

Angelika Listwan<sup>1</sup>, Artur Kołakowski<sup>2</sup>

## TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA PACJENTKI Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM — ANALIZA PRZYPADKU

### COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY OF A PATIENT WITH SELECTIVE MUTISM — CASE STUDY

<sup>1</sup>Gabinet Psychologiczny Sentio

<sup>2</sup>Zespół Gabinetów Psychoterapeutycznych Poza Schematami

**selective mutism  
social phobia  
anxiety**

#### Streszczenie

*Przedstawiony artykuł ma dwa główne cele. Po pierwsze, prezentację aktualnego sposobu rozumienia mutyzmu wybiórczego (selective mutism, SM), po drugie — opis przeprowadzonej terapii pacjentki w oparciu o model poznawczo-behawioralny. Głównym objawem SM jest wybiórczość mówienia, która dotyczy niektórych środowisk lub osób. W ostatnich latach zmieniał się sposób klasyfikowania i leczenia mutyzmu wybiórczego. Co więcej, badacze zajmujący się SM nadal nie opracowali spójnego modelu rozwoju i utrzymywania się tego zaburzenia.*

*W najnowszej klasyfikacji DSM-5 mutyzm wybiórczy został przeniesiony z kategorii „zaburzeń okresu dzieciństwa i adolescencji” do podrozdziału „zaburzeń lękowych”. Wprowadzona zmiana miała głównie na celu zaakcentowanie wiodącej roli lęku w powstawaniu i utrzymywaniu się SM. Terapia poznawczo-behawioralna mutyzmu jest uznawana jako leczenie z wyboru i w dużym stopniu wiąże się z wykształceniem u dziecka umiejętności reagowania mniejszym lękiem w sytuacji komunikacji. Z uwagi na małą liczbę badań tego zaburzenia, modele terapii oparte na opisach przypadków oraz znaczną różnorodność obrazu klinicznego, psychoterapeuta musi dopasowywać standardowy model terapii poznawczo-behawioralnej do konkretnego pacjenta.*

*Jak wspomniano, większość prowadzonych badań opiera się głównie na opisach przypadków. Zauważa się zatem ogromną potrzebę prowadzenia badań na szerszą skalę, jak i sprawdzania skuteczności prowadzonej psychoterapii. Aktualnie dostęp do wykwalifikowanych terapeutów jest bardzo ograniczony, a niska świadomość konieczności udzielenia pomocy (szczególnie dzieciom) wymaga zdecydowanej zmiany.*

#### Summary

The presented article has two main aims. Firstly, the presentation of the current way of understanding selective mutism (SM), and secondly — the description of a patient’s therapy based on the cognitive-behavioural model. The main symptom of SM is selectivity of speaking, which applies to specific environments or people. The way selective mutism is classified and treated has been changing in recent years. What is more, researchers dealing with SM have still not established a coherent model of development and persistence of this disorder.

In the DSM-5 classification, selective mutism has been moved from the category “disorders of childhood and adolescence” to the subsection of anxiety disorders. The main aim of the implemented change was to emphasize the leading role of fear in the development and persistence of SM. Cognitive-behavioural therapy of mutism is perceived as treatment of choice and to a great extent is related to overcoming a child’s fear of speaking. Because of a limited number of studies, models of therapy based on case reports, and the diversity of clinical pictures, the psychotherapist must adjust the standard model of cognitive-behavioural therapy to a particular patient.

Because of the fact that most research is based on case studies, there is a great need for both research on a larger scale and for testing the efficacy of psychotherapy. Currently, the access to qualified therapists is very limited, and the low consciousness of the need for help (especially for children) definitely needs to be changed.

## Wprowadzenie

Mutyzm wybiórczy (selective mutism, SM) to zaburzenie, którego przyczyny, sposób klasyfikacji i leczenia nie są jednorodne. Nie istnieje jego spójna koncepcja pomimo badań przeprowadzonych z udziałem dzieci i dorosłych. W najnowszej klasyfikacji DSM-5 mutyzm wybiórczy został skategoryzowany jako zaburzenie lękowe, a nie — jak w poprzedniej klasyfikacji — zaburzenie okresu dzieciństwa i adolescencji [1]. Mutyzm wybiórczy występuje stosunkowo rzadko, u około 1% pacjentów, częściej w dzieciństwie, częściej u dziewcząt i osób dwujęzycznych [2]. Leczenie i psychoterapia pacjentów z mutyzmem wybiórczym stanowi wyzwanie zarówno dla terapeutów, nauczycieli, jak i opiekunów osób cierpiących z powodu tego zaburzenia.

Należy podkreślić, iż nastąpiła zmiana w zakresie wieku pacjenta, u którego można rozpoznać mutyzm wybiórczy, co oznacza, że nie tylko dzieci, ale także dorośli mogą cierpieć z jego powodu.

## Ewolucja klasyfikacji mutyzmu wybiórczego

Po raz pierwszy mutyzm wybiórczy został scharakteryzowany w 1877 roku przez Adolfa Kussmaula, który wprowadził termin *aphasia voluntaria* i opisał pacjentów, którzy nie mówili w konkretnych sytuacjach [3]. Następnie w 1934 roku nastąpiła zmiana terminologii zaburzenia: zostało ono nazwane *elective mutism* (EM). Podkreślono wtedy decydującą rolę woli pacjentów, aby się nie komunikować, pomimo posiadanych umiejętności językowych.

W klasyfikacji DSM-IV zmieniono nazwę *elective mutism* na *selective mutism*. Słowo *selective* podkreślało istotę zaburzenia — czyli brak komunikacji w określonych sytuacjach z powodu lęku, a nie, jak wcześniej opisywano, celową odmowę prowadzenia rozmowy, utożsamianą ze świadomą manipulacją [1].

Do rozpoznania SM [4] muszą być spełnione trzy kryteria:

- a) prawidłowy lub bliski prawidłowemu poziom rozumienia mowy,
- b) wystarczający do społecznego komunikowania się poziom kompetencji w posługiwaniu się mową,
- c) wyraźne dowody, że dziecko w niektórych sytuacjach może mówić i mówi normalnie albo prawie normalnie.

W opracowywanej nowej klasyfikacji ICD-11 mutyzm wybiórczy został skategoryzowany jako zaburzenie lękowe, tak jak w DSM-5. Podkreśla się stałą wybiórczość w procesie komunikacji, w której dziecko ma kompetencje językowe w różnych sytuacjach społecznych, głównie w środowisku domowym, ale odmawia rozmowy w innych miejscach, zazwyczaj w szkole. Aby to zaburzenie zostało rozpoznane, musi trwać co najmniej miesiąc, nie być ograniczone do pierwszego miesiąca nauki szkolnej, a także zdecydowanie musi zaburzać edukacyjne, zawodowe osiągnięcia jednostki i jej komunikację społeczną [5].

### **Obraz kliniczny mutyzmu wybiórczego**

Trudności w komunikowaniu się z innymi są u pacjentów z SM bardzo zróżnicowane — od całkowitego braku mówienia w prawie wszystkich sytuacjach do zaprzestania używania mowy tylko w wybranych okolicznościach i do niewielu osób. Miejscem, w którym najczęściej występują symptomy mutyzmu jest szkoła. Osobą, z którą dziecko w ogóle się nie komunikuje lub komunikuje się w sposób bardzo ograniczony [6] jest nauczyciel. Dziecko z mutyzmem może czasami rozmawiać tylko z wybranymi kolegami, zdarza się także sytuacja, w której komunikacja z rówieśnikami w ogóle nie istnieje. Zazwyczaj pacjent prowadzi konwersacje z członkami rodziny, ale w literaturze można znaleźć opisy przypadków klinicznych dzieci, które komunikują się w środowisku szkolnym, a w domu milczą [7].

Przegląd literatury wskazuje, iż objawy mutyzmu wybiórczego pojawiają się już w grupie wiekowej od 2,7. do 4. roku życia [8]. Objawy zaburzenia zazwyczaj zaczynają być widoczne dla otoczenia, gdy dziecko rozpoczyna naukę szkolną, co można wytłumaczyć wzrostem wymagań społecznych i koniecznością odzywania się do nauczycieli na lekcjach. Powoduje to nasilenie się objawów [9]. Długi okres pomiędzy pojawieniem się symptomów mutyzmu wybiórczego a postawieniem diagnozy można prawdopodobnie wyjaśnić tym, że dziecko rozmawia z najbliższymi osobami bez żadnych trudności i rodzice nie zauważają jego problemu. Istnieje też większe przyzwolenie na dużą nieśmiałość dzieci w wieku przedszkolnym.

### **Etiologia mutyzmu**

Przyczyny mutyzmu wybiórczego nie są jeszcze do końca poznane. W ostatnich latach wielu autorów zwraca uwagę na wieloczynnikową etiologię tego zaburzenia oraz rolę modelu podatność–stres [10]. W podejściu klinicznym należy zdecydowanie wspomnieć o roli dziedziczenia (wrodzonej podatności), czynnikach wyzwalających i podtrzymujących to zaburzenie. Badania z udziałem 38 dzieci z SM i ich rodzin pokazują, iż istnieje duże nasilenie cechy, takiej jak małomówność w pierwszym, drugim i trzecim pokoleniu krewnych osób z mutyzmem. Ten fakt wskazuje na duże znaczenie tła rodzinnego dla powstawania i utrzymywania się tego zaburzenia [11]. Kolejnym czynnikiem, który zwiększa podatność człowieka na wystąpienie mutyzmu wybiórczego jest temperament [10] oraz behawioralne zahamowanie, opisywane też jako lękowa reaktywność na nowe bodźce.

Najbardziej oczywistym i często proponowanym wyjaśnieniem subtelnym lub bardziej widocznym deficytów w etiologii mutyzmu jest unikanie [10]. Dziecko zaczyna

uniknąć mówienia, ponieważ nie jest w stanie poradzić sobie z oczekiwaniami otoczenia (np. rodziców, nauczycieli).

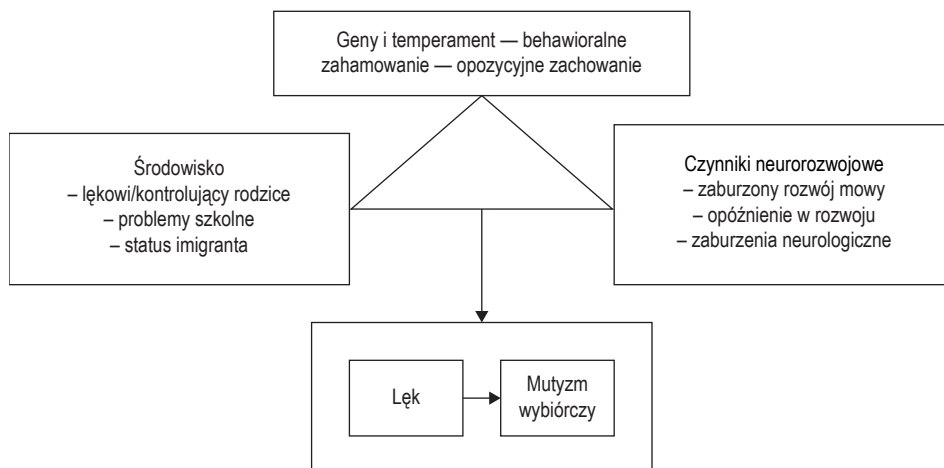
Także badania nad czynnikami wyzwalającymi SM nie dały jednoznacznych wniosków. Badacze zwracają uwagę, że na pojawienie się objawów może mieć wpływ doświadczenie traumy lub innych trudnych zdarzeń życiowych. Dane są retrospektywne, nie do końca kontrolowane i nie przynoszą przekonujących wniosków dotyczących związku między prawdopodobnymi czynnikami wywołującymi mutyzm [12–14]. Inne badania zwracają uwagę, że rodzice dzieci mutystycznych postrzegają je jako wycofane, a symptomy zaczęły być widoczne w momencie pójścia dziecka do przedszkola [15]. Właśnie pójście dziecka do przedszkola lub szkoły powoduje, że dziecko jest zmuszone do rozmawiania z nowymi osobami, co w połączeniu z opisanym wyżej behawioralnym zahamowaniem może zostać uznane za najbardziej prawdopodobny czynnik wyzwalający SM [15].

Dotychczasowe wyniki badań i obserwacje kliniczne pokazują, iż nie istnieje wyraźna różnica pomiędzy czynnikami etiologicznymi a podtrzymującymi SM. Badacze skupiają się na znalezieniu czynników związanych z utrzymywaniem się objawów. Pozwoliłoby to na adekwatne zmodyfikowanie interwencji terapeutycznych. Tutaj należy przede wszystkim wyróżnić cztery czynniki, które podtrzymują mutyzm wybiórczy: samo unikanie mówienia przez dziecko, sposób, w jaki się z nim rozmawia, brak równowagi pomiędzy zmuszaniem dziecka do rozmowy a akceptowaniem jego milczenia, oraz stosowanie strategii „czekaj i obserwuj”.

Scott i Beidel (2011) sugerują, iż mutyzm jest sposobem na regulację silnych emocji [16] i formą regulacji gwarantującą skuteczne unikanie. Intrygujące wnioski pokazują badania Young i reszty współpracowników [17]. Podczas oceny reakcji skórno-galwanicznej dzieci z SM wykazywały mniejsze pobudzenie psychofizyczne niż dzieci z SAD (sezonowe zaburzenie afektywne), co potwierdziłoby hipotezę dotyczącą mutyzmu jako strategii unikania. Dzieci, będąc w centrum zainteresowania, doświadczają wysokiego poziomu lęku i wycofują się z konwersacji („Nie mogę zacząć mówić, ponieważ nauczyciele będą rozmawiać o moim mówieniu” — relacja pacjentki).

Jak już wcześniej wspomniano, część badań pokazuje nadmierną kontrolę rodzicielską wśród rodzin dzieci z mutyzmem [17]. Może ona przybierać postać monologu prowadzonego przez rodzica, a nie rozmowy z dzieckiem, co w efekcie powoduje brak motywacji u pacjenta do samodzielnej konwersacji. Ten fenomen dotyczy nie tylko rodziców, ale także nauczycieli i rówieśników, którzy wyręczają dziecko w prowadzeniu rozmowy.

Zmuszanie dziecka do rozmów jest kolejną przeszkodą w leczeniu SM. Rodzice podejmują różnego rodzaju próby zachęcenia dziecka do rozpoczęcia komunikacji poprzez nagrody. To samo zachowanie ma miejsce wśród nauczycieli, którzy dodatkowo stosują kary za brak odpowiedzi na zadawane przez siebie pytania. Kolejna strategia, czyli: „czekaj i obserwuj” czy „on/ona z tego wyrośnie”, jest także często stosowana przez rodziny dzieci z SM i nauczycieli, co w konsekwencji prowadzi do utrzymywania się trudności z komunikacją. Rycina 1. przedstawia złożoną etiologię mutyzmu selektywnego.



Rycina 1. Etiologia mutyzmu (opracowanie własne)

### Epidemiologia SM

Mutyzm jest opisywany jako stan pojawiający się głównie wśród dzieci, ale może być także rozpoznawany wśród dorosłych, jednakże u tych ostatnich objawy są częściej kategoryzowane jako fobia społeczna [9] lub inne zaburzenia z grupy zaburzeń lękowych. Opisywane zaburzenie jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż chłopców różniąc się częstością w stosunku od 2,6:1 do 1,5:1 [9].

Przeprowadzono kilka podłużnych badań dotyczących mutyzmu, które wskazują na bardzo zróżnicowany czas trwania objawów tego zaburzenia — od kilku miesięcy do kilku lat. Opisując cechy osób cierpiących z powodu SM wymienia się przede wszystkim: nieśmiałość, lęk społeczny [9], brak pewności siebie, niezależności, mniejsza liczba osiągnięć w porównaniu ze zdrowymi dziećmi oraz umiejętności komunikacji społecznej w okresie nastoletnim i dorosłości [7, 18].

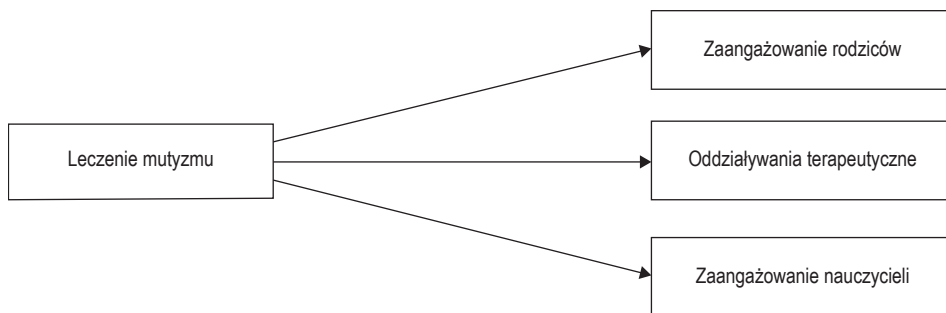
Oprócz przejawianego lęku u pacjentów obserwuje się także powiązane z mutyzmem takie symptomy/zaburzenia współwystępujące, jak: zaburzenia językowe i komunikacji [13, 19], zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne [20], zespół łamliwego chromosomu X [7], zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) [21], depresję, napady paniki, zaburzenia dysocjacyjne i inne skargi somatyczne [9].

### Leczenie mutyzmu

Przez ostatnich kilka dekad liczba opisanych interwencji w randomizowanych kontrolowanych badaniach klinicznych (RCTs) dotyczących zaburzeń lękowych wśród dzieci znacząco wzrosła [22]. Przez większość autorów najnowszych badań mutyzm jest opisywany jako zaburzenie trudne do leczenia. Literatura dotycząca terapii SM jest zdominowana przez opisy studiów przypadków. Różnego rodzaju interwencje wskazują na zróżnicowaną

orientację teoretyczną terapeutów i konceptualizację zaburzenia od psychoanalitycznych planów terapii, terapię systemową, aż do interwencji behawioralnych i behawioralno-poznawczych. Wraz ze zmianą konceptualizacji mutyzmu jako zaburzenia lękowego, obserwuje się wzrost liczby behawioralnych i poznawczych ujęć SM stosowanych w leczeniu dzieci. W latach 2005–2015 liczba badań wykorzystujących techniki behawioralne i poznawcze wzrosła o prawie 100% [23]. W jednym z ostatnich (2017) przeglądów literatury większość badań (57%) łączyła dwa podejścia, na przykład behawioralne i systemowe. Według założeń terapii systemowej mutyzmu wybiórczego, kontrola rodzicielska o charakterze neurotycznym generuje nadmierne przywiązanie dziecka do rodzica. W efekcie powoduje to wytworzenie współzależności w relacji rodzic — dziecko i przejawia się brakiem zaufania do pozarodzinnego środowiska. Dochodzi do wzbudzenia lęku, w tym lęku przed komunikacją słowną, co manifestuje się milczeniem [24].

Najczęściej (90,5% wszystkich recenzowanych prac badawczych) były stosowane strategie behawioralne w postaci wzmacniania pozytywnych zachowań, a następnie: modelowanie (57%), ekspozycja (47,6%) i ograniczanie lękotwórczych bodźców (42,9%) [14]. Przykładem skutecznego programu terapeutycznego jest Społeczna Komunikacja Zaburzeń Lękowych (S-CAT) [25]. Dzieci biorące udział w tym programie wykazały opisywaną przez rodziców znaczącą zmianę w zakresie komunikacji. Zaobserwowano u nich także zmniejszenie nasilenia objawów mutyzmu wybiórczego. Podsumowując, można zaobserwować pewne różnice w stosowanych interwencjach wobec dzieci z SM, ale większość z nich zawiera te same główne założenia, takie jak: nawiązanie z dzieckiem pozytywnej relacji terapeutycznej przed przystąpieniem do ekspozycji, wzmocnienia w różnych okolicznościach, duże zaangażowanie ze strony rodziców i nauczycieli (rycina 2.).



Rycina 2. Formy leczenia mutyzmu (opracowanie własne)

Rozważając temat skuteczności farmakoterapii w leczeniu dzieci z mutyzmem, można stwierdzić, iż zdecydowanie przynosi ona pozytywne efekty w leczeniu pacjentów z tym zaburzeniem [26]. Pierwszy przegląd badań na temat skuteczności leków był prowadzony przez 10 lat. Wśród dzieci, które były leczone selektywnymi inhibitorami zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRIs) stwierdzono u większości przypadków (81%) zmniejszenie symptomów SM. Mechanizm dotyczący skuteczności SSRIs w leczeniu mutyzmu nadal

pozostaje nieznaną. Zaskakujący jest fakt, iż badania prowadzone wśród dzieci z SAD bez SM wskazały, że podejście poznawczo-behawioralne stworzone dla SAD spowodowało wzrost kompetencji społecznych, a farmakoterapia może głównie obniżyć poziom przeżywanego lęku [27]. Opisane wyżej wnioski potwierdzają potencjalną wartość w łączeniu medycznych i psychologicznych podejść, szczególnie wśród starszych dzieci z SM (powyżej 7. roku życia).

### Opis planu terapii

Plan terapii dziewczynki został opracowany na podstawie opisanych w literaturze interwencji [13, 18, 28] oraz wytycznych doktor Elisy Shipon-Blum, prowadzącej Smart Center — ośrodek zajmujący się leczeniem mutyzmu i innych zaburzeń lękowych w USA. Wyżej wspomniana badaczka rozwinęła koncepcję leczenia zaburzeń lękowych, w tym mutyzmu. Koncepcja ta to Społeczna Komunikacja Zaburzeń Lękowych (S-CAT). Program S-CAT jest odpowiedni dla dzieci, nastolatków i dorosłych z mutyzmem wybiórczym, lękiem społecznym, ekstremalną nieśmiałością i innymi trudnościami związanymi z komunikacją społeczną. S-CAT opiera się na koncepcji, iż mutyzm jest zaburzeniem lękowym związanym z komunikacją społeczną i jest czymś więcej niż tylko brakiem mowy. Wspomniana metoda integruje komponenty terapii poznawczej i analitycznej, a także podejście zorientowane na wgląd, aby zwiększyć szansę na pojawienie się komunikacji społecznej i promować zaufanie społeczne [29].

Opracowany plan zakładał realizację przez dziecko kolejnych etapów komunikacji społecznej według metody S-CAT z własną modyfikacją terapeutki. Pierwszy z nich (e t a p 0) można określić jako niekomunikatywny. Na tym etapie dziecko nie odpowiada na komunikaty innych osób, nie inicjuje ich, zachowuje się jak zamrożone lub ignoruje obecność osoby, z którą przebywa. E t a p 1. (niewerbalny) zakłada, iż pacjent prezentuje różnego rodzaju aktywności niewerbalne, takie jak: skinienie głową, wskazywanie palcem, gesty, pisanie. Z kolei na e t a p i e 2., nazywanym przejściowym, dziecko zaczyna używać dźwięków do komunikacji, zwiększa się częstotliwość odpowiedzi werbalnej w postaci prostych, pojedynczych słów. Ostatni e t a p 3., podkreśla odpowiedź werbalną dziecka (szepc, cicha rozmowa, czytanie na głos, zmiana głosu) [29]. Należy podkreślić, iż warunkiem koniecznym do realizacji opisanych elementów terapii jest nawiązanie bezpiecznej relacji z dzieckiem. Pierwsze spotkania (przed realizacją etapów 0–3) powinny się koncentrować na budowaniu u dziecka akceptacji osoby terapeuty oraz wzajemnego zaufania.

### Przypadek pacjentki

Pacjentka lat 11, urodzona w 39. tygodniu ciąży, oceniona na 10 punktów w skali Apgar. Rozwój psychomotoryczny przebiegał bez opóźnień, system językowy był wykształcony bez opóźnień. W momencie rozpoczęcia edukacji przedszkolnej pacjentka swobodnie się komunikowała z najbliższymi osobami, natomiast do rówieśników i wychowawcy nie odzywała się. W ostatnim roku pobytu w tej placówce zaprzyjaźniła się z jedną dziewczynką, która była bardzo śmiała i często wyręczała ją w różnych aktywnościach

proponowanych przez nauczycielkę, takich jak na przykład współpraca z innymi dziećmi lub ustne wypowiedzi. W świetle analizowanych retrospektywnie opisywanych przez rodziców objawów, dziewczynka już wtedy spełniała kryteria mutyzmu wybiórczego według ICD-10 i DSM-5.

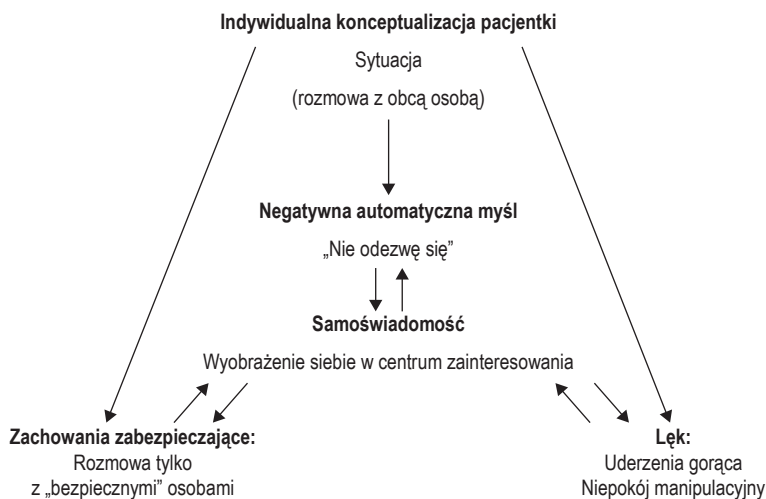
Od rozpoczęcia edukacji szkolnej można było zaobserwować zaostrzenie objawów mutyzmu wybiórczego. Prawdopodobnie miało na to wpływ nowe środowisko rówieśnicze, a także zmiana miejsca, w którym odbywały się zajęcia. Co więcej, w tym czasie wychowawcą w klasach 1–3 była nauczycielka, która według opinii rodziców i dziewczynki miała tendencję do upokarzania dzieci i ich niesprawiedliwego traktowania. W relacji rodziców córka w pierwszej klasie reagowała bardzo wysokim poziomem lęku, nasilanym jeszcze przez coraz większe trudności z nauką. Rodzice postanowili zdiagnozować u specjalisty narastający problem z prowadzeniem rozmów przez dziewczynkę i zgłosili się do poradni psychologiczno-pedagogicznej. W badaniu psychologicznym przeprowadzonym w 8. roku życia dziewczynki stwierdzono, iż jej rozwój umysłowy kształtuje się na poziomie poniżej normy. Nie bez znaczenia był fakt, iż w relacji rodziców dziewczynka nie wyrażała chęci współpracy podczas badania i szybko rezygnowała z podejmowania wysiłku intelektualnego. Spotkania z psychologiem, które były wyznaczone po konsultacji nie przyniosły oczekiwanego efektu. Psycholog, która prowadziła terapię stwierdziła, iż terapia nie ma sensu, jeśli dziewczynka nie wykazuje ochoty do współdziałania. Rodzice uznali, iż być może należy poczekać do momentu, aż dziecko samo zacznie mówić.

Do 11. roku życia dziewczynki nie nastąpiła żadna zmiana w zakresie rozwoju komunikacji. Pacjentka nie kontaktowała się werbalnie z nauczycielami, a także podczas nowych sytuacji społecznych, na przykład podczas wyjazdu wakacyjnego. Z większością rówieśników prowadziła rozmowy, ale tylko podczas przerw. Rodzice bardzo zaniepokojeni stanem dziewczynki zdecydowali się na ponowną konsultację psychologiczną oraz wizytę u psychiatry. Wdrożono farmakoterapię w postaci leków z grupy SSRI.

Aktualnie dziewczynka uczęszcza do klasy V publicznej szkoły podstawowej w małej miejscowości, osiąga słabe wyniki w nauce, cechuje ją niska motywacja do podejmowania wysiłku umysłowego. Pacjentka mieszka z rodzicami i starszą siostrą, z którą relacje można określić jako poprawne. Rodzice są aktywni zawodowo. Matka wykonuje zawód pielęgniarki w systemie zmianowym, natomiast ojciec jest taksówkarzem. Zarówno matka, jak i ojciec w dzieciństwie byli bardzo nieśmiali, wycofani, w związku z tym faktem bardzo dobrze rozumieją trudności, które ma córka.

Poniżej przedstawiono indywidualną konceptualizację pacjentki, która powstała na podstawie kilku miesięcy pracy terapeutycznej (rycina 3.).





Rycina 3. Konceptualizacja pacjentki. Opracowanie własne

W wyniku analizy zachowania dziewczynki wyróżniono jej typowe automatyczne myśli, emocje i zachowania w sytuacjach problemowych, związanych z komunikacją społeczną (tabela 1.).

Tabela 1. Typowe myśli automatyczne, emocje i zachowanie pacjentki (opracowanie własne)

Sytuacja	Myśli automatyczne	Emocje	Zachowanie
Czytanie w klasie polecenia	jestem słaba, wszyscy się na mnie patrzą	lęk smutek	pacjentka nic nie mówi
Rozmowa z nauczycielem	znowu nie dam rady nic powiedzieć inni zobaczą, że się boję	lęk smutek irytacja	pacjentka wzrusza ramionami

Spotkania z dziewczynką pozwoliły na wyróżnienie jej hipotetycznych przekonań kluczowych dotyczących jej samej, świata i innych ludzi, z którymi ma kontakt (tabela 2.). Rozważając kwestię przekonań pośredniczących, które mogłyby podtrzymywać wysoki poziom lęku, można by założyć, iż w sposobie myślenia dziewczynki dominują dwa: „Jeśli inni usłyszą co mówię, to na pewno mnie źle ocenią i pomyślą, że jestem dziwna”, „Jeśli nie radzę sobie z taką prostą rzeczą, jak mówienie, to jestem słaba”.

Tabela 2. Przekonania kluczowe dotyczące siebie, świata i innych

JA	ŚWIAT	INNI
Jestem słaba	jest zagrażający	cały czas mnie sprawdzają i oceniają nie można im zaufać

## Opis terapii

Ze względu na specyfikę zaburzenia przejawianego przez dziewczynkę, niżej opisany proces terapeutyczny był rozciągnięty w czasie, zajął wiele sesji, zanim można było zaobserwować efekty. Co więcej, wymagał od terapeutki dużej elastyczności w prowadzeniu sesji, ponieważ pacjentka nie zawsze była chętna do współpracy. Dziewczynka bardzo powoli wchodziła w relację z terapeutką, co wymagało dużej ostrożności w decydowaniu o kolejnych krokach. Pogodny nastrój i chęć dziewczynki do uczestnictwa w aktywności, która wcześniej nie była przez nią akceptowana były zdecydowanie pomocne. Wyzwaniem dla terapeutki były sesje, podczas których pacjentka odmawiała współpracy, prawdopodobnie niektóre zadania były dla niej zbyt szybko zaplanowane i mogła je postrzegać jako narzucone, w związku z tym przejawiała opór.

Pierwsze dwa miesiące spotkań terapeutycznych polegały na prowadzeniu z dziewczynką różnego rodzaju gier, które nie wymagały komunikacji werbalnej, takich jak np. Dobble, Uno, warcaby. W chwili, gdy terapeutka zauważyła systematyczne obniżanie się poziomu lęku w kontakcie z dziewczynką, zdecydowała o przejściu do kolejnego etapu terapii związanej z kontaktem słownym. Zadania pacjentki polegały na coraz głośniejszym mówieniu (gdy terapeutka miała zasłonięte oczy) najpierw jednej głoski, później słowa, a na końcu zdania. Ta sama sekwencja zadań odbywała się przy kontakcie wzrokowym z terapeutką. Kolejną aktywnością, w gabinecie terapeutycznym, było odsłuchiwanie razem z pacjentką czytanej przez nią w domu książki. Po kilku spotkaniach w takiej formie, pacjentka zaczęła w obecności psychologa coraz głośniej czytać wybrane gazety i krótkie opowiadania. Ostatnim etapem komunikacji w ramach terapii była spontaniczna rozmowa zainicjowana przez pacjentkę w momencie wspólnego oglądania zdjęć z wesela, na którym dziewczynka została wybrana do pełnienia roli drużyny.

Ze względu na fakt, iż u pacjentki występowały trudności z komunikacją w środowisku szkolnym, nauczyciele potrzebowali szczegółowych informacji i wskazówek na temat postępowania z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym. Psychoterapeutka zdecydowała się, po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców, na rozmowę telefoniczną z wychowawcą, następnie z innymi nauczycielami oraz na przekazanie szkole strategii pomocy dla dziewczynki.

Wydaje się ważne, że zaproponowane przez psychoterapeutkę strategie zostały zaakceptowane przez dyrekcję szkoły i były wprowadzane systematycznie w życie. Dodatkowo wyznaczono koordynatora działań do pracy z pacjentką na terenie szkoły, którym została nauczycielka języka polskiego. Dziewczynka zdecydowała w porozumieniu z terapeutką, iż ta pani wzbudza w niej największą sympatię i zadeklarowała, że będzie chętnie z nią współpracowała.

W psychoterapię dziewczynki byli też zaangażowani rodzice, którzy cały czas pozostawali w osobistym kontakcie z wychowawczynią pacjentki. Co dwa tygodnie odbywało się spotkanie rodziców i wychowawczyni, w trakcie którego planowano i omawiano interwencje na terenie szkoły i przekazywano konkretne wskazówki dotyczące realizacji kolejnych etapów oddziaływań.

Przed wprowadzeniem kolejnych kroków terapeutycznych w środowisku szkolnym przeprowadzono psychoedukację na temat mutyzmu wybiórczego nauczycieli mających kontakt z pacjentką, określono realistyczne cele dotyczące aktywnego uczestnictwa w za-

jęciach i komunikacji z dzieckiem. Bardzo ważny był fakt, iż dziewczynka była po raz kolejny zbadana przez psychologa prowadzącego terapię i finalnie dostosowano wymagania edukacyjne i sposób jej oceniania do możliwości dziecka. Uwzględnił on także trudności w nawiązywaniu kontaktu słownego. Dziewczynka odczuła ulgę, gdy po kilku latach w szkole mogła przestać się zmagać się z nadmiernymi wymaganiami, przekraczającymi jej możliwości. Pracę z dziewczynką oparto przede wszystkim na budowaniu więzi pomiędzy nią a jej nauczycielką języka polskiego poprzez intensywny kontakt indywidualny na zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych, prawie każdego dnia w szkole. Nauczycielka została poinformowana o konieczności zaprzestania stosowania jakichkolwiek form nacisku na inicjację komunikacji werbalnej ze strony dziecka. Początkowe spotkania opierały się na porozumiewaniu się poprzez notatki, rysunki, przeglądanie zdjęć, gry planszowe niewymagające mówienia, odsłuchiwanie nagrań tworzonych w środowisku domowym. Opisywane aktywności były najpierw wdrażane w gabinecie terapeutycznym przez psychologa, a potem w szkole.

Następnie wdrożono program pozbywania się etykiety „milczka” w klasie. Dziewczynka zaczęła pełnić rolę dyżurnej, rozdawała ćwiczenia podczas lekcji, wycierała tablicę. Każda realizacja kolejnego z etapów była zapisywana w zeszycie aktywności. Dziewczynka po kilku miesiącach, dzięki pokonywaniu następujących po sobie kroków, dostawała nagrody w postaci ulubionej gry na telefonie, wyjazdu na basen lub do kuzynki, która daleko mieszka.

Terapeutka zdecydowała, iż dopiero po kilku miesiącach należy wdrożyć system wzmocnień pozytywnych, ponieważ pacjentka potrzebowała więcej czasu, aby nawiązać pozytywną relację z innymi nauczycielami. Niestety wynikało to także z braku chęci do współpracy lub dostępności części pedagogów. Pomimo przekazania wskazówek do postępowania z uczennicą, terapeutka nie otrzymywała informacji zwrotnej od osób, które deklarowały na początku chęć pomocy. Pacjentka była przez nich postrzegana jako leniwa i oporująca. Miało to decydujący wpływ na wydłużenie czasu leczenia.

Kolejnym etapem po nawiązaniu pozytywnej więzi z nauczycielką było włączenie do wspólnych zajęć rówieśników. Terapeutka zaplanowała, iż na etapie czytania ulubionej książki dziewczynce będzie towarzyszyła jej bliska koleżanka. Pacjentka bardzo chętnie uczestniczyła w tych zajęciach. Stopniowo zwiększano liczbę uczniów zaangażowanych w słuchanie wybranych przez dziewczynkę tekstów. Końcowym etapem programu w szkole dla dziewczynki było przeczytanie jednego zdania, a następnie krótkiego tekstu podczas obecności wszystkich dzieci w klasie. W tabeli poniżej przedstawiono kolejno następujące etapy postępowania z dzieckiem na terenie szkoły (tabela 3.).

Tabela 3. **Etapy współpracy ze szkołą i realizowane działania**

Etapy współpracy ze szkołą	Realizowane zadania
1.	Rozmowa telefoniczna z wychowawcą i nauczycielką języka polskiego (koordynatorką pracy z pacjentką)
2.	Spotkanie z dyrekcją i akceptacja programu postępowania z uczennicą na terenie szkoły

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

3.	Psychoedukacja nauczycieli na temat mutyzmu wybiórczego
4.	Badanie określające możliwości intelektualne dziewczynki (przeprowadzone przez psychologa) i dostosowanie wymagań szkoły do jej możliwości poznawczych
5.	Przedstawienie wychowawcy i koordynatorce kolejnych kroków pracy z dziewczynką na terenie szkoły, edukacja na temat wzmocnień pozytywnych, prowadzenie przez nauczycieli zeszytu zawierającego informacje na temat progresu w zachowaniu pacjentki

Analizując komunikację pozaszkolną i rozwój społeczny dziewczynki, zaobserwowano zdecydowany progres w tym zakresie. Pacjentka przed uczestnictwem w terapii poznawczo-behavioralnej prosiła zazwyczaj swoją siostrę o realizację podstawowych zadań mających na celu unikanie komunikacji z obcymi osobami. W trakcie spotkań terapeutka stosowała eksperymenty behawioralne w postaci wizyt w kawiarni i restauracji. Zadaniem dziewczynki było złożenie zamówienia u kelnerki dla siebie i psychologa, a także uiszczenie opłaty za rachunek. Początkowo kelnerka musiała się dopytywać pacjentki o składane zamówienie, ponieważ dziewczynka przekazywała je zbyt cicho, ale następne wizyty spowodowały wzrost kompetencji w tym zakresie. Każdy zrealizowany etap terapii był wzmocniany pozytywnie przez psychologa (ulubiona gra, pochwała słowna, wybór następnego miejsca wizyty). Opisane wyżej etapy były następnie przećwiczone z udziałem rodziców (na przykład samodzielne zamawianie lodów, zapytanie obcej osoby o drogę do restauracji podczas wakacji). Poniżej zaprezentowano tabelę z podsumowaniem kolejnych realizowanych etapów z zakresu komunikacji pozaszkolnej, z udziałem psychologa lub rodziców (tabela 4.).

Tabela 4. Etapy komunikacji pozaszkolnej i realizowane działania

Etapy komunikacji pozaszkolnej	Realizowane działania
1.	Wyjście do restauracji z psychologiem — obserwacja miejsca przez dziecko, omówienie zaplanowanego kolejnego zadania — samodzielnego zamówienia deseru
2.	Wyjście do restauracji z psychologiem i złożenie przez dziewczynkę zamówienia
3.	Wyjście do piekarni z psychologiem — obserwacja miejsca
4.	Wyjście do piekarni z psychologiem i kupienie przez dziewczynkę pieczywa i wybranej przez siebie babeczki
5.	Wyjście z rodzicami do galerii handlowej i obserwacja procesu kupowania lodów przez siostrę i rodziców
6.	Wyjście z rodzicami do galerii handlowej i samodzielne zamówienie lodów

Podsumowując, proces terapeutyczny był długotrwały, wymagający zaangażowania wielu osób. Główny cel spotkań, jakim była komunikacja dziewczynki z osobami spoza rodziny, został osiągnięty. Pacjentka rozmawia z nauczycielami, innymi obcymi osobami, nie przejawia nadmiernego lęku w tego typu sytuacjach. Co więcej, po powrocie ze szkoły chętnie rozmawia z rodzicami na temat swoich emocji, trudności, których doświadcza, co wcześniej się nie zdarzało. Warto byłoby poprowadzić z dziewczynką dalszą pracę terapeutyczną

skupioną na jej zainteresowaniach, które są bardzo ograniczone, a także na urozmaiceniu czasu wolnego. Istotne wydaje się także stosowanie przez rodziców i nauczycieli częstych wzmocnień pozytywnych, mających korzystny wpływ na wzrost samooceny pacjentki.

## Dyskusja

Bardzo ograniczona liczba badań z zakresu diagnozy i terapii mutyzmu wybiórczego wśród dzieci i młodzieży zdecydowanie utrudnia zaplanowanie terapii. SM jest słabo rozumiany przez osoby, które cierpią z jego powodu, ich rodziny, obce osoby, a także przez specjalistów, którzy nie mają w tym zakresie aktualnej wiedzy i doświadczenia. Opisany przypadek pacjentki potwierdza najnowsze wnioski badaczy dotyczące prowadzenia terapii, która kładzie nacisk na multidyscyplinarne interwencje w celu obniżenia odczuwanego poziomu lęku przez pacjenta. Większość podejść terapeutycznych podkreśla także behawioralne komponenty w ujęciu poznawczo-behawioralnym, jako że symptomy mutyzmu pojawiają się w dzieciństwie, a restrukturyzacja poznawcza jest utrudniona ze względu na wiek dziecka. Główne elementy leczenia to gradacja ekspozycji i wzmocnienia pozytywne za nawiązanie kontaktu. Niezbędne w prowadzeniu terapii jest zaangażowanie rodziców i nauczycieli, ich psychoedukacja, chęć realizacji kolejnych kroków prowadzonego postępowania z dzieckiem. Jest to spójne z podejściem systemowym, według którego terapeuta powinien się koncentrować na odbudowaniu u dziecka (poprzez rodziców) zaufania do pozarodzinnego środowiska. Należy podkreślić, iż najważniejszą zasadą w leczeniu dzieci z mutyzmem jest rezygnacja przez terapeutę i inne osoby mające kontakt z pacjentem z nadmiernego nacisku na prowadzenie przez dziecko rozmowy. Poprzez akceptację innych sposobów komunikacji (takich jak gest, mimika, pisanie) wyraża się szacunek dla dziecka, co w konsekwencji zachęca je do nawiązywania pozytywnej relacji, rozwoju ustnych wypowiedzi, a tym samym do rozwoju psychospołecznego.

## Piśmiennictwo

1. APA. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
2. Cohan SL, Price JM, Stein MB. Suffering in silence: why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2006; 27(4): 341–355.
3. Krysanski VL. A brief review of selective mutism literature. *J. Psychol.* 2003; 137(1): 29–40.
4. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
5. World Health Organisation. ICD-11 Reference Guide. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/167946871>
6. Hua A, Major N. Selective mutism. *Curr. Opin. Pediatr.* 2016; 28(1): 114–120.
7. Sharkey L, McNicholas F. More than 100 years of silence, elective mutism: a review of the literature. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2008; 17(5): 255–263.

8. Viana G, Beidel D, Rabian B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clin. Psychol Rev.* 2009; 29(1): 57–67.
9. Sharp W, Sherman C, Gross A. Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder. *J. Anxiety Disord.* 2007; 21(4): 568–579.
10. Muris P, Ollendick TH. Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2015; 18(2): 151–169. DOI: 10.1007/s10567-015-0181-y.
11. Steinhausen HC, Adamek R. The family history of children with elective mutism: a research report. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 1997; 6(2): 107–111.
12. Kopp S, Gillberg C. (1997). Selective mutism: A population-based study: A research note. *J. Child Psychol. Psychiatr. All. Discipl.s* 1997; 38(2): 257–262.
13. Steinhausen HC, Juzi C. Elective mutism: An analysis of 100 cases. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1996; 35(5): 606–614. DOI: 10.1097/00004583-199605000-00015.
14. Kristensen H, Oerbeck B, Manassis K. Selective mutism. W: IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2019, s. 225–250. DOI: 10.1016/b978-0-12-813004-9.00011-6.
15. Gensthaler A, Maichrowitz V, Kaess M, Ligges M, Freitag CM, Schwenck C. Selective mutism: The fraternal twin of childhood social phobia. *Psychopath.* 2016; 49(2): 95–107. DOI: 10.1159/000444882.
16. Scott S, Beidel DC. Selective mutism: An update and suggestions for future research. *Curr. Psychiatry Rep.* 2011; 13(4): 251–257.
17. Edison SC, Evans MA, McHolm AE, Cunningham CE, Nowakowski ME, Boyle M, Schmidt LA. An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2011; 42(3): 270–290.
18. Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, Hennighausen K, Gutenbrunner C. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2001; 251(6): 284–296.
19. Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 39(2): 249–256.
20. Wong P. Selective mutism: A review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry* 2010; 7(3): 23–31.
21. Viana AG, Beidel DC, Rabian B. Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clin. Psychol. Rev.* 2009; 29(1): 57–67.
22. Weisz JR, Kuppens S, Ng, MY, Eckshtain D, Ugueto AM, Vaughn-Coaxum R, Fordwood SR. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *Am. Psychologist* 2017; 72(2), 79–117. DOI: 10.1037/a0040360.
23. Zakszeski BN, DuPaul GJ. Reinforce, shape, expose, and fade: A review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health* 2017; 9: 1–15.
24. Holka-Pokorska J, Piróg-Balcerzak A, Jarema M. Kontrowersje wokół diagnozy mutyzmu wybiórczego krytyczna analiza trzech przypadków w świetle współczesnych badań oraz kryteriów diagnostycznych. *Psychiatr. Pol.* 2018; 52(2): 323–343.
25. Klein ER, Armstrong SL, Skira K, Gordon J. Social communication anxiety treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 2017; 22(1), 90–108. DOI:10.1177/1359104516633497.

26. Strawn JR, Welge JA, Wehry AM, Keeshin B, Rynn MA. Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depress. Anxiety* 2015; 32(3), 149–157. DOI: 10.1002/da.22329.
27. Scharfstein LA, Beidel DC, Finnell LR, Distler A, Carter NT. Do pharmacological and behavioral interventions differentially affect treatment outcome for children with social phobia? *Beh. Modification* 2011; 35(5): 451–467. DOI: 10.1177/0145445511408590.
28. Anderson C, Thomsen P. Electively mute children: an analysis of 37 Danish cases. *Nord. J. Psychiatry* 1998; 52(3): 231–238.
29. Mulligan C, Shipon-Blum E. Selective mutism: identification of subtypes and implications for treatment. *J. Education Hum. Develop.* 2015; 4(1), 79–96. DOI: 10.15640/jehd.v4n1a9.

Adres: listwan.angelika@gmail.com