pużyński S., Wciórka J. (2007). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: UWM „Vesalius”.
12. Schwartz, R. H., Freedy, A. S., Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: Are primary care physicians missing the silence?, *Clinical Pediatrics*, 45, 43–48.
13. Stanley, Ch. (2002). The top ten myths about selective mutism.