

JOLANTA PANASIUK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5666-4899>

Mutyzm w autyzmie. Studium przypadku

Mutism in Autism. A Case Study

STRESZCZENIE

Zwiększanie się w ostatnich latach liczby dzieci, u których rozpoznawany jest mutyzm, czyli zamilknięcie, a także wzrost liczby dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu mogą mieć związek z przemianami cywilizacyjnymi, determinującymi biologiczne i społeczne warunki rozwoju dziecka. Autyzm, jako zaburzenie neurorozwojowe, jest różnicowany z mutyzmem – przejawem fobii społecznej. Diagnozowanie obydwu tych zaburzeń jest domeną psychiatrów i psychologów, jednak terapią dzieci z autyzmem i mutyzmem coraz częściej zajmują się logopedzi. Artykuł ma na celu zaprezentowanie patomechanizmów i symptomów mutyzmu w kontekście zaburzeń autystycznych oraz procedury postępowania logopedycznego w przypadku 9-letniego dziecka autystycznego z rozwiniętymi sprawnościami językowymi, u którego w wyniku przeżytej traumy wystąpił mutyzm. Ustalenie kryteriów diagnozy różnicowej autyzmu i mutyzmu oraz wypracowanie strategii terapii dziecka ze sprzężonymi zaburzeniami sprawności komunikacyjnych wymaga uwzględnienia neurobiologicznych patomechanizmów, leżących u podłoża tych objawów.

Słowa kluczowe: autyzm, mutyzm, sprzężone zaburzenia mowy, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna

SUMMARY

An increase in recent years in the number of children diagnosed with mutism, i.e. silent period/dumbness, as well as an increase in the number of children with autism spectrum developmental disorders, may be related to civilizational transformations that determine the biological and social conditions for the child's development. Autism as a neurodevelopmental disorder is differentiated from mutism – a symptom of social phobia. Diagnosing of the two disorders is the domain of psychiatrists and psychologists; however, the treatment of children with autism and mutism is increasingly often provided by logopedists (speech therapists). The goal of the article is to present the

pathomechanisms and symptoms of mutism in the context of autistic disorders and the procedure for logopedic management in the case of a 9-year-old autistic child with developed language skills, in whom mutism occurred as a result of having experienced a trauma. Establishing of the criteria for the differential diagnosis of autism and mutism and developing a strategy for the treatment of the child with combined communication skills disorders requires taking into account the neurobiological pathomechanisms underlying these symptoms.

Key words: autism, mutism, combined speech disorders, logopedic diagnosis, logopedic treatment

WPROWADZENIE

Autyzm – opisywany jako całościowe zaburzenie neurorozwojowe – jest różnicowany z mutyzmem, określanym jako przejaw reakcji lękowych. Obowiązujące klasyfikacje chorób ICD-10 (1994) i DSM-5 (2013) wykluczają diagnozę mutyzmu wybiórczego u dzieci autystycznych. Jednak praktyka kliniczna pokazuje, że mówiące dziecko z zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu, ze względu na ograniczenia w sferze językowej i komunikacyjnej, jest szczególnie narażone na traumę w kontaktach społecznych, a przez to na wystąpienie mutyzmu. Rozpoznanie patomechanizmów determinujących interferencję objawów zaburzeń neurorozwojowych i emocjonalnych wymaga badania longitudinalnego, a interpretacja objawów zaburzeń mowy na potrzeby diagnozy logopedycznej musi uwzględniać informacje o dynamice rozwoju dziecka w sferze językowej i komunikacyjnej, uzyskane w pogłębionym wywiadzie katamnesticznym.

Celem pracy jest wskazanie specyfiki zachowań językowych dziecka autystycznego z mutyzmem wybiórczym. Poprzez analizę werbalnych i niewerbalnych wykładników zachowań interakcyjnych w różnych sytuacjach komunikacyjnych podjęto próbę zróżnicowania w obrazie klinicznym interferujących objawów oraz mechanizmów zaburzeń komunikacji, a przez to określenie kryteriów diagnozy różnicowej autyzmu i mutyzmu wybiórczego, celem ustalenia optymalnych form terapii logopedycznej.

ISTOTA MUTYZMU

Mutyzm (łac. *mutus, muta, mutum* ‘niemy’), znany jeszcze ze starożytnych przekazów¹, po raz pierwszy został opisany w 1877 roku przez niemieckiego lekarza Adolfa Kussmaula jako *aphasia voluntaria* ‘afazja dobrowolna’. Nazwa błędnie sugerowała, że osoby z mutyzmem świadomie decydują się na milczenie. Do utrwalenia takiego sposobu interpretowania mutyzmu przyczyniła się publikacja

¹ Historię niemówiącego lidyjskiego króla Krezusa z VI wieku przed Chrystusem przytacza A. Kołaczowska (por. *Logopeda w ogrodzie kultury*, [w:] *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk 2012, s. 228).

szwajcarskiego psychiatry Moritza Tramera. W 1934 roku w magazynie „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” przedstawił on wyniki swoich badań, które miały wskazywać na to, że mutyzm jest dowolnym wyborem człowieka². Na określenie tego zaburzenia wprowadził termin *elective mutism* ‘wybiórcze milczenie’ (Tramer 1934).

„Mutyzm selektywny” – jako osobna jednostka diagnostyczna – po raz pierwszy został opisany w amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych z 1992 roku (DSM-IV, 1992) i wciąż funkcjonuje jako jednostka chorobowa w obowiązujących klasyfikacjach chorób oraz zaburzeń psychicznych (DSM-5 2013; ICD-10 1996) pomimo narastających kontrowersji wokół nozologicznego statusu tego zaburzenia.

Natalia Reuttowa (1971), odwołując się do pionierskiej pracy Moritza Tramera (1934), zestawia rozmaite uwarunkowania mutyzmu. Historycznie mutyzm bywał opisywany w przypadkach chorobliwej nieśmiałości (mutyzm „nieśmiałych”), hysterii, katatonicznej postaci schizofrenii, w ciężkich stanach depresyjnych, wstrzymania wszelkich procesów myślowych (jako objaw otępienia), przy wstrząsach emocjonalnych (mutyzm tymogeny, afektywny), nadwrażliwości oraz nadmiernej koncentracji na sobie samym, a także w sytuacjach kłopotliwych dla pacjenta, upokarzających go (mutyzm symulantów), gdy jest on przekonany o нефункциональности narządu głosowego (mutyzm ideogeny) lub przeżywa obawę przed kompromitacją (mutyzm woluntarny).

Współcześnie częste niejasności dotyczące użycia terminu „mutyzm” wynikają z tego, że raz bywa używany na opisanie braku zdolności mówienia przy wykształconych i zachowanych możliwościach wydobywania głosu w trakcie czynności odruchowych (chrząkania, kaszlu itd.) bądź też na określenie całkowitej niezdolności do wydawania dźwięków, co towarzyszyć może głębokiej neurodegeneracji i jest stałą cechą anatrii³, a jeszcze innym razem na oznaczenie osobnej

² Termin *mutyzm selektywny* oraz pierwsze kryteria diagnozowania tego zaburzenia również uwypuklały znaczenie świadomej decyzji pacjentów o wycofaniu się z kontaktu werbalnego. Terminu używano na określenie zależnej od woli „odmowy mówienia” do większości osób oraz w większości sytuacji społecznych. Nazwa *elective mutism* figurowała jeszcze w klasyfikacji DSM-III-R, a także przewijała się w polskim piśmiennictwie psychiatrycznym (Kołakowski, Liwska i Wolańczyk 1996). W latach 80. i 90. XX wieku badacze skłaniali się do interpretacji objawów mutyzmu wybiórczego jako przejawu zachowań opozycyjno-buntowniczych, a nie objawu lęku społecznego (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak i Jarema 2018).

³ W drugim znaczeniu mutyzm jako objaw można rozpoznać w przypadku różnych patomechanizmów: zapalenia krtani i innych zakłóceń czynności więzadeł głosowych, laryngektomii, zaburzenia przewodzenia nerwowo-mięśniowego, neuropatii obwodowej, zaburzenia neuronu ruchowego w obszarze pnia w przebiegu stwardnienia zanikowego bocznego (łac. *sclerosis lateralis amyotrophica* – SLA), zapalenia wirusowego mózgu, chorób naczyń mózgowych, w zespołach pozapiramidowych – chorobie Parkinsona, postępującym porażeniu nadjądrowym, chorobie Wilsona, dystoniach, w wyniku wodogłowia, guza mózgu, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych itp.

jednostki nozologicznej, zgodnie z kryteriami opisanymi w obowiązujących klasyfikacjach zaburzeń (DSM-5, 2013; ICD-10, 1994).

Na gruncie logopedii mutyzm był definiowany jako zaburzenie substancji w płaszczyźnie suprasegmentalnej i segmentalnej – w klasycznej typologii objawowej Leona Kaczmarka (1975), lub jako endogenne zaburzenie mowy zaliczone do nerwic – w klasyfikacji przyczynowej Ireny Styczek (1983). Kryterium etiologiczne dało podstawę do wyodrębnienia dwu postaci mutyzmu:

- mutyzmu organicznego (akinetycznego, hiperkinetycznego),
- mutyzmu funkcjonalnego (psychogenego).

Według Elżbiety Minczakiewicz (1997) podział ten nie jest rozłączny, a obie grupy czynników mogą nakładać się na siebie. Nieznaczące dysfunkcje o charakterze organicznym mogą doprowadzać do głębokich zaburzeń mutystycznych, jeśli współwystępują z nimi niekorzystne czynniki zewnętrzne (np. osamotnienie, silne przeżycia osobiste).

W ujęciu teoretycznym mutyzm organiczny objawia się ograniczeniem bądź zniesieniem czynności mówienia na skutek uszkodzenia mózgu lub obwodowych narządów mowy (nieprawidłowości w budowie jamy ustnej: języka, szczęk, warg, podniebienia, pierścienia zwierającego gardło itp. lub w budowie krtani), a także dysfunkcji tych organów (Herzyk 1992). Z mutyzmem organicznym współwystępują zwykle inne objawy uszkodzeń centralnego układu nerwowego:

- afazja ruchowa (przy zachowanym rozumieniu; mutyzm afatyczny ma zwykle charakter przemijający),
- apraksja (zaburzenia intencjonalnych ruchów języka i warg; ujawnia się podczas wykonywania dowolnych czynności, takich jak unoszenie języka do podniebienia, gwizdanie, dmuchanie, oblizywanie warg, wysuwanie języka i jego cofanie w głąb jamy ustnej),
- akineza (znaczne spowolnienie aktywności ruchowej, brak reakcji ruchowej na bodźce zewnętrzne),
- hiperkineza (ogólny niepokój ruchowy, niecelowe i niekontrolowane stereotypowe ruchy; zamiast reakcji werbalnych pojawiają się pojedyncze, głośne, nieartykułowane dźwięki) (Minczakiewicz 1997).

Mutyzm funkcjonalny natomiast oznacza milczenie lub ograniczenie mówienia, przy braku uszkodzeń centralnego układu nerwowego oraz anomalii w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy (Reuttowa 1971). Irena Styczek (1983) mutyzm zalicza do logoneuroz (nerwic mowy) i definiuje to zaburzenie jako całkowitą niemożność posługiwania się mową przy zachowanym jej ro-

W gruncie rzeczy każdy zaawansowany proces chorobowy układu nerwowego może wywołać objawy mutyzmu.

zumieniu. Wystąpienie takich objawów wiąże z działaniem czynników egzogennych, do których należą m.in.: silne przeżycia i długotrwałe sytuacje stresowe, nieprawidłowa struktura rodziny, nieporozumienia w środowisku domowym, nagłe zmiany w systemie rodzinnym (narodziny dziecka, śmierć bliskiej osoby), maltretowanie i przemoc, deprywacja psychicznych potrzeb, zaniedbania wychowawcze, ograniczona komunikacja, zakaz ujawniania sekretów (Goodman, Scott 2000). Mutyzm funkcjonalny jest diagnozowany po wykluczeniu organicznych uszkodzeń mózgu, anomalii anatomicznych i ograniczeń funkcjonalnych w obrębie narządów mowy (Chavira i in. 2007).

Ze względu na zakres i nasilenie objawów w mutyzmie funkcjonalnym wyróżniono dwa jego rodzaje (Herzyk 1992; Minczakiewicz 1997):

- mutyzm selektywny (częściowy, wybiórczy) – pacjent rozmawia tylko z niektórymi osobami, np. członkami rodziny, lub w niektórych sytuacjach społecznych, a w obecności osób obcych lub w szczególnych uwarunkowaniach sytuacyjnych rezygnuje z komunikowania się werbalnego⁴;
- mutyzm całkowity (histeryczny) – bez względu na sytuację pacjent wydaje jedynie bezgłośny szept, rzadko realizuje komunikaty niewerbalne w formie gestów, nie inicjuje spontanicznych wypowiedzi; u osób, które opanowały czynność pisania, możliwe jest porozumiewanie się za pomocą pisma, u małych dzieci – za pomocą rysunku.

Mutyzm częściowy objawia się swobodnym mówieniem w określonych okolicznościach do wąskiego kręgu bardzo bliskich osób (np. dzieci rozmawiają jedynie z rodzicami), przy jednoczesnym braku możliwości mówienia w obecności obcych osób (np. dzieci nie rozmawiają z nauczycielami i rówieśnikami w przedszkolu lub szkole). Zachowanie osób mutystycznych w domu i poza nim może znacząco się różnić. W środowisku domowym bywają one energiczne, kontrolujące, dominujące i uparte, niekiedy wręcz agresywne lub manipulujące. Poza domem stają się zahamowane w wyrażaniu emocji, bierne (Kołakowski, Liwska i Wolańczyk 1996). Zdarza się, choć sporadycznie, że jest odwrotnie i dziecko mówi w szkole, a w domu milczy. W przypadku osób z mutyzmem zachowana jest komunikacja niewerbalna przy pomocy gestykulacji, mimiki, a także zdolność do posługiwania się pismem lub rysunkiem (Herzyk 1992).

Mutyzm całkowity różni się od mutyzmu selektywnego również tym, że u pacjenta z mutyzmem całkowitym może pojawić się dramatyczny krzyk (spa-

⁴ W obrębie mutyzmu wybiórczego (selektywnego) może wystąpić mutyzm sytuacyjny, który pojawia się u dzieci prawidłowo rozwijających się fizycznie i umysłowo, normalnie mówiących w sytuacjach znanych i niemówiących w sytuacjach nowych (środowisko przedszkolne lub szkolne) (Minczakiewicz 1997). Przypadki niemówienia w pierwszych tygodniach pobytu dziecka w przedszkolu lub szkole nie spełniają jednak klinicznych kryteriów diagnozy mutyzmu według ICD-10 (1994) i DSM-5 (2013).

zmatyczny, z usztywnieniem mięśni języka i warg), nieartykułowane dźwięki bądź bezgłosny szept, a także dysfagia (trudności w przełykaniu), brak łaknienia (w głębokiej formie doprowadzający do anoreksji), amimia (zredukowana mimika twarzy, ograniczone mimowolne ruchy oczu) i afonia (bezgłos) (Herzyk 1992). W jednym i drugim przypadku podłożem trudności w mówieniu są czynniki psychiczne, np. emocjonalnie trudne sytuacje, uraz psychiczny spowodowany bolesnymi przeżyciami (Minczakiewicz 1997).

Według klasyfikacji ICD-10 (1994) mutyzm wybiórczy (F94.0) jest jedną z trzech kategorii umieszczonych w grupie „zaburzeń funkcjonowania społecznego rozpoczynających się w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym” i nie jest zaliczany do zaburzeń mowy oraz języka, lecz do grupy F90-F98, określonej jako „zaburzenia zachowania i emocji”. Według kryteriów diagnostycznych przyjętych w tej klasyfikacji mutyzm rozpoznaje się wówczas, gdy:

- poziom rozwoju języka oceniany według standardowych testów mieści się w granicach dwóch odchyłeń standardowych, stosownie do wieku dziecka,
- występuje względnie trwała niemożność mówienia w specyficznych sytuacjach, w których mówienie jest od dziecka oczekiwane (w przedszkolu, w szkole), pomimo potwierdzonego mówienia w innych sytuacjach,
- czas trwania zaburzenia przekracza 4 tygodnie,
- nie występuje żadne z całościowych zaburzeń rozwojowych,
- zaburzenia nie wyjaśnia brak znajomości języka mówionego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia.

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5 (2013) mutyzm wybiórczy został przeniesiony z kategorii „zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji” do kategorii „zaburzenia lękowe”, co ugruntowało przekonanie o lękowym podłożu tego zaburzenia. Kryteria rozpoznawania mutyzmu wybiórczego nie zmieniły się, różnica dotyczy jedynie tego, że może być on diagnozowany nie tylko w wieku rozwojowym i młodzieńczym, ale także u osób dorosłych, u których zamilknięcie ma podłoże lękowe i nie jest objawem psychozy, zaburzeń neurorozwojowych, schorzeń neurologicznych, wynikiem braku wiedzy czy trudności językowych. Rozpoznanie mutyzmu według DSM-5 (312.23) określają kryteria wyłączające i włączające.

a) Kryteria wyłączające to:

- wykluczona lub mało prawdopodobna dysfunkcja mózgowia,
- brak zaburzeń w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy,
- nie występują całościowe zaburzenia rozwojowe (spektrum zaburzeń autystycznych), schizofrenia lub inne zaburzenia psychiczne;

b) Kryteria włączające to:

- wystąpiły zewnętrzne czynniki patogenne o różnym charakterze (np. deprywacja środowiskowa, nieprawidłowa struktura rodziny, błędy wychow-

- wawcze, silne przeżycia psychiczne – szok lub długotrwałe sytuacje stresowe),
- brak mówienia w określonych sytuacjach przez okres minimum 1 miesiąca (nie uwzględnia się pierwszego miesiąca w szkole lub w przedszkolu),
 - zakłócenie wpływa na osiągnięcia szkolne lub zawodowe albo na komunikację społeczną.

Przyjmując koncepcję lękowego podłoża mutyzmu funkcjonalnego, jego neurobiologiczne uwarunkowania należy łączyć ze strukturami układu limbicznego, który odpowiada za regulację emocji. Wśród tych struktur kluczową rolę pełni podwzgórze odpowiadające za neurohormonalną aktywność mózgu. Przez tę część mózgu wysłana jest informacja do przysadki mózgowej, która kontroluje wydzielanie większości hormonów oraz układu współczulnego i przywspółczulnego. W przypadku zagrożenia dochodzi do wyrzutu adrenaliny i kortyzolu do krwi, czego wynikiem są zmiany wegetatywne, takie jak skurczenie mięśni, przyspieszenie oddechu, związane z przygotowaniem do ucieczki lub obrony. System ten nazywany jest osią podwzgórze – przysadka – nadnercza. Istotne znaczenie ma też hipokamp, odpowiedzialny za pamięć epizodyczną (zależną od kontekstu) i uczenie się. Posiada on połączenia z korą przedczołową, ciałem migdałowatym oraz podwzgórzem, dzięki czemu ma wpływ na pobudzenie kory i regulację reakcji emocjonalnych. Hipokamp jest strukturą, która umożliwia zapamiętywanie doświadczeń, zabarwienie emocjonalne nadaje im natomiast ciało migdałowate. Osobną rolę w procesie zapamiętywania odgrywa zakręt obręczy, który jest odpowiedzialny za konsolidację śladów pamięciowych, a w połączeniu z korą przedczołową umożliwia uświadomienie sobie zachodzących procesów psychicznych. Struktura ta aktywuje się np. przy nazywaniu emocji (Fix, 1997; Martin 2001).

Ze względu na emocjonalne uwarunkowania mutyzmu psychogenego można wyróżnić cztery jego rodzaje (Kołakowski, Liwska i Wolańczyk 1996):

- foniczny – występuje u dzieci, które boją się własnego głosu lub przeżywają natręctwa,
- symbiotyczny – jest wynikiem niezwykle silnej więzi dziecka z rodzicami, nad którymi sprawuje kontrolę,
- bierno-agresywny – kiedy milczenie jest manifestacją wrogości i staje się „bronią” dziecka,
- reaktywny – kiedy zamilknięcie jest reakcją na traumatyczne wydarzenia.

Z badań wynika, że mutyzm jest zaburzeniem stosunkowo rzadko pojawiającym się u dzieci o harmonijnym rozwoju⁵. Zwykle współwystępuje z innymi

⁵ Częstość występowania mutyzmu wybiórczego jest trudna do oszacowania ze względu na wciąż niedostateczną wiedzę na temat tego zaburzenia. Przyjmuje się, że w Polsce ten problem dotyczy 0,02% populacji dzieci i młodzieży oraz 0,2% wśród dzieci leczonych psychiatrycznie

zaburzeniami neuropsychiatrycznymi (nadpobudliwością ruchową, tikami, lękiem, depresją), trudnościami w kontrolowaniu czynności fizjologicznych (mimowolne zanieczyszczanie się kałem, moczenie się). Może dotyczyć zarówno dzieci w normie intelektualnej, jak i z różnymi stopniami niepełnosprawności intelektualnej, może wystąpić u dzieci z prawidłowym rozwojem mowy, a także w przypadku opóźnień w rozwoju językowym i rozmaitych wad wymowy. Bywa też diagnozowany u dzieci z dysfunkcją narządu ruchu (np. po amputacji kończyny). Zaburzenie to występuje zwykle u dzieci pomiędzy 3. a 12. rokiem życia, szczyt zachorowań dotyczy dzieci rozpoczynających edukację przedszkolną (3-letnich) lub naukę szkolną (6–7-letnich) (Wong 2010), może pojawić się również u młodzieży i osób dorosłych.

Czynnikami predykcyjnym mutyzmu wybiórczego mogą być uwarunkowania rodzinne – występowanie mutyzmu wybiórczego u jednego z rodziców lub rodzeństwa, a także problemy osobowościowe rodziców, zakłócone relacje pomiędzy nimi bądź też nadopiekuńcza postawa matki.

KOMUNIKACJA W AUTYZMIE

Autyzm stwierdza się u osób z trudnościami w obrębie rozwoju społecznego, komunikowania się, przejawiających specyficzne wzorce aktywności, zainteresowań i zachowań (ICD-10 1994). Objawy tego zaburzenia dotyczą również funkcjonowania poznawczego, motorycznego i sensorycznego dziecka. Istotnym kryterium diagnozy autyzmu jest udział w interakcjach społecznych, w ich inicjowaniu i podtrzymywaniu poprzez kontakt wzrokowy, tworzenie wspólnego z inną osobą pola uwagi, reagowanie na bodźce społeczne (uśmiech i słowa). Połowa osób z autyzmem nie mówi, pozostałe osoby mówią, ale wykazują specyficzne trudności komunikacyjne (Pisula 2014).

W procesie rozwoju zdolności komunikowania się istotną rolę odgrywają dwa zjawiska, które zachodzą pod koniec 1. roku życia dziecka. Najpierw dziecko zaczyna zdawać sobie sprawę z tego, że jego zachowanie wywiera określony wpływ na innych i uczy się, w jaki sposób można domagać się od kogoś pożądanых rzeczy. Następnie nabywa zdolność posługiwania się symbolami i wyraża swoje intencje za pomocą gestów czy słów. Obydwie te sfery są u osób z autyzmem zaburzone (Olechnowicz 1997).

(Kołakowski, Liwska i Wołańczyk 1996). Trwa zwykle od kilku miesięcy do 2 lat. Zdarza się, że dłużej, nawet do 12 lat, średnio 8 lat. Występowanie mutyzmu selektywnego u dziewcząt i chłopców oscyluje przedziale od 2,6:1 do 1,5:1 (Freeman i in. 2004). W kontekście tej dysproporcji nasuwa się przypuszczenie, że o częstotliwości mutyzmu mogą decydować czynniki społeczno-kulturowe, w których dystans społeczny jest bardziej akceptowalny u dziewczynek niż u chłopców (McInnes i Manassis 2005).

Problemy w porozumiewaniu się są widoczne u dzieci z autyzmem nie tylko w sposobie mówienia, ale również w niewerbalnym komunikowaniu się. Jedną z pierwszych trudności na drodze do budowania relacji z innymi osobami są problemy dzieci z autyzmem dotyczące odczytywania wyrazu twarzy i rozpoznawania emocji, co powoduje poważne konsekwencje w dalszym ich rozwoju, niskie zdolności do wyodrębnienia bodźców społecznych jako informacji istotnych. W niewielkim stopniu interesują się tym, co robią ludzie znajdujący się w ich otoczeniu, nie śledzą ich zachowania, nie reagują (lub reagują z dużym opóźnieniem) na sygnały kierowane bezpośrednio do nich (Pisula 2014).

Dzieci z autyzmem napotykać na trudności związane z rozumieniem funkcji komunikowania się, tworzeniem wspólnego pola uwagi, niewerbalnymi aspektami komunikacji, typowymi formami komunikowania, komunikowaniem potrzeb, rozumieniem relacji słuchający – mówiący, organizowaniem informacji tak, żeby były one zrozumiałe dla rozmówcy, dostrzeganiem i korygowaniem błędów komunikacyjnych, komunikowaniem się w celu dzielenia zainteresowań. Rozwijanie zdolności do komunikowania się jest jednym z podstawowych celów wspierania rozwoju dziecka z autyzmem, a poziom rozwoju mowy jest jednym z najlepszych prognostyków dalszego przebiegu rozwoju dziecka. Im wcześniej i lepiej rozwija się mowa, tym lepsze są dalsze prognozy rozwojowe, chociaż nie jest to warunek decydujący (Pisula 2014).

Stan sprawności komunikacyjnych dzieci autystycznych jest zróżnicowany. Ze względu na poziom i jakość kontaktów społecznych wyróżnia się trzy kategorie osób autystycznych (Pisula 2000):

1. *The Aloof Group* (osoby wycofane) – stanowią większą część ogólnej populacji osób z autyzmem (61%), odznaczają się unikaniem kontaktów z innymi osobami, niskim poziomem rozwoju mowy, osłabieniem reakcji na polecenia i komunikaty przy licznych stereotypiach ruchowych,
2. *The Passive Group* (osoby pasywne) – akceptują kontakty z innymi, ale nie inicjują ich spontanicznie, posługują się dość rozbudowanym zasobem słownikowym, lecz tematyka ich wypowiedzi skupia się na wąskich obszarach zainteresowań a aktywność odznacza się schematycznością,
3. *The Active-But-Odd Group* (osoby aktywne społecznie) – dążą do nawiązywania kontaktów społecznych, odznaczają się najwyższym stopniem opanowania języka wśród osób z autyzmem, lecz wykazują trudności w rozumieniu wypowiedzi metaforycznych i posługiwaniu się znakami niewerbalnymi.

Zaburzenia mowy dotyczą więc wszystkich dzieci z autyzmem i przejawiają się jako trudności w zarówno w tworzeniu jak też rozumieniu komunikatów werbalnych i niewerbalnych (Markiewicz 2004). Zaburzenia w rozumieniu przejawiają się jako trudność w odnoszeniu słów do desygnatów, zubożenie struk-

tur pojęciowych przypisanych nazwom, trudności w interpretowaniu konstrukcji gramatycznych (Markiewicz 2007, 2015). W języku dziecka autystycznego słowa odnoszące się do pojęć abstrakcyjnych, czyli takich, które nie mają materialnych, dostępnych zmysłom odpowiedników, mogą sprawiać szczególne trudności interpretacyjne. Dzieci autystyczne „potrafią szybko nauczyć się, że słowo *kot* oznacza konkretnego kota, natomiast z trudem przychodzi im rozumienie, że oznacza ono wszystkie koty [...]. Duże trudności sprawia autystykom rozumienie słów mających podwójne znaczenie: konkretne i przenośne. Wiedzą oni, że słowo *głowa* oznacza część ciała, nie rozumieją jednak, gdy będzie się mówić o *głowie państwa* – za nic w świecie nie będą w stanie pojąć, że państwo ma głowę” (Peters 1996).

Tabela 1. Podstawowe deficyty językowe w komunikowaniu się dzieci autystycznych

Ograniczenia w komunikowaniu się dzieci autystycznych	Objawy
Deficyty ilościowe	brak mowy (z brakiem gestykulacji i z elementarną gestykulacją) opóźnienia w rozwoju mowy (krótkie, miesięczne i długotrwałe, wieloletnie) ograniczona spontaniczność w mówieniu (tylko łańcuch: bodziec – reakcja) ograniczone posługiwanie się mową
Deficyty jakościowe	echolalia (natychmiastowa i opóźniona) odwracanie zaimków neologizmy metaforyczne użycie języka nieodpowiednie uwagi wypowiedzi stereotypowe defekty w artykulowaniu
Deficyty w pragmatycznym użyciu języka	niezdolność do naprzemiennego wysławiania się brak komunikowania się w stosunku do dorosłych brak komunikowania się w stosunku do rówieśników niezdolność do symbolicznego użycia przedmiotów i symbolicznego rozumienia słów słabe używanie prozodii dla wyrażenia intencji słabe wykorzystanie bodźców wzrokowo-twarzowych w metakomunikacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie Konstantareas M.M., Blackstok E.B., Webster C.W., 1992, s. 73.

Symptomy autyzmu zmieniają się w toku życia człowieka. Zasadnicze cechy zaburzeń należących do autystycznego spektrum, odróżniające je od innych problemów, czyli obecność trudności w funkcjonowaniu społecznym i komunikowa-

niu się, są względnie stałe. To właśnie one decydują o specyfice autyzmu, a ich głębokość wpływa na przebieg rozwoju dziecka w różnych sferach oraz wyznacza skuteczność terapii. Jednak również w zakresie tych aspektów funkcjonowania z upływem lat zachodzą istotne zmiany. Czasami są one tak duże, że diagnoza autyzmu przestaje być aktualna, chociaż osoba nadal doświadcza wielu trudności i potrzebuje pomocy specjalistycznej (Panasiuk, Kaczyńska-Haładyj 2015).

AUTYZM I MUTYZM. PATOMECHANIZMY – SYMPTOMY – INTERFERENCJE

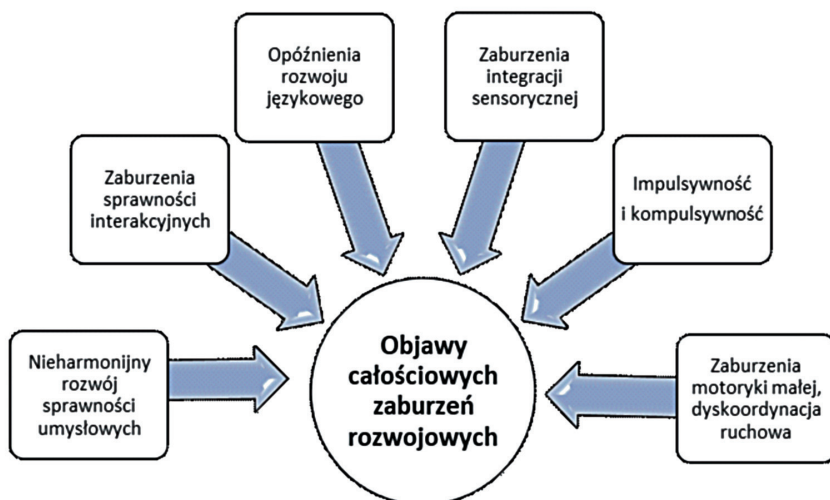
W pracy zastosowano metodę studium przypadku. Na podstawie informacji uzyskanych z wywiadu katamnesticznego, danych z wieloletniej obserwacji dziecka w sytuacjach rodzinnych i szkolno-terapeutycznych oraz w wyniku przeprowadzonych prób eksperymentalno-klinicznych przedstawiono rozwój języka i komunikacji u 11-letniego chłopca z autyzmem, u którego w 9. roku życia w związku z zaistniałą traumą wystąpiły objawy mutyzmu wybiórczego. Badania pozwoliły ustalić dynamikę narastania zaburzeń mutystycznych u dziecka z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu, wskazać na trudności diagnostyczne i terapeutyczne wynikające z interferencji mechanizmów oraz objawów współwystępujących zaburzeń komunikacji w obrazie klinicznym, a także konsekwencje tego stanu dla przyszłości badanego dziecka.

Opis przypadku

Badaniu poddano 11-letniego chłopca urodzonego przedwcześnie (w 34. tygodniu) drogą naturalną z pierwszej i powikłanej ciąży (zagrożenie porodem przedwczesnym) z masą urodzeniową 2240 g i 5 punktami w skali Apgar w 1. minucie życia. Po urodzeniu u dziecka stwierdzono niewydolność oddechową, zostało ono umieszczone w inkubatorze i poddano je biernej tlenoterapii. W badaniu klinicznym stwierdzono obniżenie napięcia mięśniowego, zasinienie skóry z licznymi wybroczynami, a jego stan określono jako ciężki. Wobec narastających objawów niewydolności oddechowej w 3. godzinie życia dziecko zaintubowano i podłączono do respiratora. Ze względu na podejrzenie infekcji wrodzonej zastosowano leczenie przeciwzapalne z immunoterapią. W 4. dobie życia u noworodka wystąpiło krwawienie do dróg oddechowych, a w kolejnych dniach dalsze pogorszenie stanu klinicznego: gorączka, duszności, zapalenie płuc. Po wstrząsie septycznym w 3. tygodniu życia rozpoczęto antybiotykoterapię. Stan kliniczny dziecka zaczął się poprawiać, chłopiec podjął samodzielny oddech, od 5. tygodnia życia był karmiony naturalnie. W badaniu neuroobrazowym (przeziemiączkowe USG głowy) ujawniono nieznaczne poszerzenie komór bocznych z pogrubiałą wyściółką; sploty naczyniówkowe hyperechogeniczne. Ocena neurologiczna wykazała prawidłowy stan reakcji odruchowych, symetrię ruchów kończyn przy

niewielkim wzmożeniem napięcia mięśniowego i nieznacznie odgięciowym ułożeniu głowy. Przy wypisaniu dziecka ze szpitala w 2. miesiącu życia zalecono dalszą opiekę ambulatoryjną.

Rozwój psychoruchowy chłopca od początku przebiegał nieharmonijnie, a w 5. roku życia rozpoznano u niego całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone (w klasyfikacji ICD-10: F84.9), z autystycznym spektrum zachowań. W ocenie psychologicznej stwierdzono opóźnienie w rozwoju o trudnym do stwierdzenia stopniu, obniżenie umiejętności w sferze werbalnej (liczne echolalie, brak sprawności dialogowych i monologowych), w sytuacjach zadaniowych trudności z koncentracją uwagi, nasilenie napięcia oraz niepokoju psychicznego, reakcje impulsive, a w codziennym zachowaniu okresową nadwrażliwość na dźwięki i trudności w wykonywaniu precyzyjnych ruchów. Chłopiec odznaczał się ciekawością poznawczą, penetrował otoczenie, ale nie wykazywał potrzeby dzielenia się swoimi emocjami i doświadczeniami z innymi, nie wchodził w spontaniczne interakcje społeczne, nie nawiązywał relacji rówieśniczych, nie dostosowywał swojego zachowania do społecznego i sytuacyjnego kontekstu, prezentował ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań, reagował stereotypowo, w nietypowy sposób używał zabawek, miał trudności w planowaniu tematycznej zabawy, nie potrafił naśladować zachowania innych i wcielać się w role społeczne. Jednocześnie stwierdzono, że 5-letnie dziecko zna litery i cyfry, potrafi płynnie czytać i liczyć do 10. Zalecono wielospecjalistyczną (psychologiczno-pedagogiczno-logopedyczną) terapię dziecka i opiekę ambulatoryjną w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci. Chłopiec zaczął uczęszczać do przedszkola integracyjnego.



Rycina 1. Objawy zaburzeń autystycznych u badanego chłopca
Źródło: opracowanie własne.

Systemowa terapia dziecka zaowocowała poprawą funkcjonowania społecznego i językowego. W wieku 6 lat chłopiec nawiązywał trwały kontakt wzrokowy, nie inicjował interakcji społecznych, ale je akceptował, podejmował zabawy konstrukcyjne, naśladowcze i symboliczne. Opanował zdolność logicznego myślenia przez analogię, operacje matematyczne (dodawał i odejmował na konkretnych w przedziale 10), kategoryzację według kryteriów formalnych i semantycznych, analizę i syntezę sylabową, głoskową oraz literową. Skupiał uwagę na wypowiedziach słownych, wykonywał polecenia, samodzielnie nazywał ilustracje, wykazując się przy tym bogatym słownikiem. Komunikował swoje potrzeby, ale w zachowaniach werbalnych wciąż realizował eholaliczne powtórzenia. W trakcie wykonywania zadań łatwo rozpraszał uwagę, wymagał motywacji, nadzoru i ukierunkowywania uwagi.

Na podstawie diagnozy psychiatrycznej (autyzm wczesnodziecięcy, mieszane deficyty rozwojowe w sferze poznawczej, komunikacyjnej z cechami wczesnodziecięcego zespołu hiperkinetycznego) i opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej (autyzm wczesnodziecięcy, deficyty w sferze poznawczej, zaburzenia komunikacji werbalnej, trudności w adaptacji społecznej) dziecko skierowano do kształcenia specjalnego.

Po rocznym odroczeniu obowiązku szkolnego chłopiec rozpoczął edukację w klasie integracyjnej. Wciąż uczęszczał na terapię logopedyczną i rozwijał się dynamicznie pod względem poznawczym, językowym i komunikacyjnym. Spontanicznie nawiązywał i podtrzymywał dialog z różnymi osobami, opowiadał historyjki obrazkowe, rozwiązywał zagadki, z przyjemnością brał udział w zajęciach szkolnych i terapeutycznych, wykazywał dużą aktywność poznawczą. Na tym etapie ograniczenia językowe dotyczyły rozumienia i tworzenia niektórych konstrukcji gramatycznych (związki rządu) oraz tekstów o znaczeniu metaforycznym. Występowały też trudności natury metajęzykowej (ocena poprawności wypowiedzi pod względem pragmatycznym, w mniejszym stopniu – semantycznym). Przy względnie dobrej sprawności językowej i znaczącej poprawie sprawności społecznych oraz sytuacyjnych dziecko wciąż wykazywało trudności z realizacją językowych reguł pragmatycznych, a także umiejętnym werbalizowaniem intencji komunikacyjnych, posługując się strukturami językowymi o wysokim stopniu stereotypowości.

W 9. roku życia u chłopca (wówczas ucznia II klasy szkoły podstawowej) nastąpiła zmiana w zachowaniu i zaczęły gwałtownie narastać zaburzenia komunikacyjne, które objawiły się formalną i semantyczną redukcją komunikatów słownych, a następnie afonią w relacjach z osobami spoza najbliższej rodziny. Dziecko było pełne niepokoju lub zastygało w bezruchu. Pojawienie się tych objawów zaburzeń emocjonalnych rodzice chłopca wiązali z lekcjami katechezy, w trakcie których dziecko było przygotowywane do Pierwszej Komunii Świętej. Wcze-

śniej chłopiec chętnie brał udział w nabożeństwach (bardzo lubił muzykę organową i kościelne pieśni), po zajęciach katechetycznych na wyjście do kościoła reagował łęką. W opinii rodziców zmiana w zachowaniu jest wynikiem traumy, której chłopiec doświadczył w związku z dosłownym rozumieniem treści realizowanych na lekcjach katechezy (ich temat dotyczył Męki Pańskiej). W tym samym czasie uczeń zaczął manifestować narastające trudności komunikacyjne w środowisku szkolnym. W ciągu kilku tygodni przestał mówić w szkole, na zajęciach terapeutycznych i w domu podczas obecności obcych osób. Wciąż rozumiał wypowiedzi innych i adekwatnie reagował na polecenia, jednak w tych interakcjach swoje intencje komunikował wyłącznie przy użyciu gestów i pantomimy. Wypowiedzi słowne realizował jedynie w kontaktach ze swoimi rodzicami, ale i w tych sytuacjach dało się zauważyć postępującą redukcję tekstu. Ten stan utrzymywał się w ciągu kolejnych trzech lat.

W 10. roku życia chłopca poddano kompleksowym badaniom specjalistycznym. Ocena funkcjonalna mózgu (EEG) wykazała nieprawidłową aktywność bioelektryczną znad obu okolic skroniowych i linii środkowej mózgu nad okolicą czołowo-ruchowo-ciemieniową w postaci wyładowań serii fal delta-theta podczas próby hiperwentylacji. W badaniu okulistycznym u dziecka stwierdzono astygmatyzm nadwzroczny, a badania laboratoryjne wykazały zaburzenia w funkcjonowaniu tarczycy (dziecku przypisano euthyrox N25). Na podstawie badania psychologicznego ogólny rozwój umysłowy dziecka oceniono wówczas na poziomie niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym. Taka ocena możliwości intelektualnych chłopca była zaskakująco niska w kontekście jego wcześniejszych osiągnięć rozwojowych, a także późniejszych wyników edukacji szkolnej opisanych przez wychowawczynię klasy, do której chłopiec uczęszczał od początku nauki w szkole.

Nauczycielka wówczas 11-letniego ucznia w opinii przygotowanej na wniosek matki wskazała na dużą wiedzę dziecka z zakresu języka polskiego i przyrody, przy gorszych wynikach osiągniętych w edukacji matematycznej, a także niechęci ucznia do wykonywania prac plastycznych, udziału w zajęciach technicznych i fizycznych, co mogło wynikać z ograniczeń dziecka w zakresie sprawności manualnej i jego dyskoordynacji ruchowej. Nauczycielka pozytywnie oceniła zaangażowanie autystycznego wówczas chłopca w zajęcia szkolne i aktywne uczestnictwo w życiu klasy, podkreśliła jego udział we wspólnych zabawach oraz imprezach klasowych. Jak zaznaczyła, chłopiec nie rozmawia z rówieśnikami, a swoje intencje wyraża za pomocą mimiki i gestykulacji. Wychowawczyni dostrzegła też pewne zmiany w zachowaniu chłopca i stwierdziła, że w ostatnim czasie przez całe zajęcia siedzi w ławce, co wcześniej nie miało miejsca, wykonuje ćwiczenia chętnie, a pochwały i drobne sukcesy motywują go do pracy. Chłopiec dobrze radził sobie z rozpoznawaniem relacji społecznych, interpretowaniem in-

formacji o znaczeniu emocjonalnym, co pozwalało prognozować dalszy rozwój procesów emocjonalno-motywacyjnych i zdolności empatycznych.

Można przypuszczać, że niespójność pomiędzy oceną psychologa diagnozującego poziom rozwoju intelektualnego chłopca w poradni psychologiczno-pedagogicznej a opinią jego nauczycielki wynika z metodyki badania. Niedostosowanie procedur diagnostycznych do funkcjonalnych możliwości dziecka wynikających ze sprzężonych zaburzeń: autyzmu i mutyzmu mogło zdecydować o niskim wyniku możliwości umysłowych dziecka, nieadekwatnym do jego rzeczywistych możliwości.

MUTYZM JAKO PROBLEM KLINICZNY

Kontrowersje dotyczące diagnozy mutyzmu wybiórczego skupiają się wokół następujących problemów (Viana, Beidel i Rabian 2009; Holka-Pokorska, Pi-róg-Balcerzak i Jarema 2018):

1. Czy mutyzm jest zaburzeniem o podłożu emocjonalnym?
2. Czy mutyzm jest pochodną zaburzeń rozwoju mowy?
3. Czy mutyzm jest zaburzeniem zachowania o typie zachowania unikającego?

Prezentowany przypadek skłania do oceny trafności obowiązujących w ICD-10 i DSM-5 kryteriów rozpoznawania mutyzmu wybiórczego na potrzeby diagnozy klinicznej i pozwala naświetlić sygnalizowane problemy dotyczące jego etiologii i obrazu klinicznego⁶.

a) Kryteria wyłączające:

- wykluczona lub mało prawdopodobna dysfunkcja mózgowa – u badanego dziecka wystąpiły zaburzenia neurorozwojowe, których podłożem są zmiany strukturalne i funkcjonalne w mózgu potwierdzone w badaniach instrumentalnych,
- brak zaburzeń w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy – u badanego dziecka nie stwierdzono nieprawidłowości anatomicznych w obrębie aparatu mowy ani ograniczeń w sprawności motorycznej narządów mowy; artykulacja była prawidłowa,
- nie występują całościowe zaburzenia rozwojowe (spektrum zaburzeń autystycznych), schizofrenia lub inne zaburzenia psychiczne – u badanego dziecka rozpoznano spektrum zaburzeń autystycznych;

b) Kryteria włączające:

- wystąpiły zewnętrzne czynniki patogene o różnym charakterze (np. deprivacja środowiskowa, nieprawidłowa struktura rodziny, błędy wycho-

⁶ Obecnie obowiązują w Polsce klasyfikacje DSM-5 oraz ICD-10 i wyłącznie odwołują się aktualne kryteria diagnozy. Od 1 stycznia 2022 roku zacznie w Polsce obowiązywać klasyfikacja ICD-11, gdzie mutyzm stanowi odrębną jednostkę diagnostyczną (6B06). (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-11*, 2019).

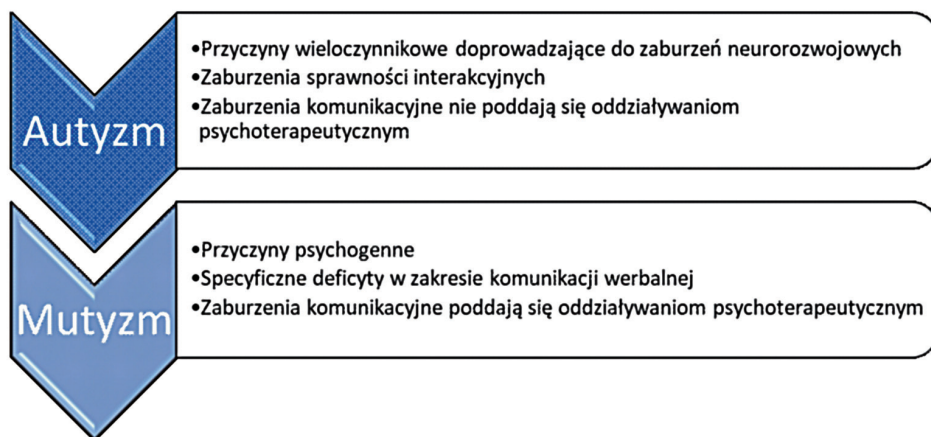
- wawcze, silne przeżycia psychiczne – szok lub długotrwałe sytuacje stresowe) – u badanego dziecka zamilknięcie nastąpiło w wyniku sytuacji stresowej wynikającej z językowych ograniczeń w rozumieniu znaczeń symbolicznych,
- brak mówienia w określonych sytuacjach przez okres minimum 1 miesiąca (nie uwzględnia się pierwszego miesiąca w szkole lub w przedszkolu) – u badanego dziecka mutyzm utrzymuje się nieprzerwanie od trzech lat,
 - zakłócenie wpływa na osiągnięcia szkolne lub zawodowe albo na komunikację społeczną – u badanego dziecka ograniczenia w mówieniu wynikające z mutyzmu zdecydowały o niskiej ocenie uzyskanej w badaniu psychologicznym, która wskazywać mogła na niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym, co zdeterminowało dalszy przebieg procesu edukacji poprzez ograniczenie treści programowych.

Etiologia i patogeneza zaburzeń psychicznych jest problemem nie tylko klinicznym, ale także naukowym. Interferencję mechanizmów i objawów psychopatologii można wyjaśniać na gruncie koncepcji współwystępowania zaburzeń psychicznych w indywidualnym rozwoju jednostki na poszczególnych etapach jej życia (*lifetime comorbidity*) (Wittchen 1996; Jacobi i in.). Ta perspektywa ma charakter anozologiczny i stoi w opozycji do obowiązujących systemów klasyfikacji chorób oraz zaburzeń psychicznych (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak i Jarema 2018).

Problemy diagnozy różnicowej autyzmu i mutyzmu

Przyjąć należy, że dysharmonijny rozwój w sferze emocjonalno-społecznej, komunikacyjno-językowej i poznawczej mówiącego dziecka z autystycznym spektrum zaburzeń może predestynować do wystąpienia mutyzmu wybiórczego. Badanie longitudinalne pokazuje, że u takiego dziecka mogą wystąpić objawy mutyzmu. Autyzm i mutyzm, choć stanowią osobne pod względem objawów jednostki diagnostyczne, w niektórych przypadkach klinicznych mogą ze sobą współwystępować. (Rycina 2).

W związku z dynamiką patologii uwarunkowaną czynnikami rozwojowymi oraz interferencją objawów natury biologicznej, psychicznej i społecznej powstają niespecyficzne spektra objawów i dylematy w interpretowaniu jednostkowego obrazu sprzężonych zaburzeń rozwojowych. Dane epidemiologiczne wskazują, że dzieci z objawami mutyzmu wybiórczego spełniają często także kryteria innych zaburzeń psychicznych, takich jak: depresja, zespół lęku panicznego, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia dysocjacyjne, zespół Aspergera, który diagnozowany jest nawet u 7,4% dzieci z mutyzmem wybiórczym (Kopp, Gillberg 1997; Sharp, Sherman i Gross 2007).



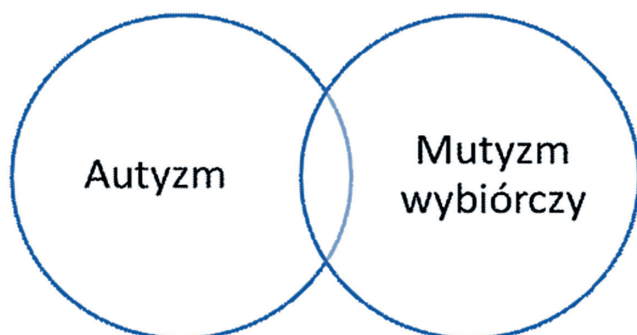
Rycina 2. Autyzm i mutyzm – zasady diagnozy różnicowej

Źródło: opracowanie własne.

Również praktyka logopedyczna dowodzi, że mutyzm wybiórczy może wystąpić na tle innych zaburzeń mowy, m.in.:

- zaburzeń języka i komunikacji ze spektrum autyzmu,
- jąkania,
- alalii prolongaty,
- opóźnienia rozwoju mowy w jednym języku w przypadku bilingwizmu nie zrównoważonego.

W literaturze przedmiotu coraz częściej wskazuje się na związek mutyzmu wybiórczego z występowaniem zaburzeń mowy (Manassis i in. 2007; McInnes i in. 2004) oraz centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego (Henkin, Bar-Haim 2015; Hoy 2002). Sprzężone trudności językowe modelują obraz mutyzmu u poszczególnych pacjentów, tworzą zindywidualizowany obraz patologii i wymagają zastosowania procedur diagnozy różnicowej w ocenie klinicznej, a także osobnych metod terapeutycznych.



Rycina 3. Relacja między zaburzeniami ze spektrum autyzmu i mutyzmem wybiórczym

Źródło: opracowanie własne.

Ocena logopedyczna, będąca elementem oceny wielospecjalistycznej, może być czynnikiem istotnym zarówno na etapie rozpoznawania problemu klinicznego, jak i na etapie weryfikowania hipotez diagnostycznych. Praktyczne aspekty logopedycznej diagnozy mutyzmu wiążą się z tym, że ocena powinna uwzględnić społeczne i sytuacyjne uwarunkowania językowego funkcjonowania dziecka. Poszczególne dzieci wykazują indywidualne różnice w radzeniu sobie z nowymi sytuacjami społecznymi. Mogą przejawiać przejściowe trudności komunikacyjne przypominające objawy mutyzmu w nowym środowisku (przedszkole, szkoła), które ustępują wraz z postępującą socjalizacją dziecka. Ograniczenia w komunikacji mogą też wynikać z głębokich zaburzeń w rozwoju językowym (np. u dzieci z bilingwizmem niezrównoważonym). Niedobory językowe, jako przyczynę tych trudności, logopeda może wykluczyć w przypadku, gdy ma dane o skutecznej komunikacji werbalnej dziecka w niektórych sytuacjach. Ocena neurologopedyczna opisanego dziecka, oparta na analizie dokumentacji klinicznej, wynikach wywiadu, ukierunkowanej obserwacji i badaniu longitudinalnym prowadzonym od 5. do 11. roku życia, pozwoliła postawić następujące rozpoznanie: zaburzenia języka i komunikacji w spektrum zaburzeń autystycznych, mutyzm selektywny, dysharmonijny rozwój intelektualny.

TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECKA AUTYSTYCZNEGO Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM

Chłopiec od 5. do 11. roku życia pozostawał pod opieką Pracowni Logopedycznej działającej przy Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS w Lublinie. Został przyjęty na terapię mowy w związku z ograniczeniami sprawności językowych i komunikacyjnych w przebiegu całościowych zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu. Program terapii przyniósł poprawę w zakresie sprawności leksykalno-semantycznych (wzbogacenie słownika biernego i czynnego, rozwój pojęciowy), składniowych (rozwój struktur zdaniowych), narracyjnych (rozwój wypowiedzi dialogowych i monologowych) oraz sprawności komunikacyjnych (sytuacyjnych, społecznych i pragmatycznych) w sferze werbalnej i niewerbalnej. Równolegle stymulowany jest rozwój poznawczej funkcji mowy (procesy uogólniania, abstrahowania, wnioskowania, kategoryzowania).

Na zajęcia logopedyczne chłopiec uczęszczał systematycznie, wykazywał widoczne postępy w terapii mowy. Dynamiczny rozwój sprawności językowych pozwalał przypuszczać, że kontynuowanie intensywnej terapii mowy w ciągu kolejnych lat oraz stymulowanie aktywności komunikacyjnej i poznawczej w środowisku szkolno-wychowawczym da dziecku szansę na pełne opanowanie języka i usprawnienie kontaktów społecznych. Chłopiec miał szansę wykazać peł-

nię swych możliwości rozwojowych jedynie w procesie edukacyjno-terapeutycznym, który byłby prowadzony w zindywidualizowany metodycznie sposób, uwzględniający językowe, komunikacyjne, poznawcze i emocjonalne trudności chłopca wynikające z autystycznego spektrum zaburzeń. Tak się jednak nie stało. W oświacie brak jest systemowych rozwiązań, które określałyby kwalifikacje katechetów do pracy z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. W związku z niedostosowaniem treści i metod kształcenia na lekcji katechezy w 9. roku życia dziecko przeżyło traumę – wystąpił mutyzm selektywny, który zdeterminował dalsze jego możliwości rozwojowe i edukacyjne. Chłopiec udzielał odpowiedzi na zadawane mu pytania i tworzył komunikaty jedynie w subkodzie kinetycznym. W związku z tym dokonano modyfikacji programu terapii logopedycznej, dodatkowo skierowano chłopca na terapię psychologiczną.

Psychologiczna terapia mutyzmu opiera się na kilku osobnych podejściach:

- teorii behawioralnej, według której dzieci z mutyzmem wybiórczym pewne sytuacje rozpoznają jako zagrażające, co doprowadza do zablokowania mowy, gdyż układ współczulny przejmuje kontrolę hamującą nad zdolnością mówienia oraz całym zachowaniem⁷ (Krysanski 2003);
- teorii psychodynamicznej, według której mutyzm wybiórczy to przejaw nierozwiązanego konfliktu edypalnego, fiksacji w rozwoju psychoseksualnym na poziomie fazy oralnej lub analnej, kiedy w sytuacjach zagrożenia następuje uruchomienie mechanizmu obronnego poprzez ukierunkowanie złości wobec rodzica tej samej płci i regres do niewerbalnego stadium rozwoju, a milczenie służy „ukaraniu” rodzica⁸ (Giddan, Milling 1999);
- teorii systemowej, która podnosi rolę neurotycznej kontroli rodzicielskiej nad dzieckiem, doprowadzającej do nadmiernej zależności dziecka i zbyt silnego przywiązania do rodziców, co skutkuje niepewnością dziecka w kontaktach z innymi, lękiem przed porozumiewaniem się słownym, to zaś doprowadza do mutyzmu (Krysanski 2003; Melfsen, Walitza i Warnke 2006).

⁷ Metody behawioralne obejmują techniki stosowane też w terapii jąkania, np. stopniowa desensytyzacja, która przygotowuje dziecko do zabierania głosu w większych grupach. Ten proces rozpoczyna się od skłaniania dziecka do mówienia w obecności jednej, dobrze znanej osoby i polega na stopniowym zwiększaniu liczby słuchaczy. Mutyzm wybiórczy dotyczy zwykle dzieci w wieku szkolnym, dlatego w proces terapii należy włączyć nauczycieli, pedagogów i logopedów szkolnych. Logopeda dodatkowo może wpłynąć na złagodzenie problemu poprzez ćwiczenia językowe, które wyrównają deficyty w rozwoju językowym, lub ćwiczenia artykulacyjne, które pozwolą skorygować ewentualne wady wymowy, przyczyniając się w ten sposób do zmniejszenia zahamowań dziecka związanych z publicznym wypowiedaniem się (Goodman, Scott 2000).

⁸ W ramach podejścia psychodynamicznego terapeuci analizują zachowanie lub wytwory (np. rysunki dziecka), próbując wyjaśnić źródła konfliktów aktualnych lub mających swój początek w przeszłości.

Niestety, ze względu na współwystępujące u chłopca trudności komunikacyjne, spowodowane zarówno zaburzeniami autystycznymi, jak i mutystycznymi, nie udało się znaleźć specjalisty, który zgodziłby się podjąć psychologiczną terapię dziecka.

W logopedycznej terapii mutyzmu selektywnego u dzieci stosuje się dwie formy oddziaływań: pierwsza – służy eliminacji niekorzystnych czynników środowiskowych, druga – eliminacji objawów mutyzmu (Minczakiewicz 1997). Sposoby te uzupełniają się. Jednocześnie w programie terapii dziecka z mutyzmem wybiórczym należy uwzględnić jego globalny rozwój, wprowadzić zasadę stopniowania trudności oraz zasadę indywidualizacji⁹.

W programowaniu postępowania logopedycznego na potrzeby opisywanego dziecka zastosowano podejście analityczne, dążące do ustalenia przyczyn mutyzmu oraz rozwiązania podstawowego konfliktu przy pełnej akceptacji milczenia dziecka i ukierunkowania jego działań na skuteczną komunikację niewerbalną, a w dalszej kolejności werbalną. Dodatkowo prowadzono psychoedukację rodziców, uczulając ich na zmianę niektórych wzorców aktywności dziecka w środowisku domowym i szkolnym, służącą przede wszystkim unikaniu traumatyzujących sytuacji. Rodzice zdecydowali o tym, że syn zmieni grupę klasową, przestanie uczęszczać na lekcje katechezy i do kościoła, a jednocześnie zacznie korzystać z dodatkowych zajęć grupowych w ramach treningu umiejętności społecznych i zajęć logopedycznych opartych na interakcyjnych zabawach prowadzonych metodą dramy.

Według Hanny Olechnowicz (1997) dzieci dotknięte mutyzmem reagują wzmożonym oporem na uczenie ich mówienia drogą poleceń, tak więc przeciwskazane jest stosowanie wobec nich rutynowego postępowania logopedycznego. W przypadku opisywanego dziecka ta zasada potwierdziła się i odwrócenie uwagi od mówienia sprzyjało powstawaniu spontanicznych reakcji głosowych i werbalnych. Możliwości wokalne chłopiec wykazywał od początku zajęć terapeutycznych. Spontaniczne reakcje głosowe (niewerbalne interiekcje – śmiech, westchnienia, a także wykrzyknienia i onomatopeje) w trakcie ukierunkowanych zabaw doprowadzały do odblokowania mowy. Jednak spontaniczne wycofywanie się objawów mutyzmu nie wystąpiło w trakcie zajęć szkolnych – zabrakło współpracy ze strony nauczycieli, którzy aktywność dziecka ukierunkowywali na działania dowolne i wysoce kontrolowane. Dyrektywny był też model postępowania

⁹ Anna Herzyk proponuje wieloetapowe postępowanie terapeutyczne dziecka z mutyzmem wybiórczym. Terapeuta z biernego obserwatora interakcji dziecka z osobą, z którą zwykle ono rozmawia (najczęściej jest to matka), stopniowo zmienia się w uczestnika niewerbalnych, następnie werbalnych interakcji z dzieckiem. Komentuje jego działania, a następnie przejmuje funkcję animatora interakcji. Redukuje bezpośrednie kontakty dziecka z matką, która staje się jedynie biernym uczestnikiem sytuacji. W końcu wprowadza dziecko w interakcje z kolejnymi osobami z dalszego otoczenia (Herzyk 1992, s. 31-33).

nia diagnostycznego, który zastosowano przy ocenie możliwości intelektualnych dziecka w trakcie diagnozy psychologicznej. Wyniki tej diagnozy, prowadzonej w sposób wysoce sproceduralizowany, wskazywały na niski poziom sprawności intelektualnych chłopca, sklasyfikowany na poziomie niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym. Wynik tej diagnozy zdeterminował dobór treści programowych i zakres dalszego kształcenia dziecka.

Opisany przypadek dowodzi, jak sztywne kryteria i procedury diagnostyczne nie przystają do złożonych problemów rozwojowych poszczególnych pacjentów, a brak woli współpracy pomiędzy specjalistami niweczy potencjał rozwojowy dziecka, jeśli jego złożone trudności neuropsychiatryczne wymagają wielospecjalistycznych i zindywidualizowanych oddziaływań.

PODSUMOWANIE

W praktyce klinicznej diagnozowanie mutyzmu wciąż odwołuje się do dychotomicznego podziału, wedle którego ze względu na przyczyny wyróżnia się: 1) mutyzm psychogeny (funkcjonalny), a w jego obrębie a) mutyzm całkowity (histeryczny) i b) mutyzm wybiórczy (selektywny), a także 2) mutyzm organiczny (akinetyczny). W takiej typologii zawiera się rozdzielenie etiologicznych mechanizmów mutyzmu na uwarunkowania neurobiologiczne i psychiczne. Zgodnie z ujęciem mutyzmu zawartym w klasyfikacji DSM-5 patogeneza i psychopatologia mutyzmu wybiórczego jest interpretowana jako skrajna postać fobii społecznej. Przyjęcie tezy, że wszelkie zachowania człowieka są zdeterminowane biologicznie, a przez to za każdym rodzajem zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń lękowych, stoją pewne dysfunkcje neurobiologiczne wynikające z czynników genetycznych lub rozwojowych, zmienia rozumienie mutyzmu jako jednostki patologii mowy, poszerza kryteria diagnozy tego zaburzenia i określa kierunki terapii.

Doświadczenia kliniczne oraz coraz liczniej ukazujące się studia przypadków dowodzą, że mutyzm wybiórczy stanowi grupę zaburzeń zróżnicowaną pod względem ich etiologii, obrazu klinicznego i dynamiki. U osób z mutyzmem wybiórczym często stwierdza się współwystępujące deficyty rozwojowe, przez co u dzieci mutyzm wybiórczy można uznać za objaw występujący w przełomowym okresie rozwoju jako wynik deficytów poznawczych, zaburzeń językowych i trudności komunikacyjnych.

Mutyzm funkcjonalny należy rozumieć jako wywołane czynnikami neurobiologicznymi i społeczno-emocjonalnymi zaburzenie mózgowych mechanizmów dowolnej wokalizacji. W takiej interpretacji logopedyczna terapia dzieci z mutyzmem powinna być ukierunkowana najpierw na wyzwalanie sponta-

nicznych reakcji głosowych, następnie na realizowanie automatyzmów słownych, a w końcowym etapie na programowanie dowolnych wypowiedzi w rozmaitych uwarunkowaniach społecznych i komunikacyjnych.

BIBLIOGRAFIA

- 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, s. 938–946.
- Bigas U., 2012, *Autyzm – charakterystyka zachowań językowych w autystycznym spektrum zaburzeń*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 361–380.
- Black B., Uhde T., 1995, *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 34, s. 847–856.
- Błęszyński J.J., 2011, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Bobkovicz-Lewartowska L., 2000, *Autyzm. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Bryńska A., 2004, *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-lękowe*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Biblioteka pediatrii*, red. T. Wolańczyk, J. Komender, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 147–173.
- Bystrzanowska M., 2017, *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Chavira D.A., Shipon-Blum E., Hitchcock C., Cohan S., Stein M.B., 2007, *Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?*, „Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry”, 46 (11), s. 1464–1472.
- Chmiel M., 2019, (red.), *Mutyzm wybiórczy w praktyce terapeutycznej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Chrościńska-Krawczyk M., Jasiński M., 2010, *Autyzm dziecięcy - współczesne spojrzenie*, „Neurologia Dziecięca”, 38, s. 75–78.
- Cieszyńska J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu wczesnodziecięcego*, „Logopedia”, 37, s. 99–106.
- DSM-5, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Draft criteria. Task force on DSM-V*, Washington: American Psychiatric Association.
- DSM-IV, 1994, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4*, Washington: American Psychiatric Association.
- Freeman J.B., Garcia A.M., Miller L.M., Dow S.P., Leonard H.L., 2004, *Selective mutism*, [w:] *Anxiety disorders in children and adolescents*, red. T.L. Morris, J.S. March, The Guilford Press, s. 280–301.
- Fix J. D., 1997, *Neuroanatomia*, przeł. i oprac. J. Moryś, Wrocław: Urban and Partner.
- Frith U., 2008, *Autyzm, wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goodman R., Scott S., 2000, *Mutyzm wybiórczy*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wrocław, s. 121–125.
- Henkin Y., Bar-Haim Y., 2015, *An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism*, „Developmental Cognitive Neuroscience”, 12, s. 86–93.
- Herzyk A., 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin: Polska Fundacja Zaburzeń Mowy.

- Holka-Pokorska J., Piróg-Balcerzak A., Jarema M., 2018, *Kontrowersje wokół diagnozy mutyzmu wybiórczego – krytyczna analiza trzech przypadków w świetle współczesnych badań oraz kryteriów diagnostycznych*, „Psychiatria Polska”, 52 (2), s. 323–343.
- ICD-10, 1996, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*, Kraków: Wydawnictwo Vesalius.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-11*, 2019, World Health Organization; MMS, 04/2019 – <https://icd.who.int/en/>
- Jacobi F., Wittchen H.U., Holting C., Höfler M., Pfister H., Müller N. i wsp., 2004, *Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey*, “Psychological Medicine”, 34 (4), s. 1–15.
- Kaczmarek L., 1975, *Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się*, „Logopedia”, 12, s. 5–13.
- Kołąkowski A., Liwska M., Wolańczyk T., 1996, *Elective mutism in children: Literature review*, “Psychiatria Polska”, 30 (2), s. 233–246.
- Konstantareas M.M., Blackstock E.B., Christopher D., Webster C.D., 1992, *Autyzm*, Warszawa: Krajowe Towarzystwo Autyzmu.
- Kopp S., Gillberg C., 197, *Selective mutism: A population based study*, “Journal of Child Psychology and Psychiatry”, 38 (2), s. 257–262.
- Kozłowska M., Famuła-Jurczak A., Hryniewicz G., 2017, *Dziecięcy mutyzm wybiórczy. Studium przypadku*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy”, 27 (2), s. 203–214.
- Krysanski V.L., 2003, *A brief review of selective mutism literature*, “Journal of Psychology”, 137 (1), s. 29–40.
- Manassis K., Tannock R., Garland E.J., Minde K., McInnes A., Clark S., 2007, *The sounds of silence: Language, cognition and anxiety in selective mutism*, “Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry”, 46 (9), s. 1187–1195.
- Markiewicz K., 2004, *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Markiewicz K., 2007, *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Markiewicz K., *Kompetencje i dysfunkcje komunikacyjne osób z ASD – ujęcie rozwojowe*, [w:] *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, red. B. L. Kaczmarek, A. Wojciechowska, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków: Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS, s. 17–32.
- Martin G. N., 2001, *Neuropsychologia*, przeł. J. Gielecki, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- McInnes A., Fung D., Manassis K., Fiksenbaum L., Tannock R., 2004, *Narrative skills in selective mutism: An exploratory study*, “American Journal of Speech-Language Pathology”, 13 (4), s. 304–315.
- Melfsen S., Walitzka S., Warnke A., 2006, *The extent of social anxiety in combination with mental disorders*, “European Child and Adolescent Psychiatry”, 15 (2), s. 111–117.
- Minczakiewicz E.M., 2003, *Mutyzm*, [w:] *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków: WSP, s. 132–144.
- Olechnowicz H., 1997, *Opowieści terapeutów*, Warszawa: WSIP.
- Panasiuk J., Kaczyńska-Haładyj M. M., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku dorosłych z zespołem Aspergera*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 395–427.
- Peeters T., 1996 (red.), *Autyzm*, przeł. A. Roman, Gdańsk: Granit.

- Pisula E., 2010, *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula E., 2014, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Reuttowa N., 1971, *Z zagadnień dziecięcego mutyzmu*, „Logopedia”, t. 10, s. 34–45.
- Schwartz R.H., Shipon-Blum E., 2005, ‘Shy’ child? Don’t overlook selective mutism, “Contemporary Pediatrics”, 22, s. 30–34.
- Sharp W.G., Sherman C., Gross A.M., 2007, *Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualisation of the disorder*, “Journal of Anxiety Disorder”, 21 (4), s. 568–579.
- Skoczek A., 2015, *Mutyzm. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: WAM.
- Styczek I., 1983, *Logopedia*, Warszawa: PWN.
- Tarkowski Z., 2017, *Mutyzm psychogeny*, [w:] *Patologia mowy*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 149–165.
- Tramer M., 1934, *Elekiver Mutismus bei Kindern*, „Z. Kinderpsychiater“, 1, s. 30–35.
- Viana A.G., Beidel D.C., Rabian B., 2009, *Selective mutism: A review and integration of the last 15 years*, “Clinical Psychology Review”, 29 (1), s. 57–67.
- Wong P., 2010, *Selective mutism: A review of etiology, comorbidities, and treatment*, “Psychiatry” (Edgemont), 7 (3), s. 23–31.