

ALICJA PAŁAC-NOŻEWSKA

DZIECKO Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM

PORADNIK DLA SPECJALISTÓW Z PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNYCH
ORAZ SPECJALISTÓW SZKOLNYCH I PRZEDSZKOLNYCH



ALICJA PAŁAC-NOŻEWSKA

DZIECKO Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM

PORADNIK DLA SPECJALISTÓW Z PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNYCH
ORAZ SPECJALISTÓW SZKOLNYCH I PRZEDSZKOLNYCH

OŚRODEK ROZWOJU EDUKACJI
WARSZAWA 2026

Konsultacja merytoryczna

Katarzyna Nowakowska

Wioletta Jaskólska

Wydział Edukacji Włączającej

Redakcja i korekta

Agnieszka Leleniewska

Wydział Wydawnictw, Upowszechniania Zasobów i Promocji

Projekt okładki, layout, redakcja techniczna i skład

Barbara Jechalska

Wydział Wydawnictw, Upowszechniania Zasobów i Promocji

Fotografia na okładce: © Yaruta / Photogenica

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Warszawa 2026

Wydanie I

ISBN 978-83-66830-71-4

Publikacja jest rozpowszechniana na zasadach licencji

Creative Commons Uznanie Autorstwa – Użycie Niekommercyjne (CC BY-NC)

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Aleje Ujazdowskie 28

00-478 Warszawa

tel. 22 345 37 00

www.ore.edu.pl

Spis treści

Wprowadzenie	5
Klasyfikacje (DSM-5, ICD-10, ICD-11)	5
Definicje	7
Etiologia	9
Objawy mutyzmu wybiórczego. Charakterystyka dziecka z mutyzmem wybiórczym	10
Diagnoza różnicowa mutyzmu wybiórczego	12
Procedura diagnostyczna w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Narzędzia diagnostyczne i obserwacyjne	14
Metody i techniki terapeutyczne	21
Przykładowe sposoby i obszary wsparcia dziecka z mutyzmem wybiórczym	27
Rola przedszkola i szkoły we wsparciu dziecka z mutyzmem	32
Notka o autorce	36
Bibliografia	37
Załącznik	
Krótki kwestionariusz wywiadu w kierunku mutyzmu wybiórczego	40

Wyjaśnienia:

MW – mutyzm wybiórczy

Mutyzm wybiórczy i mutyzm selektywny – terminy używane zamiennie

ASD – spektrum autyzmu

Wprowadzenie

Przez dziesięciolecia wokół mutyzmu wybiórczego narosło wiele mitów, błędnych przekonań i krzywdzących teorii. W literaturze **mutyzm wybiórczy (MW)** opisywany był jako cecha opozycyjna z niechęcią do mówienia, mutyzm pochodzący z wyboru (ang. *elective mutism*). W 1994 roku został wprowadzony termin **mutyzm selektywny** (ang. *selective mutism*), zwany też mutyzmem wybiórczym. Nazewnictwo to pojawiło się w DSM-IV, czyli *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*. Dzięki coraz liczniejszym opracowaniom i większej dostępności do wiedzy świadomość społeczna znacznie wzrosła.

Klasyfikacje (DSM-5, ICD-10, ICD-11)

Dzisiaj wiemy, że mutyzm wybiórczy (mutyzm selektywny) to **zaburzenie lękowe**, choć został on zaliczony do tej kategorii dopiero w 2013 roku (DSM-5, s. 112). Polega on na tym, że dziecko nie jest w stanie mówić lub mówi w ograniczonym stopniu w pewnych sytuacjach, mimo że komunikuje się swobodnie w innych (Bergman, 2013, s. 1). Według ICD-11, czyli *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych*, mutyzm wybiórczy charakteryzuje się stałą wybiórczością w mówieniu – dziecko wykazuje odpowiednie kompetencje językowe w określonych sytuacjach społecznych, zazwyczaj w domu, ale konsekwentnie nie mówi w innych, głównie w przedszkolu lub szkole (Gałęcki i Szulc, 2023, s. 321).

Mutyzm wybiórczy spełnia kryteria **fobii specyficznej** – tak wykazały Maggie Johnson i Alison Wintgens. Według nich zrozumienie faktu, że jest on fobią, to pierwszy krok do właściwej terapii (Johnson i Wintgens, 2018, s. 21, 52–53). Mutyzm wybiórczy ma identyczne mechanizmy powstawania i reaguje na takie samo podejście terapeutyczne jak fobia, czyli stopniową ekspozycję na bodziec lękotwórczy. Według Maggie Johnson u wszystkich dzieci z mutyzmem wybiórczym pojawia się ta sama obawa: przed oczekiwaniem otoczenia, że przemówią, co skutkuje unikaniem przez nie mówienia do określonych osób (Johnson i Reitman, 2025, s. 316–317). MW jest wynikiem uwarunkowanego lęku, a mózg podświadomie tworzy automatyczną reakcję paniki. Proces warunkowania reakcji lękowej odgrywa kluczową rolę także w powstaniu fobii.

Mutyzm wybiórczy



Rysunek 1. Obraz funkcjonowania dziecka z mutyzmem wybiórczym

Źródło: opracowanie własne

Według ICD-10 mutyzm wybiórczy mieści się w kategorii zaburzeń funkcjonowania społecznego rozpoczynającego się zwykle w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym – kod F94.0 (ICD-10, 2000, s. 45).

Kryteria diagnostyczne mutyzmu wybiórczego według klasyfikacji ICD-10 przedstawiają się następująco:

F94.0 Grupa zaburzeń funkcjonowania społecznego rozpoczynającego się w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym

- Ekspresja i rozumienie języka oceniane według standaryzowanych testów mieszczą się w granicach dwóch odchyłeń standardowych, stosownie do wieku dziecka.
- Możliwa do potwierdzenia niemożność mówienia w specyficznych sytuacjach, w których od dziecka mówienie jest oczekiwane (np. w szkole), pomimo mówienia w innych sytuacjach.
- Czas trwania mutyzmu wybiórczego przekracza 4 tygodnie.
- Nie występuje żadne z całościowych zaburzeń rozwoju.
- Zaburzenie nie wynika z braku znajomości języka mówionego wymaganego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia.

Najnowsza klasyfikacja ICD-11 umieszcza mutyzm wybiórczy w kategorii **zaburzeń lękowych lub związanych ze strachem – kod 6B06**. To znacząco ułatwia rozumienie tego, czym dokładnie jest owo zaburzenie i jaki jest jego charakter. Według ICD-11 zaburzenia lękowe i związane ze strachem charakteryzują się nadmiernym lękiem oraz powiązаныmi z nim zaburzeniami zachowania. Objawy są na tyle poważne, że

powodują znaczny niepokój lub znaczne upośledzenie w osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych i innych obszarach funkcjonowania.

ICD-11 została oficjalnie opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i obowiązuje od 1 stycznia 2022 roku. Mimo że jest już ona stosowana w niektórych krajach, oficjalna polska wersja językowa jeszcze nie jest dostępna. Oznacza to, że w praktyce nadal funkcjonuje wersja ICD-10, a wdrożenie ICD-11 to stopniowy proces.

Warto jednak zwrócić uwagę na ujęcie mutyzmu wybiórczego w ICD-11, gdyż jest ono użyteczne pod względem diagnostycznym i terapeutycznym. Zgodnie z tym ujęciem zaburzenie **trwa co najmniej miesiąc**, nie ogranicza się do pierwszego miesiąca uczęszczania dziecka do placówki. Jest na tyle poważne, że zakłóca osiągnięcia edukacyjne lub komunikację społeczną (Gałęcki i Szulc, 2023, s. 321). Przejściowa niechęć do mówienia w momencie rozpoczęcia edukacji w przedszkolu czy szkole jest częstym zjawiskiem. Mutyzm selektywny należy diagnozować tylko wtedy, gdy objawy utrzymują się dłużej niż przez pierwszy miesiąc.

Niemożliwość mówienia nie wynika z braku wiedzy lub dyskomfortu w zakresie języka mówionego wymaganego w danej sytuacji społecznej, np. używania innego języka w szkole i w domu. Dzieci imigrantów, które nie znają języka urzędowego kraju przyjmującego lub czują się w nim niekomfortowo, mogą przez pewien czas odmawiać rozmowy z nieznanymi w nowym otoczeniu. Zdarza się to również u dzieci pochodzących z mniejszości językowych. Mutyzm selektywny nie powinien być diagnozowany w takich przypadkach. Maggie Johnson i Alison Wintgens uważają, że w przypadku dzieci uczących się języka obcego może występować tzw. cichy okres, który trwa zwykle do roku (Johnson i Wintgens, 2018, s. 358).

W Polsce lekarze psychiatrzy coraz częściej diagnozują mutyzm wybiórczy już u małych dzieci, nawet dwu- lub trzyletnich. Wielu rodziców zauważa jego pierwsze symptomy u swoich pociech między drugim a czwartym rokiem życia (Kotrba i Saffer, 2018, s. 2; Bystrzanowska M. i Bystrzanowska E., 2019, s. 23). Chociaż mutyzm wybiórczy **zaczyna się zwykle we wczesnym dzieciństwie** (przed ukończeniem 5. roku życia), to jednak czasem może nie ujawnić się aż do rozpoczęcia nauki w szkole. Wtedy właśnie dzieci zaczynają doświadczać zwiększonych wymagań, w tym konieczności publicznego mówienia (np. czytania na głos) i angażowania się w życie społeczne.

Definicje

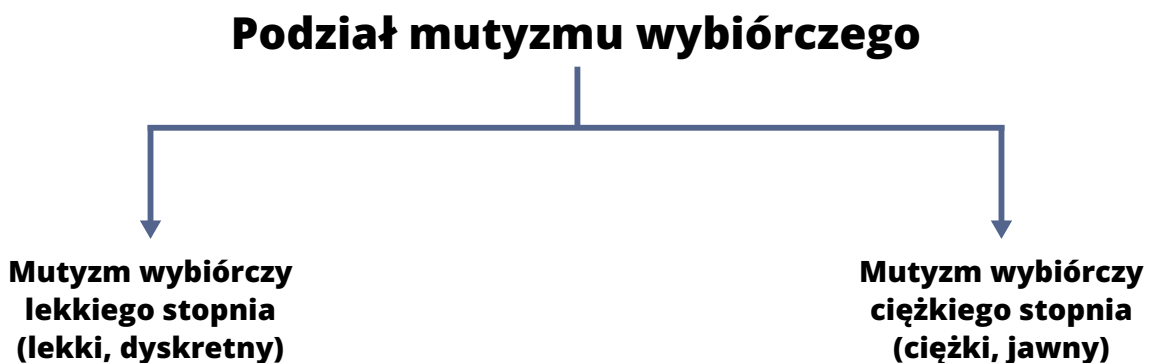
Zajmując się dziećmi z mutyzmem wybiórczym, należy zapoznać się z definicjami i podziałami MW, które ułatwiają podjęcie stosownych kroków terapeutycznych. W literaturze można znaleźć wiele podziałów mutyzmu wybiórczego. W niniejszej publikacji przyjrzymy się tym najbardziej użytecznym i funkcjonalnym.

Mutyzm wybiórczy, który polega na wybiórczości mówienia i ma podłoże lękowe, nie jest tym samym co mutyzm. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (ang. *American Psychological Association* – APA) **mutyzm** to brak mówienia z powodu wady strukturalnej narządów słuchu, uszkodzeń lub zaburzeń neurologicznych oraz zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenie konwersyjne czy schizofrenia katatoniczna. Stan ten może być również dobrowolny, np. w przypadku zakonnych ślubów milczenia lub decyzji o mówieniu tylko do wybranych osób ([APA Dictionary of Psychology](#) [dostęp: 4.08.2025]). MW nie jest psychogenną utratą głosu ani zaburzeniem konwersyjnym tak jak mutyzm (Johnson i Wintgens, 2018, s. 80).

Mutyzm wybiórczy bywa często mylony z **mutyzmem traumatycznym (pourazowym, reaktywnym)**, który należy do grupy objawów stresu pourazowego (PTSD) i jest reakcją emocjonalną na trudne sytuacje (Johnson i Wintgens, 2018, s. 27). W tym zaburzeniu zwykle występuje nagłe ograniczenie mowy na skutek zaistniałego zdarzenia. Dziecko, które do tej pory porozumiewało się normalnie, nagłe przestaje mówić na skutek tragicznego wydarzenia.

Mutyzm progresywny pojawia się wtedy, kiedy dziecko przestaje się komunikować również z członkami własnej rodziny. W tym wypadku zwykle następuje stopniowe wycofanie się z porozumiewania się (Johnson i Wintgens, 2018, s. 78–79).

Za najbardziej praktyczny podział mutyzmu wybiórczego uważa się podział dokonany przez Maggie Johnson i Alison Wintgens. Trafnie pokazuje on funkcjonowanie dzieci, u których mutyzm wybiórczy bywa mylony z nieśmiałością. Dzieci z **mutyzmem wybiórczym lekkim (dyskretnym)** mogą odpowiadać na pytania, ale zwykle nie inicjują dialogu i nie potrafią go podtrzymywać (Johnson i Wintgens, 2018, s. 51–52). Rzadko są diagnozowane, ponieważ nauczyciele oceniają je jako ciche, wstydliwe i nieśmiałe. Tymczasem funkcjonują one w nieustannym napięciu i niepokoju. Często nie są w stanie zgłosić się na lekcji ani zakomunikować, że ktoś im dokucza albo że chcą wyjść do toalety.



Rysunek 2. Podział mutyzmu wybiórczego według Maggie Johnson i Alison Wintgens

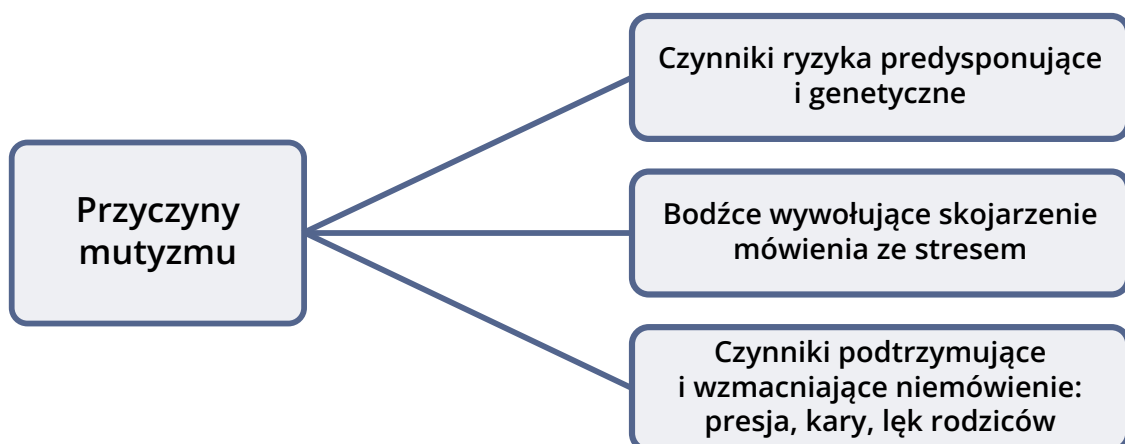
Źródło: opracowanie na podstawie książki Johnson i Wintgens, 2018

Christy Ann Mulligan i Elisa Shipon-Blum zaproponowały ciekawy podział mutyzmu wybiórczego, który może być pomocny w zdiagnozowaniu i terapii niektórych dodatkowych trudności u dzieci z MW (Mulligan i in., 2015, s. 80–83, 89–90; Kotrba i Saffer, 2018, s. 4–5). Warto podkreślić, że jest to tylko ujęcie definicyjne, które pozwala zwrócić uwagę na ważne aspekty diagnostyczno-terapeutyczne.

- **Mutyzm wybiórczy o typie lękowym (niespokojnym):** dzieci z tej grupy wyraźnie okazują niepokój i „zamrożenie”, unikają kontaktu wzrokowego, są skupione głównie na komunikacji niewerbalnej.
- **Mutyzm wybiórczy o typie lękowo-buntowniczym:** dzieci z tej grupy bardzo często unikają sytuacji wymagających mówienia, stosują mechanizm ucieczki, mogą nawet uderzyć rodzica, który odmawia odpowiadania za nie. Zwykle jawnie komunikują, że nie będą rozmawiały z daną osobą. Wymagają więcej wzmocnień zewnętrznych, wysiłku i zaangażowania rodziców oraz wyraźnego ustalania granic.
- **Mutyzm wybiórczy o typie lękowym i opóźnionej komunikacji:** dzieci z tej grupy często mają opóźniony rozwój mowy i zdolności językowych, co może przyczyniać się do pogłębiania zaburzenia. W tym wypadku konieczna jest terapia logopedyczna prowadzona równolegle z terapią mutyzmu wybiórczego.

Etiologia

Według ICD-11 mutyzm wybiórczy (selektywny) należy do rzadkich zaburzeń i dotyka tylko 1% populacji, a jego występowanie u kobiet i mężczyzn jest takie samo (Gałęcki i Szulc, 2023, s. 322). Pierwsze objawy zaburzenia pojawiają się zwykle przed 5. rokiem życia, a rozpoznaje się je dopiero po rozpoczęciu nauki szkolnej. Przyczyny mutyzmu wybiórczego, tak jak i innych zaburzeń lękowych, są złożone i stanowią kombinację czynników genetycznych i środowiskowych. Najczęściej do powstania lęku przed mówieniem dochodzi na skutek wielokrotnego unikania mówienia do osób spoza strefy komfortu.



Rysunek 3. Przyczyny mutyzmu wybiórczego według Maggie Johnson i Alison Wintgens

Źródło: opracowanie na podstawie książki Johnson i Wintgens, 2018, s. 60–64

Natomiast **czynniki ryzyka mutyzmu wybiórczego** według ICD-11 (Gałęcki i Szulc, 2023, s. 322) są następujące:

- temperamentalne,
- środowiskowe,
- genetyczne.

Objawy mutyzmu wybiórczego. Charakterystyka dziecka z mutyzmem wybiórczym

Praktyka diagnostyczno-terapeutyczna autorki niniejszej publikacji pokazuje, że dzieci z mutyzmem wybiórczym bywają późno diagnozowane, a ich problemy są często bagatelizowane lub niezauważane przez środowisko. Dzieciom z mutyzmem wybiórczym lekkiego stopnia często przyczepia się łątkę dzieci nieśmiałych, które z tego wyrosną. Jest to krzywdzące, a jednocześnie utrudnia proces diagnozy i terapii. Prowadzi zwykle do powikłań, regresu, utrwalania lęku i kształtowania się lękowej osobowości.

Doświadczenie kliniczne autorki, ale również badania i doświadczenia innych autorów (Johnson i Wintgens, 2018, s. 52) wskazują na **charakterystyczne cechy dzieci z mutyzmem wybiórczym lekkim (dyskretnym)**. Warto jednak nadmienić, że nie u wszystkich dzieci z tym zaburzeniem będzie występował każdy objaw. Dzieci te:

- Mogą rozmawiać z niektórymi nauczycielami.
- Mogą rozmawiać z niektórymi dziećmi.
- Mogą zgłaszać się przy odczytywaniu listy obecności.
- Mogą odpowiadać w klasie na pytania jednym słowem lub zdaniem.
- Podczas komunikacji werbalnej bywają spięte, na co wskazuje mowa ich ciała i ubogość wypowiedzianych zdań.
- Mówią cicho lub zmienionym głosem, np. bajkowym, piszczącym, przypominającym mowę małego dziecka czy odgłosy zwierząt (np. szczekanie, miauczenie).
- Łatwo rezygnują z udzielenia szerszej odpowiedzi, mówiąc: „Nie wiem”, „Nie”, „Nie mam”, co skutkuje problemami w szkole. Zdarza im się przez to nie pokazać pracy domowej, choć mają zrobioną, albo nie odpowiedzieć na pytanie nauczyciela, mimo że znają odpowiedź.
- Mają ograniczony kontakt z rówieśnikami. Najczęściej bawią się z jednym dzieckiem lub dwojgiem. Mogą komunikować się z nimi tak, żeby inne osoby nie słyszały.
- Boją się inicjować i podtrzymywać dialog. Zwykle nie zadają pytań nauczycielom. Mają też trudności z tym, aby podejść do rówieśników i poprosić ich o wspólną zabawę.
- Często nie komunikują wprost swoich potrzeb fizjologicznych w przedszkolu czy szkole. Zdarza się, że nawet przez cały dzień nie zgłaszają chęci pójścia do toalety. Mogą odmawiać picia, aby uniknąć konieczności skorzystania z łazienki. Niekiedy dochodzi do moczenia się lub brudzenia bielizny.

- Mogą mieć problem z poinformowaniem nauczyciela, że nie zrozumiały polecenia, że dokucza im jakieś dziecko, że nie mają gdzie usiąść itp.
- Unikają spotkań, podczas których oczekuje się od nich mówienia. Czują dyskomfort zwłaszcza w tłumie, podczas większych spotkań grupowych. Niektóre dzieci z mutyzmem wybiórczym lekkim mogą natomiast nie mieć problemów z wystąpieniami publicznymi.
- Bardzo często wycofują się lub unikają kontaktu wzrokowego, co bywa mylone ze spektrum autyzmu. Należy pamiętać, że odwracanie wzroku ma u dzieci z MW charakter lękowy.
- Miewają nawyki ruchowe, które służą obniżaniu napięcia i pomagają w radzeniu sobie z lękiem, np. obgryzanie paznokci czy skórek, kręcenie włosów na palec, skubanie ubrań, wygryzanie dziur w ubraniach, przygryzanie języka i warg, zakładanie kaptura na głowę, zakrywanie się włosami.
- W sytuacji lękorodnej miewają bardzo ograniczone mimikę twarzy i pantomimikę. Ich twarz może przypominać maskę, ale czasem pojawiają się na niej nerwowe uśmiešky. Ciało dzieci bywa jak sparaliżowane, a ruchy niezgrabne, kanciaste. Mogą one poruszać się na sztywnych nogach z obawy przed zginaniem kolan.
- Mogą nie okazywać pełnego wachlarza emocji na terenie przedszkola lub szkoły, zwłaszcza złości, która najczęściej jest manifestowana w domu.
- Nie chcą rozstawać się z rodzicami. Mogą płakać w momencie, kiedy któryś z nich odprowadza je do przedszkola lub szkoły. Zdarza się, że chowają się za rodzica, trzymają go za rękę czy nogę. Czasem nawet wbijają mu paznokcie w ciało. Część dzieci może wykazywać postawę obojętną albo świadczą o świetnym zaadaptowaniu się. Jest to często złudne i mylące. Dzieci bywają w takim lęku, że nie są w stanie mówić, płakać ani wydawać żadnych dźwięków. Mogą stać nieruchomo po wprowadzeniu ich do sali przedszkolnej lub klasy.
- Często mają tendencje perfekcjonistyczne – zwykle w wyniku silnej kontroli, obawy przed krytyką, negatywnymi uwagami czy zadawaniem dodatkowych pytań. Dzieci mogą np. zbyt starannie kolorować czy pisać, aby przypadkiem nie wyjść za linię i nie zwrócić na siebie uwagi.
- Miewają problemy z jedzeniem przy innych. Obawiają się wydawania dźwięków, które towarzyszą spożywaniu pokarmów, takich jak mlaskanie, siorbanie, stukanie sztućcami o talerz.
- Często używają w komunikacji szeptu lub mówią na ucho. Warto jednak pamiętać, że żadnego z tych sposobów komunikowania się nie można wspierać i trzeba wdrażać odpowiednie strategie, które pomagają przeciwdziałać ich utrwalaniu.
- Czasami bardzo się boją, że ktoś może usłyszeć ich głos albo zobaczyć, jak mówią.
- Mogą się bać rozmawiać przez telefon lub komunikator z użyciem kamery.
- Zwykle nie używają zwrotów grzecznościowych: „dzień dobry”, „do widzenia”, „dziękuję” czy „proszę”. Mogą być przez to postrzegane jako niegrzeczne, niewychowane, krnąbrne i uparte. Tymczasem zwroty grzecznościowe są dla nich

jednymi z najtrudniejszych do wypowiedzenia komunikatów i należą do najwyższego obciążenia komunikacyjnego.

- Mogą mieć zdolność swobodnej komunikacji z określonymi osobami przy jednoczesnym ograniczeniu mowy wobec innych (co określa się często jako „podwójną osobowość”). Zauważalna jest konsekwentna granica między sytuacjami, w których mowa występuje, a tymi, w których mówienie jest niemożliwe.

Powyższe zachowania, zwłaszcza w ich dużym nasileniu, będą **również charakterystyczne dla dzieci z mutyzmem wybiórczym ciężkim (jawnym)**. W odróżnieniu od mutyzmu wybiórczego lekkiego (dyskretnego) mutyzm wybiórczy ciężki polega na tym, że dziecko w ogóle się nie odzywa. W postaci dyskretnej mówi niewiele, nie inicjuje spontanicznie rozmowy.

Diagnoza różnicowa mutyzmu wybiórczego

Mutyzm wybiórczy często bywa mylony z nieśmiałością, spektrum autyzmu, zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi czy fobią społeczną. Wynika to głównie z niepełnej obserwacji dziecka w przedszkolu, szkole czy gabinecie. W tych miejscach może ono unikać kontaktu wzrokowego, odmawiać mówienia, unikać wystąpień publicznych czy kontaktów społecznych. Z drugiej strony dziecko może spełniać inne kryteria zaburzeń.

Mutyzm wybiórczy może współwystępować z innymi zaburzeniami (Gałęcki i Szulc, 2023, s. 321–322). Najczęściej występuje równocześnie z **lękiem społecznym**. Szacuje się, że może to być nawet 90% przypadków (Kotrba i Saffer, 2018, s. 2).

Według ICD-11 mutyzmowi wybiórczemu towarzyszy zwykle wysoki poziom lęku społecznego. Dzieci z MW mogą bać się negatywnej oceny, zwłaszcza w odniesieniu do swojej mowy. Jednak w przeciwieństwie do społecznego zaburzenia lękowego osoby z mutyzmem wybiórczym częściej odczuwają te trudności w młodszym wieku (w większości przypadków przed ukończeniem 5. roku życia), choć mogą one stać się widoczne dopiero po rozpoczęciu szkoły.

Wielu badaczy wskazuje na współwystępowanie mutyzmu wybiórczego także ze **spektrum autyzmu (ASD)** (Steffenburg, Kopp, Gillberg, Kristensen, Anderson, Thomsen za: Rozenek i in., 2020, s. 335). Mutyzm wybiórczy i spektrum autyzmu są odrębnymi zaburzeniami, a lekarze w Polsce coraz częściej stawiają podwójne diagnozy. Osoby w spektrum autyzmu, pomimo trudności z interakcjami społecznymi, mogą dodatkowo bać się mówić w niektórych środowiskach. Lęk wynikający z mutyzmu wybiórczego może się nasilać w sytuacjach, w których osoby z ASD czują się przytłoczone, np. podczas dużych spotkań towarzyskich lub w nieznanym otoczeniu.

Zgodnie z ICD-11 podstawowa różnica między spektrum autyzmu a mutyzmem wybiórczym jest taka, że w ASD zaburzenia języka i komunikacji społecznej zauważalne są w różnych środowiskach i sytuacjach społecznych. Natomiast MW charakteryzuje się niezdolnością do mówienia w określonych sytuacjach i do określonych osób. Z kolei w zaburzeniu lękowym o podłożu społecznym strach i lęk powodują unikanie wielu kontekstów społecznych (Gałęcki i Szulc, 2023).

Diagnozowanie mutyzmu selektywnego i spektrum autyzmu wymaga uważnej obserwacji, ponieważ zaburzenia te mogą mieć **nakładające się objawy**, m.in. trudności z komunikacją i interakcjami społecznymi.

Według brytyjskiego stowarzyszenia SMIRA (ang. *Selective Mutism Information & Research Association*) **mutyzm wybiórczy może współwystępować z wieloma zaburzeniami**, w tym ze spektrum autyzmu.

Także Hanna i Suzanne Steffenburg, Christopher Gillberg i Eva Billstedt wykazały w swoim badaniu, że **mutyzm wybiórczy i spektrum autyzmu** mogą ze sobą współwystępować (Steffenburg H. i in., 2018, s. 1163–1169). Wyniki tego badania dowodzą, że średni wiek wystąpienia lęku przed mówieniem to 4,5 roku, a średni wiek diagnozy mutyzmu wybiórczego to 8,8 roku. Naukowcy stwierdzili też, że MW występuje częściej u dziewcząt i że 63% badanej grupy miało ASD (bez różnicy płci). Ta część grupy, u której zdiagnozowano jednocześnie MW i ASD, miała późniejszy początek objawów, wyższy wiek diagnozy, częstsze współwystępowanie opóźnienia mowy i częstsze graniczne IQ lub niepełnosprawność intelektualną.

Według ICD-11 mutyzm wybiórczy czasem występuje w obecności **zaburzeń rozwoju mowy i języka**, a oba zaburzenia można zdiagnozować, jeśli jest to uzasadnione.

Badania Petera Murisa i Thomasa Ollendicka wykazały, że istnieje silny związek między lękiem społecznym a mutyzmem wybiórczym (Muris i Ollendick, 2021). Około 70% dzieci cierpiących na MW spełnia również kryteria diagnostyczne lęku społecznego. Badania dowiodły nawet **powiązania między mutyzmem wybiórczym, lękiem społecznym i autyzmem** – gen CNTNAP2 wywołuje u osób w spektrum autyzmu zwiększoną podatność na mutyzm wybiórczy (Stein i in., 2011, s. 816–817).

Procedura diagnostyczna w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Narzędzia diagnostyczne i obserwacyjne

Diagnoza mutyzmu wybiórczego na świecie odbywa się przede wszystkim poprzez bardzo dokładny wywiad z rodzicami i przy wykorzystaniu m.in. poniższych **kwestionariuszy**:

- *Selective Mutism Questionnaire* (SMQ; Bergman, 2001),
- [Frankfurt Scale for SM](#) (FSSM; Gensthaler, 2018) [dostęp: 4.08.205],
- *SM-Behavioral Observation Task* (SM-BOT; Kurtz, 2007),
- *SMICS-R-SM Specific coding system* (Kurtz, 2007),
- *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents* (ADIS – C/P; Silverman i Albano, 1996).

W Polsce nie ma wystandardyzowanych i znormalizowanych **narzędzi do diagnozy mutyzmu selektywnego**. Zwykle używane są arkusze obserwacji, które można znaleźć w literaturze, np. *Arkusze obserwacji dziecka z podejrzeniem mutyzmu wybiórczego* autorstwa Marii Bystrzanowskiej (Bystrzanowska, 2017, s. 121–133).

Dziecko z podejrzeniem mutyzmu wybiórczego powinno być najpierw skierowane do psychologa. W procesie diagnostycznym mogą uczestniczyć inni specjaliści, np. neurologopeda, logopeda, pedagog. Ostateczną diagnozę stawia lekarz psychiatra.

Procedura badania i diagnozy w kierunku mutyzmu wybiórczego na terenie poradni psychologiczno-pedagogicznej obejmuje następujące etapy:

1. Wywiad psychologiczny z rodzicem – anamneza. Powinien być on przeprowadzony bez obecności dziecka. W jego trakcie należy przeanalizować wszystkie dostarczone przez rodzica dokumenty i funkcjonowanie dziecka w różnych środowiskach: w domu, żłobku/przedszkolu/szkole, na placu zabaw, w miejscach publicznych.
2. Obserwacja dziecka w żłobku/przedszkolu/szkole. Może ją przeprowadzić nauczyciel, psycholog, logopeda lub pedagog. W większości przypadków wystarczy pisemna opinia z placówki.
3. Analiza dostarczonych przez rodziców nagrań dziecka z domu. Są one pokazywane specjalistom za zgodą dziecka. Jest ona ważna nie tylko ze względu na szacunek dla dziecka, ale przede wszystkim z powodu poważnych konsekwencji po ujawnieniu takiego nagrania. Dziecko może panicznie się bać, że inni usłyszą

jego głos. Jeśli nagranie zostanie ujawnione w nieodpowiednim momencie, istnieje ryzyko, że mutyzm wybiórczy znacznie się pogłębi. Dziecko może również stracić zaufanie do rodziców i specjalisty.

4. Opisy wcześniejszych badań dziecka, a także konsultacji psychologicznych, neurologicznych, pedagogicznych, lekarskich i innych, np. oceny przetwarzania bodźców sensorycznych.
5. Analiza wcześniejszej pracy terapeutycznej z dzieckiem, np. spis terapii, w których brało udział, opis drabinek komunikacyjnych wykorzystywanych w pracy z lękiem poza miejscem zamieszkania dziecka (w tym w szkole) oraz ocena czynników podtrzymujących mutyzm wybiórczy.
6. Analiza aktualnej mapy mowy, która pokazuje, z kim i w jakim stopniu dziecko rozmawia (przykłady znajdują się na stronie Fundacji Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja).
7. Obserwacja dziecka w poradni psychologiczno-pedagogicznej podczas odpowiednich zabaw diagnostycznych, z wykorzystaniem rekwizytów, gier i zabawek posegregowanych zgodnie z obciążeniem komunikacyjnym. Można też zastosować pomoce dedykowane dzieciom z mutyzmem wybiórczym, takie jak koła czy kostki terapeutyczne. W trakcie zaaranżowanej aktywności psycholog ocenia u dziecka sposób wchodzenia w zabawę, reakcje na polecenia, mimikę i pantomimikę, relację i sposób komunikacji z rodzicem czy opiekunem.
8. Badanie psychologiczne (jeśli jest konieczne) z wykorzystaniem skal diagnostycznych do diagnozy intelektu lub/i projekcyjnych testów rysunkowych, a także innych metod diagnostycznych pomocnych w diagnozie różnicowej lub diagnozie zaburzeń współwystępujących (takich jak np. kwestionariusze wywiadu pod kątem całościowych zaburzeń rozwoju czy ADHD).

Badania psychologiczne nie należy przeprowadzać z dzieckiem na pierwszym spotkaniu, ponieważ wysoki poziom lęku zwykle obniża jego możliwości. Po osiągnięciu swobodnej komunikacji z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym da się przeprowadzić każdy test psychologiczny.

O ile można stosować wszystkie narzędzia diagnostyczne dostępne na rynku, to jednak należy dobrać je do aktualnego poziomu komunikacji z dzieckiem z MW. Jeśli uda się nawiązać z nim swobodną rozmowę, można przeprowadzić

badanie **dowolną skalą inteligencji** dostępną w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (PTPPTP) lub Pracowni Testów Psychologicznych i Pedagogicznych (PTPiP), np.:

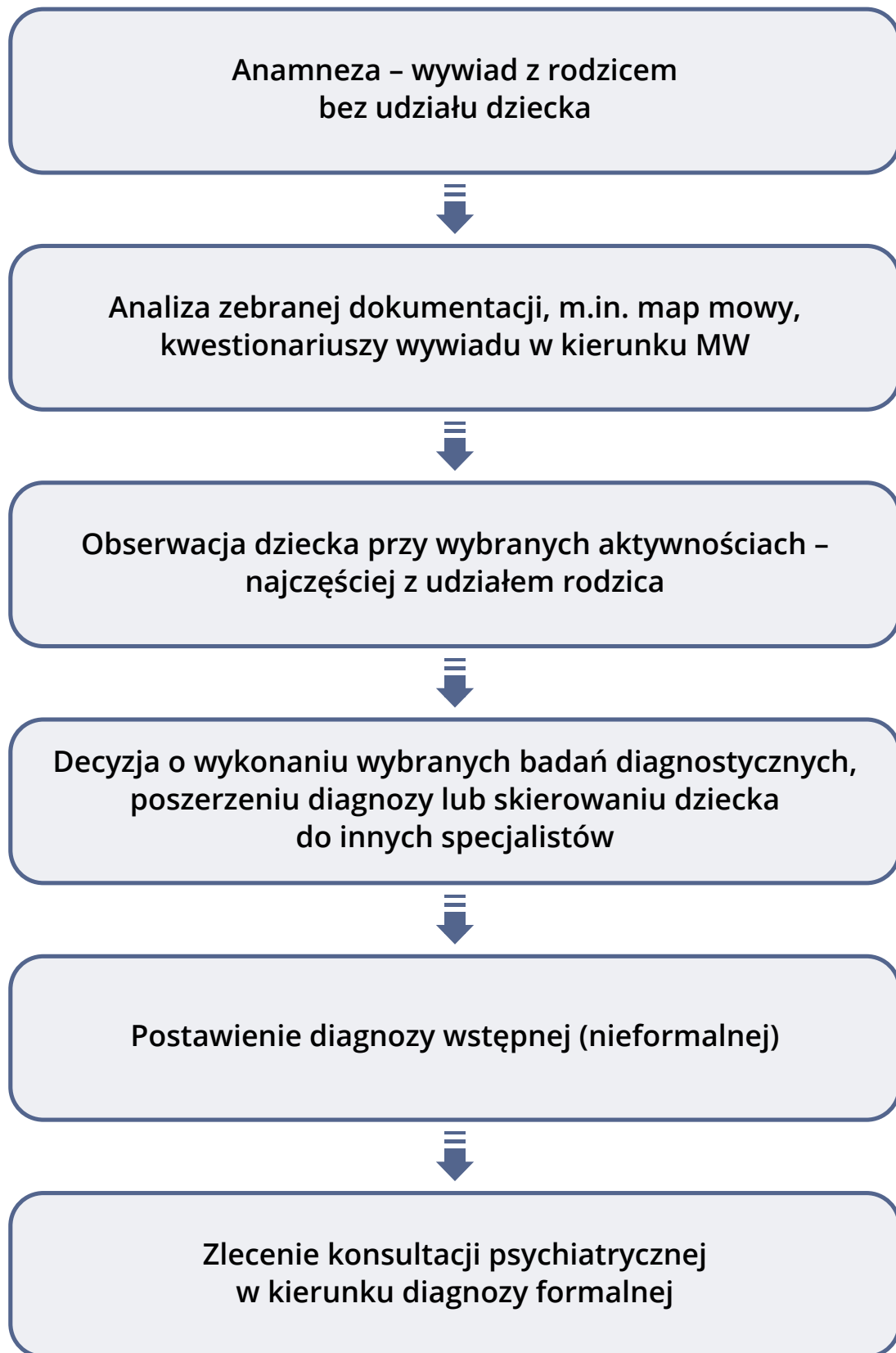
- WISC®-V Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci®,
- IDS-P Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wiekach Przedszkolnym,
- IDS-2 Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci i Młodzieży,
- IDS Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wiekach 5–10 lat,
- Skala Inteligencji Stanford-Binet 5 (SB5).

W przypadku, gdy nie uda się nawiązać swobodnej komunikacji z dzieckiem z MW, należy zastosować **niewerbalne skale inteligencji**, np.:

- Niewerbalny Test Inteligencji TONI-4,
- LEITER-3 Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera,
- CFT 1-R Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – wersja I zrewidowana przez Rudolfa H. Weißa i Jürgena Osterlanda,
- CFT 20-R Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella – wersja II zrewidowana przez Rudolfa H. Weißa we współpracy z Bernhardem Weißem.

Podczas przeprowadzania badania dziecka z mutyzmem wybiórczym warto rozważyć obecność rodzica w gabinecie. O wyborze metod diagnostycznych lub poszczególnych skal diagnostycznych decyduje psycholog na podstawie wcześniejszej anamnezy i próby nawiązania relacji z dzieckiem.

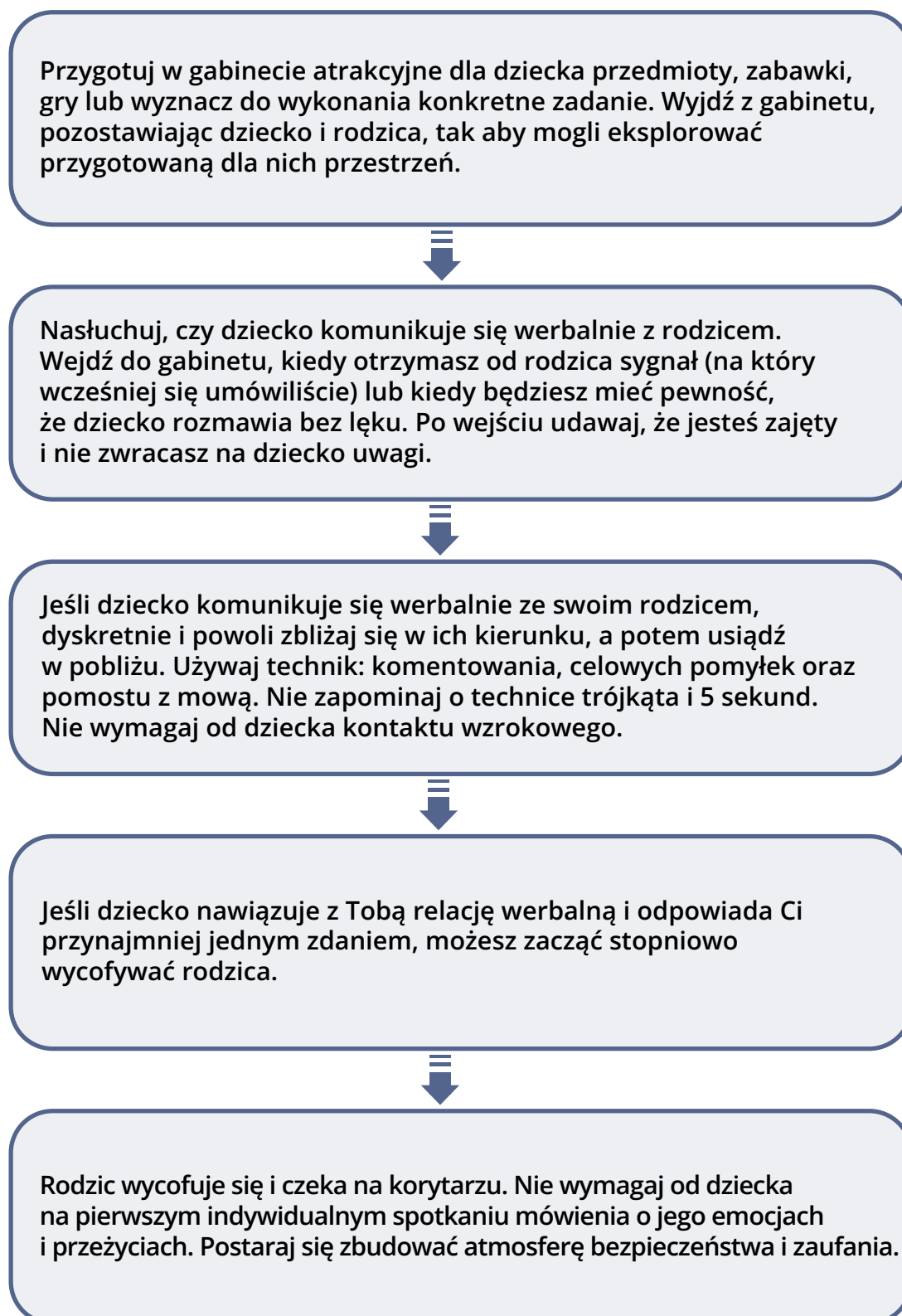
9. Analiza dostępnych kwestionariuszy wywiadu w kierunku MW, takich jak np.:
 - *Arkusze obserwacyjny dziecka w wieku przedszkolnym 3–6 lat w kierunku mutyzmu wybiórczego dla nauczycieli* (Pałac-Nożewska, 2020, s. 34–37),
 - *Kwestionariusz wywiadu w kierunku mutyzmu wybiórczego* (pakiet dla poradni psychologiczno-pedagogicznych przygotowany przez Fundację Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja, 2021),
 - *Krótki kwestionariusz wywiadu w kierunku mutyzmu wybiórczego – wywiad z rodzicem dziecka w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym* (dodany do niniejszej publikacji jako załącznik).
10. Badania przeprowadzane przez innych specjalistów – według potrzeb.



Rysunek 4. Procedura diagnozy psychologicznej w kierunku mutyzmu wybiórczego w poradni psychologiczno-pedagogicznej

Źródło: opracowanie własne

Jeżeli specjalista przypuszcza, że dziecko może mieć mutyzm wybiórczy, warto posłużyć się poniższym schematem postępowania.



Rysunek 5. Schemat postępowania z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym w poradni psychologiczno-pedagogicznej

Źródło: opracowanie własne

Diagnoza MW ma szeroki zakres i może być kilkuetapowa. Wymaga ona współpracy różnych specjalistów. W przypadku wstępnej diagnozy mutyzmu wybiórczego – gdy nie stwierdza się dodatkowych objawów, które świadczyłyby o występowaniu innych zaburzeń – powinno się w przedszkolu/szkole, w ramach wsparcia dziecka/ucznia, wdrożyć adekwatne do jego potrzeb oddziaływania terapeutyczne. Warto pamiętać, że dziecko może uzyskać wsparcie w przedszkolu i szkole nawet bez formalnej diagnozy, opinii lub orzeczenia.

Jednakże w sytuacji nasilonych objawów mutyzmu wybiórczego lub współwystępowania innych zaburzeń dziecko/uczeń może otrzymać opinię w sprawie dostosowania wymagań edukacyjnych do jego indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych lub/i objęcia go pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu/szkole/placówce (*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych*, Dz.U. z 2023 r., poz. 2499, t.j.).

Opinia powinna zawierać przede wszystkim diagnozę mutyzmu wybiórczego, opis funkcjonowania dziecka w różnych sytuacjach (w domu, szkole, kontaktach z rówieśnikami i dorosłymi) oraz zalecenia dotyczące dalszej pracy terapeutycznej i wsparcia. Ważne jest, aby uwzględniała ona indywidualne potrzeby dziecka i specyfikę jego zaburzenia, jak również wskazywała na konieczność współpracy z rodzicami, nauczycielami i specjalistami.

Mutyzm wybiórczy może być przyczyną niedostosowania społecznego i głębokiej izolacji społecznej (Gałęcki i Szulc, 2023, s. 322). Literatura oraz praktyka kliniczna autorki niniejszej publikacji wskazują, że dzieci z mutyzmem wybiórczym mają **problemy z dostosowaniem się do zasad społecznych**, co wynika z silnego lęku. Oto niektóre z tych problemów (Pałac-Nożewska, 2019, s. 23–24):

- „występowanie zachowań nieakceptowanych” – niemówienie, zwłaszcza do nauczyciela, i nieodpowiadanie na pytania;
- „występowanie zachowań niezgodnych z ogólnie przyjętymi zasadami i normami” – brak zgłaszania swoich potrzeb, w tym fizjologicznych, odmowa chodzenia do szkoły, unikanie kontaktu wzrokowego, nieodpowiadanie na powitania i pożegnania, nieużywanie zwrotów grzecznościowych;
- „nieumiejętność funkcjonowania w określonej roli społecznej” (np. ucznia, kolegi) – wielorakie problemy z nawiązywaniem satysfakcjonujących kontaktów społecznych (w zależności od etapu komunikacyjnego, na jakim znajduje się dziecko), wycofanie, niepodejmowanie znaczących ról społecznych, chęć pozostawania niezauważonym;
- „trudności z przestrzeganiem zasad panujących w klasie i szkole” – niezgłaszanie się do odpowiedzi, odmowa pisania, niebranie udziału w przedstawieniach, niewyjmowanie rzeczy z plecaka, w tym niepokazywanie pracy domowej;

- „kłopoty z wypełnianiem obowiązków ucznia” – nieudzielanie odpowiedzi słownych podczas sprawdzania wiadomości, wycofywanie się z aktywności proponowanych przez nauczyciela, niewypełnianie jego poleceń;
- „niemożność panowania nad własnymi emocjami” – nieokazywanie żadnych emocji (twarz amimiczna, ciało „zamrożone”), zaburzenia kontroli impulsów (przygryzanie języka czy warg, obgryzanie paznokci czy skórek, kręcenie włosów na palec, skubanie ubrań) albo używanie agresji niewerbalnej w celu odreagowania emocji, zwrócenia na siebie uwagi, obrony (popychanie, szczypanie, uderzanie);
- „nieumiejętność sprostania oczekiwaniom rodziców i nauczycieli” – brak oczekiwanej mowy, a tym samym nieodpowiadanie ustnie na pytania, czego konsekwencją są brak przyjaciół, nieuczestniczenie w wydarzeniach szkolnych i pozaszkolnych, wyjazdach klasowych itp.;
- „poważne problemy z opanowaniem treści wynikających z podstawy programowej” – pomimo dobrych zdolności poznawczych trudność z opanowaniem wiedzy z powodu braku kontaktu werbalnego z nauczycielem.

W każdej sytuacji to zespół orzekający decyduje, czy zasadne jest wydanie **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego** z uwagi na zagrożenie niedostosowaniem społecznym. Uwzględnia przy tym poziom rozwoju dziecka z MW, występujące trudności, skutki dla funkcjonowania społecznego, poznawczego i emocjonalnego, wyniki konsultacji lekarskich (Czarnecka, 2021).

Małe dzieci mogą korzystać z zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju na podstawie opinii o potrzebie **wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (WWRD)**. Ma ono na celu pobudzanie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia u niego niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Wydając opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, zespół orzekający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej rozstrzyga, czy z dokumentacji (np. wydanych przez specjalistów opinii, zaświadczeń, wyników badań psychologicznych, pedagogicznych i lekarskich) w sposób jednoznaczny wynika, że u dziecka wykryto niepełnosprawność.

Pomoc można otrzymać także w ramach **wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych (WOKRO)**. Do zadań WOKRO należy „udzielanie kompleksowego wsparcia rodzinom z dziećmi, od chwili wykrycia niepełnosprawności lub zagrożenia niepełnosprawnością do podjęcia nauki w szkole, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci do 3. roku życia, obejmującego zwłaszcza udzielanie informacji rodzinom, zapewnienie usług specjalistów w zależności od potrzeb dziecka i jego rodziny oraz koordynowanie działań służących wykorzystaniu dostępnych usług, w tym zajęć w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka” ([Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej](#) [dostęp: 4.08.2025]).

Metody i techniki terapeutyczne

Najlepiej opisaną i przebadaną, a co za tym idzie najskuteczniejszą formą terapii MW, jest **terapia poznawczo-behawioralna (CBT)**. Większość programów i protokołów terapii mutyzmu wybiórczego zakłada, że skuteczna interwencja opiera się na:

- wyznaczeniu koordynatora (przewodnika, terapeuty prowadzącego, key-workera, czyli pracownika kluczowego w placówce lub poza nią),
- nawiązaniu przez dziecko relacji z koordynatorem,
- coachingu rodziców,
- oddziaływaniach psychologicznych,
- opiece lekarza psychiatry.

Według Aimee Kotrby skuteczne techniki terapii mutyzmu wybiórczego muszą bazować na intensywnej edukacji rodziców, pracy w przedszkolu i szkole, a pod koniec procesu terapeutycznego na oddziaływaniach grupowych: symulacji i ćwiczeniu zachowań społecznych w klasie i sytuacjach publicznych (Kotrba i Saffer, 2018, s. 31–35).

Wieloletnie doświadczenie autorki niniejszej publikacji w pracy z dziećmi z MW wykazuje, że oprócz zaangażowania rodziców i specjalisty psychologa kluczowa jest **praca koordynatora w placówce**. Najczęściej zostaje nim uprzednio przeszkolony specjalista z placówki, do której uczęszcza dziecko: psycholog, pedagog, logopeda lub wychowawca. Koordynator kieruje terapią dziecka na terenie żłobka, przedszkola lub szkoły.

Jego zadaniem jest nauczenie rodziców, jak reagować i prowadzić **ekspozycje** (ćwiczenia osvajania z lękiem) w terenie. Rodzice dowiadują się, jakie pytania mogą zadawać dziecku, w jaki sposób to robić i ile czekać na odpowiedź. Najbliżsi prowadzą oddziaływania terapeutyczne, ćwicząc z dzieckiem w lokalnym środowisku: sklepach, piekarniach, bibliotekach, kawiarniach, podczas wyjazdów czy odwiedzin u przyjaciół.

Aby terapia MW była skuteczna, niezbędna jest znajomość **etapów swobodnego mówienia** oraz **obciążenia komunikacyjnego**. Wiedza na ten temat pozwala ustalić, w jaki sposób dziecko komunikuje się z daną osobą i jakie techniki oraz kolejne kroki terapeutyczne należy podjąć.

Tabela 1. Etapy swobodnego mówienia według Maggie Johnson i Alison Wintgens

Etap	Objawy
Etap 0. Dziecko jest nieobecne	Nie wychodzi ze swojego pokoju, ukrywa się gdzieś lub obserwuje z oddali.
Etap 1. Dziecko jest nieruchome	Nie bierze udziału w żadnych aktywnościach, zastyga w bezruchu, nie podejmuje prób szukania pomocy, wycofuje się do swojego pokoju.
Etap 2. Dziecko uczestniczy w zajęciach, ale bez komunikowania się	Układa puzzle, rysuje, bierze podawane mu rzeczy, spełnia prośby, które nie wymagają mówienia, podczas zajęć grupowych bezdźwięcznie porusza ustami lub wykonuje razem z dziećmi określone ruchy.
Etap 3. Dziecko komunikuje się niewerbalnie i na piśmie	Odpowiada lub inicjuje rozmowę poprzez gesty: wskazywanie palcem, kiwanie lub kręcenie głową, klepanie, rysowanie, pisanie, a także wyraz twarzy.
Etap 4. Dziecko mówi za pośrednictwem drugiej osoby	Odpowiada na pytania danej osoby, które przekazuje mu ktoś inny, np. rodzic. Mówi więc do drugiej osoby, ale za pośrednictwem rodzica. Zwykle nie patrzy jeszcze na tę osobę.
Etap 5. Dziecko używa głosu	Posługuje się dźwiękami, np. śmiechem, wyrazami dźwiękonaśladowczymi, nuceniem, potakiwaniem („yhy”, „ehe”, „hm”).
Etap 6. Dziecko używa pojedynczych słów	Odpowiada pojedynczymi słowami na pytania lub posługuje się nimi podczas ustrukturalizowanych zajęć.
Etap 7. Dziecko używa zdań	Odpowiada na pytania całymi zdaniami. Może spontanicznie zadawać pytania.
Etap 8. Dziecko rozmawia swobodnie	Stosuje komunikację dwukierunkową. Polega ona na spontanicznym wyrażaniu uwag przez dziecko. Może mieć ono jeszcze problem z zadawaniem pytań, a poza sesjami nie inicjować kontaktów ze wszystkimi. Luźną, nieskrępowaną komunikację można uznać za etap 8+ .

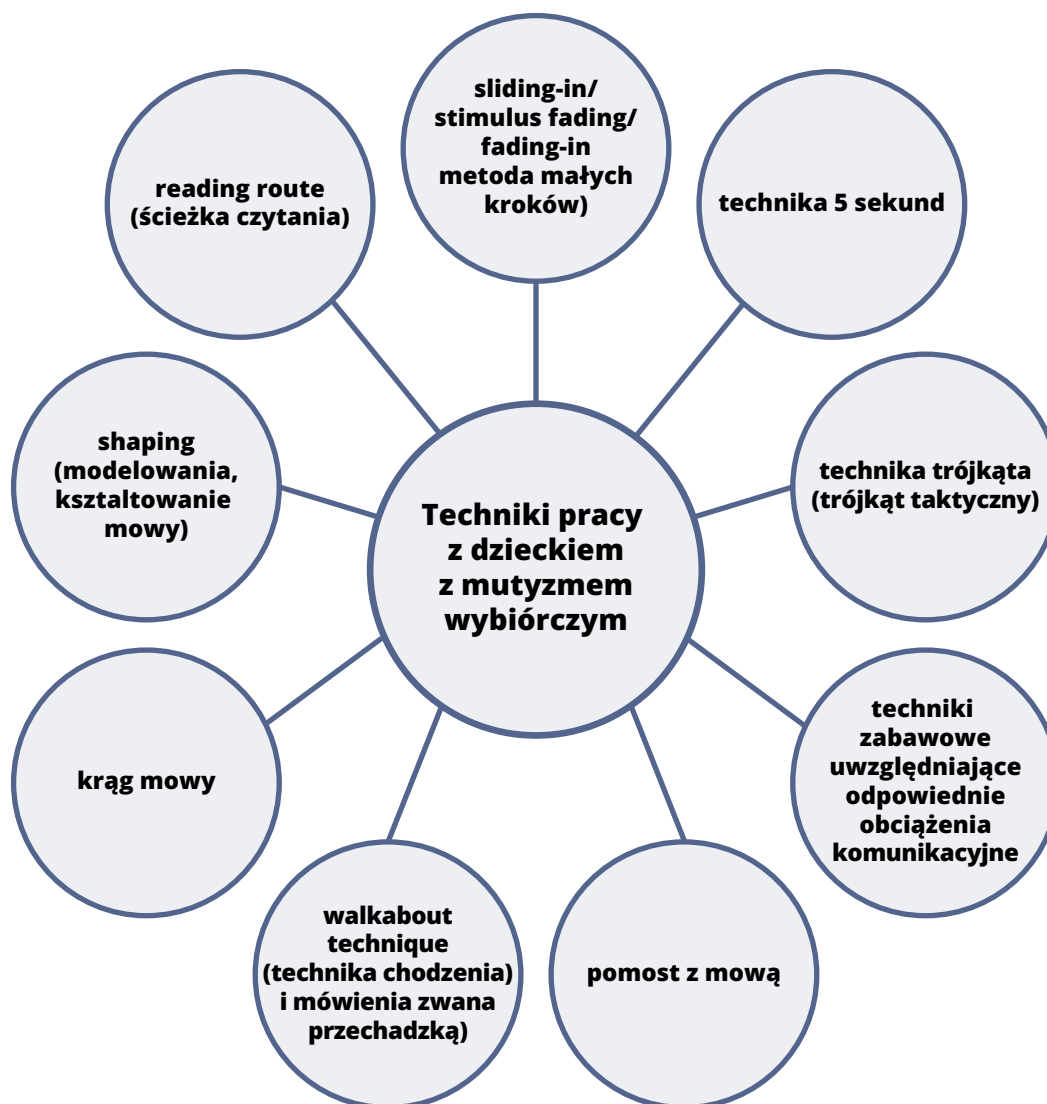
Źródło: opracowanie na podstawie książki Johnson i Wintgens, 2018, s. 103

Aby opracować program terapeutyczny i skutecznie rozwijać mowę dziecka, należy zapoznać się również z **obciążeniem komunikacyjnym**. Klasyfikacja zadań według stopnia obciążenia lękiem jest niezbędna, aby dobrze zaplanować sesję.

Tabela 2. Obciążenie komunikacyjne według Maggie Johnson i Alison Wintgens

Obciążenie	Pojedyncze słowa	Zdania
Niskie	Odpowiadanie na pytania zamknięte z możliwością udzielenia odpowiedzi: „tak” lub „nie”, mówienie z pamięci na zmianę z terapeutą, np. liczenie, wymienianie dni tygodnia, miesięcy, liter alfabetu, pór roku.	Wyliczanie po kilka słów, odpowiadanie na pytania zamknięte z możliwością udzielenia odpowiedzi „tak”, „nie”, „nie wiem”, śpiewanie, mówienie wierszy razem z innymi, czytanie znanego tekstu (w przypadku dzieci płynnie czytających).
Średnioniskie	Uzupełnianie zdań jednym słowem, np. „Śpię na...”, podawanie przeciwieństw, czytanie na głos pojedynczych słów, odpowiadanie na proste pytania, np. „Gdzie mieszkasz?”.	Opisywanie przedmiotów podczas zgadywanek, odpowiadanie na proste pytania, podawanie danych, np. imienia, adresu, daty urodzenia, szkoły.
Średniowysokie	Wymienianie kolorów należących do danej kategorii, np. kolorów jedzenia, zwierząt czy roślin, wypowiadanie na głos wyrazów w niedokończonych zdaniach, wymienianie ulubionych warzyw lub najmniej lubianych potraw.	Opisywanie obrazków, odpowiadanie na pytania całymi zdaniami, czytanie na głos, mówienie instrukcji, np. jak posłać łożko.
Wysokie	Podawanie odpowiedzi w zgadywankach słownych, czytanie trudnych słów, używanie zwrotów grzecznościowych, mówienie o upodobaniach, układanie zdań z rozsypanych wyrazów.	Zadawanie pytań, opowiadanie kawałów, podawanie instrukcji, rozpoczynanie rozmowy, prośenie o pomoc, poprawianie czyichś błędów, negocjowanie, formułowanie wypowiedzi osobistych, składanie życzeń, mówienie przez 30 sekund o ulubionej bajce.

Źródło: opracowanie na podstawie książki Johnson i Wintgens, 2018, s. 244–245



Rysunek 6. Wybrane techniki pracy z dziećmi z mutyzmem wybiórczym

Źródło: opracowanie własne

Technika trójkąta (trójkąt taktyczny) jest szczególnie pomocna przy wprowadzaniu nowych osób do kręgu rozmówców. Polega ona na tym, że rodzic (koordynator, nauczyciel lub specjalista) prowadzi z dzieckiem z MW i na przykład z jego koleżanką tak jakby dwie oddzielne rozmowy. Jednocześnie stara się włączać koleżankę do dialogu i umożliwiać dziecku mówienie w jej obecności. Potem staje się pośrednikiem w rozmowie między nimi. Kieruje rozmową w obie strony tak, że dzieci mają wrażenie, jakby rozmawiały ze sobą (Johnson i Wintgens, 2018, s. 196).

Poniżej przedstawiony został przykład wprowadzenia innego dziecka do rozmowy techniką trójkąta.

J – Julia z MW

K – Kasia, koleżanka Julii

M – mama Julii

M: „Kasiu, widzę, że lubisz kotki”.

K: „Tak, bardzo”.

M: „Super! My też uwielbiamy kotki, prawda, Julciu?”

J (MW): Kiwa głową na potwierdzenie.

M: „A masz w domu kotka, Kasiu?”

K: „Nie, mam pieska”.

M: „Julciu, słyszałaś? Kasia mówi, że ma w domu pieska. My mamy kotka. Może pokazemy go Kasi?”

J (MW): „Tak”.

M: „Kasiu, chciałabyś zobaczyć naszego kotka?”

K: „Tak. A jak się nazywa?”

M: „Julciu, nasz kot to Mruczuś czy Kita?”

J (MW): „Kita”.

Warto również stosować **technikę 5 sekund**. Kiedy zadajemy dziecku pytanie i ono nie odpowiada, powinniśmy odczekać 5 sekund. Nie możemy odpowiadać za nie. Potem powtarzamy pytanie albo zadajemy pytanie z dwiema odpowiedziami do wyboru: A lub B. Możemy też sparafrazować pytanie tak, aby dziecko było w stanie odpowiedzieć tylko „tak” albo „nie” (ewentualnie skinąć czy pokręcić głową). Znowu czekamy 5 sekund, zwracając się twarzą do dziecka, żeby nie mogło szeptać. Jeśli nadal nie ma odpowiedzi, kontynuujemy rozmowę lub całkiem zmieniamy temat, a do dziecka mówimy np. „Powiesz mi później” (Johnson i Wintgens, 2018, s. 590).

Poniżej przedstawiono, jak może przebiegać rozmowa z zastosowaniem techniki 5 sekund.

Założmy, że Krzyś jest ze swoim tatą na placu zabaw. Podchodzi do niego chłopiec i pyta, ile ma lat.

K – Krzyś z MW

Ch – chłopiec

T – tata Krzysia

Ch: „Cześć, ile masz lat?”

K (MW): Milczy.

T: Czeka 5 sekund (np. zaczyna liczyć w głowie do pięciu). Wie, że ma do wyboru trzy możliwości (powtórzenie pytania, pytanie z opcją wyboru odpowiedzi, parafraza pytania) i decyduje się na jedną z nich (pytanie z opcją wyboru odpowiedzi).

K (MW): Nadal milczy.

T: „Krzysiu, ty masz pięć czy siedem lat?”

K (MW): „Pięć”.

Techniką najczęściej wykorzystywaną na terenie placówki, do której uczęszcza dziecko, jest **sliding-in**. Bazuje ona na metodzie wygaszania bodźca lękowego. Jest formą radzenia sobie z różnymi rodzajami fobii. Metoda wygaszania bodźca lękowego polega na powolnym wystawianiu osoby na bodziec lękotwórczy do momentu, aż siła reakcji lękowej zostanie zredukowana do minimum. W przypadku dzieci z MW technika sliding-in opiera się na stopniowym zmniejszaniu lęku przed mówieniem poprzez powolne przenoszenie komunikacji – tak aby dziecko mogło rozmawiać z nową osobą.

Włączanie kolejnej osoby do grona tych, z którymi dziecko rozmawia, czyli powolny przekaz (transfer) mowy na inną osobę poprzez **małe kroki**, ma różne określenia, lecz jego przebieg jest bardzo podobny. Technika ta nazywana jest sliding-in (Maggie Johnson i Allison Wintgens), stimulus fading (dr Aimee Kotrba i Shari J. Saffer) lub fading-in (dr Steven Kurtz). Pojęcia sliding-in, stimulus fading i fading-in określają odmiany tej samej techniki wywodzącej się z metody wygaszania bodźca lękowego.

Maggie Johnson i Allison Wintgens opracowały szczegółowo procedurę sliding-in, która polega na stopniowym „wślizgiwaniu” się osoby, z którą dziecko ma rozmawiać. Oddziaływania zawsze rozpoczynają się od obecności przy dziecku rodzica (lub innej osoby, z którą komunikuje się ono swobodnie). Dziecko ma możliwość stopniowego osvajania się z osobą stanowiącą źródło lęku. Po wycofaniu rodzica koordynator zaczyna wprowadzać nową osobę, np. koleżankę, z którą dziecko wcześniej nie rozmawiało.

Technika sliding-in realizowana jest zwykle kilka razy w tygodniu po około 20 minut. Johnson i Wintgens podzieliły sliding-in na formalny i nieformalny. **Sliding-in nieformalny** stosowany jest głównie w przypadku dzieci poniżej 6. roku życia, ale z powodzeniem może być wykorzystywany również u starszych. Dzieci nie zdają sobie sprawy z tego, że biorą udział w jakiejś interakcji terapeutycznej. Natomiast **sliding-in formalny** przeznaczony jest zwykle dla dzieci powyżej 6. roku życia i wymaga ich większego zaangażowania. Zostają one dokładnie poinformowane, jakie zadania będą robiły, a ich wykonanie może być nagrodzone. W technice formalnej bardzo ważne jest wyjaśnienie każdemu dziecku celu spotkań terapeutycznych i przygotowanie odpowiedniej drabinki komunikacyjnej z kolejnymi celami.

Drabinki to bardzo popularna technika pokonywania lęku, która pozwala krok po kroku zwalczać m.in. lęk przed mówieniem. Dziecko przechodzi przez poszczególne etapy – od najłatwiejszych do tych, które budzą największy lęk.

W nieformalnym działaniu bardzo ważne są:

- mówienie najpierw do osoby, która jest obecna przy dziecku, dopóki się ono nie rozluźni;
- angażowanie dziecka poprzez wspólne działanie, a nie rozmowę;

- komentowanie, np. „Ale świetne te klocki”;
- stosowanie pytań retorycznych, później próśb o wskazywanie palcem, pytań typu „Tak czy nie?”, pytań, na które można odpowiedzieć jednym słowem, następnie pytań, na które trzeba odpowiedzieć jednym pełnym zdaniem, i dopiero na samym końcu pytań otwartych;
- stosowanie celowych pomyłek;
- niezadawanie dziecku pytań, które testowałyby jego wiedzę;
- stosowanie pytań zgodnie z obciążeniem komunikacyjnym: niskim, średnioniskim, średniowysokim i wysokim.

W pracy z dziećmi i młodzieżą z MW bardzo ważna jest **generalizacja mowy**, zwłaszcza na jej ostatnim etapie. Pozwala ona utrzymać efekty terapii i przełamać lęk przed mówieniem. Generalizacja efektów terapii oznacza planowanie interwencji terapeutycznych w różnych sytuacjach i środowiskach, w obecności wielu osób, a nie wyłącznie w środowisku terapeutycznym, w obecności terapeuty. Nie należy zapominać, że jeśli dziecko zacznie już mówić (nawet pełnymi zdaniami), np. w szkole, to konieczne są dodatkowe ćwiczenia wymagające ekspozycji społecznej oraz/lub treningu umiejętności społecznych.

Przykładowe sposoby i obszary wsparcia dziecka z mutyzmem wybiórczym

Poniższe propozycje dotyczą działań wspierających dziecko z mutyzmem wybiórczym w środowisku przedszkolnym lub szkolnym (Pałac-Nożewska, 2019).

Przy planowaniu wsparcia zawsze trzeba uwzględniać wiek dziecka, jego potrzeby rozwojowe i stopień nasilenia lęku związanego z komunikacją werbalną.

Należy pamiętać, aby:

- usunąć presję na mówienie – nie wymagać i nie naciskać, ale stwarzać okazje do mówienia;
- zapewniać dziecku komfort nauki i nie wskazywać go do odpowiedzi lub wykonywania czynności, chyba że samo wyrazi chęć;
- wyznaczać zadania, które zapewniają dziecku możliwość przemówienia w sytuacjach mniej zagrażających w jego przekonaniu, np. „Czy mógłbyś pokazać koledze, gdzie leżą kartki?”, „Pomóż koledze poukładać kredki”;
- używać przyjaznych komentarzy i pytań retorycznych typu: „Zastanawiam się, czy 3 + 2 to 9”, „Widzę tutaj świetny rysunek – ciekawe, co na nim jest”;
- umożliwić dziecku branie udziału we wszystkich aktywnościach razem z innymi dziećmi, powierzając mu zadanie niewymagające mówienia, np. rozdanie pomocy dydaktycznych, podanie rekwizytu, pantomima, mówienie chórem, klaskanie;

- zadawać pytania o jak najmniejszym obciążeniu komunikacyjnym, na które można odpowiedzieć „tak” lub „nie” (np. „Czy dzisiaj jest poniedziałek?”), czy inne pytania, które będą dostosowane do aktualnego etapu swobodnego mówienia u dziecka (tabela 1);
- zachęcać rówieśników do emocjonalnego wsparcia dziecka poprzez organizowanie zabaw w małych grupach, takich jak np. nauka rymowanek, zabawy ruchowe i gimnastyczne, gra w piłkę, wspólne śpiewanie, dmuchanie piórek, puszczenie baniek mydlanych, joga dziecięca, ćwiczenia relaksacyjne przy muzyce – takie przerywniki w trakcie lekcji pomagają się rozluźnić i obniżyć poziom lęku;
- prowadzić chóralne sprawdzanie listy obecności – wszystkie dzieci mówią razem „jest” lub „nie ma”.

W celu zapewnienia jak najlepszego wsparcia terapeutycznego można rozważyć wyznaczenie do pracy z dzieckiem koordynatora – psychologa, pedagoga, logopedy lub wychowawcy.

Koordynator:

- przeprowadza z dzieckiem psychoedukację na temat lęku;
- wyznacza cele pracy z dzieckiem, nadzoruje przebieg terapii oraz prowadzi ocenę postępów;
- pracuje zgodnie z aktualną mapą mowy (przykłady znajdują się na stronie Fundacji Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja) i obciążeniem komunikacyjnym (tabela 2), wykorzystując przy tym m.in. metodę małych kroków;
- przejmuje dalszą pracę z dzieckiem, kiedy już zaczyna ono z nim swobodnie rozmawiać, a rodzic wycofuje się z sesji (początkowo praca powinna być krótka, ale systematyczna, np. 3–5 razy w tygodniu przez około 20 minut; w miarę upływu czasu można wydłużać spotkania i zmniejszać ich liczbę);
- wprowadza kolejne osoby do kręgu rozmówców;
- pomaga w usuwaniu czynników podtrzymujących MW (Johnson i Wintgens, 2018, s. 172–178, 664–666);
- współpracuje z wychowawcą i rodzicami dziecka, w tym przekazuje informacje na temat bieżących postępów i trudności.

Zalecane jest jak najczęstsze stosowanie technik rekomendowanych do pracy z dzieckiem z MW, takich jak sliding-in, technika trójkąta, technika 5 sekund, pomost komunikacyjny, komentowanie, celowe pomyłki, stopniowanie pytań zgodnie z obciążeniem komunikacyjnym i etapami swobodnego mówienia.

Ważne jest reagowanie w sposób naturalny, jeśli dziecko coś powie, oraz uprzedzanie go o wszystkich zmianach, jakie są planowane w przedszkolu czy szkole.

Nie należy:

- świdrować dziecka wzrokiem, mówić do niego: „No, popatrz na mnie”, wywoływać go na siłę do odpowiedzi lub powiedzenia czegoś;
- używać takich zwrotów jak np.:
 - „No, powiedz chociaż *dzień dobry*”,
 - „Taka duża dziewczynka i nie mówi”,
 - „Kiedy do mnie coś powiesz?”,
 - „No, powiedz coś”,
 - „Mnie możesz powiedzieć”,
 - „Nie masz języka w buzi?”,
 - „Dlaczego nic nie mówisz?”,
 - „On nie mówi”,
 - „Ona jest nieśmiała”,
 - „On i tak nic nie powie”.

Trzeba sprawdzić, czy wszystkie czynniki podtrzymujące mutyzm wybiórczy zostały usunięte, m.in.:

- upewnić się, że lęk przed mówieniem został omówiony z dzieckiem, rodzicami i rówieśnikami;
- upewnić się, że rówieśnicy nie odrzucają dziecka z powodu niemówienia, nie wyśmiewają go, nie stygmatyzują stwierdzeniami typu „On nie mówi” lub nadmiernie go nie chronią, nie wyręczają;
- upewnić się, że presja związana z mówieniem została usunięta, że np. podczas zajęć dziecko nie jest sparaliżowane z powodu strachu przed zapytaniem, domaganiem się przez nauczyciela kontaktu wzrokowego albo wymuszaniem słowa „jestem”/„obecny” przy sprawdzaniu listy obecności;
- nie okazywać zaskoczenia, gdy dziecko mówi;
- przeanalizować, czy dostrzegamy potrzebę zmiany i akceptujemy alternatywne sposoby komunikowania się zamiast komunikacji werbalnej.

Warunkiem umożliwiającym realizację indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dziecka jest dostosowanie wymagań i oczekiwań do jego możliwości społeczno-emocjonalnych oraz intelektualnych, ze szczególnym uwzględnieniem braku satysfakcjonującej komunikacji werbalnej.

Rodzaje i formy wsparcia, jakie mogą być realizowane w szkole lub przedszkolu

- Indywidualne wsparcie terapeutyczne, czyli zapewnienie dziecku indywidualnej pracy z koordynatorem, w osobnej sali, metodą małych kroków, z wykorzystaniem techniki sliding-in.
- Uwzględnienie na pierwszym etapie pracy z koordynatorem obecności rodzica, który często jest niezbędny we wprowadzeniu terapeuty do otoczenia dziecka.

Dzięki temu koordynator jest w stanie nawiązać bliską więź z dzieckiem opartą na komunikacji werbalnej.

- Udział dziecka w zajęciach zgodnie z jego potrzebami i możliwościami (np. w zajęciach rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne, innych zajęciach o charakterze terapeutycznym). Zakres działań powinien uwzględniać m.in. stopniową ekspozycję na bodziec lękowy.
- Indywidualizacja pracy podczas zajęć lekcyjnych, w tym sprawdzanie obecności chórally lub przez podnoszenie ręki, niezmuszanie dziecka do używania zwrotów grzecznościowych, wprowadzenie znaków umownych, zadawanie pytań wymagających skinienia głową lub odpowiedzi „tak”/„nie”, angażowanie dziecka we wszystkie czynności, które nie wymagają mówienia (np. rozdawanie pomocy dydaktycznych). Warto pamiętać, że dziecko z bardzo wysokim poziomem lęku może nie być w stanie wykonać czynności niewerbalnych, jak np. wyjęcie zeszytów czy pokazanie pracy domowej. Trzeba sprawdzić, czy potrafi ono zaspokajać potrzeby fizjologiczne. Ważne jest, aby próbować dołączyć dziecko do rówieśników (stosując np. technikę trójkąta), a także organizować pracę na lekcji w małych grupach, aby stwarzać mu okazje do mówienia. Nie należy rezygnować ze wsparcia nawet wtedy, gdy dziecko już mówi. Najlepiej przeprowadzić generalizację mówienia do samego końca, aby mówiło ono swobodnie do wszystkich.
- Komfortowe dla dziecka sprawdzanie wiedzy, gdy jeszcze nie mówi ono swobodnie. Warto ustalić w zespole sposób weryfikowania wiedzy (np. pisemny, testowy) i etapy działania. Sprawdzian z czytania, jeśli jest konieczny, można przeprowadzić indywidualnie w bezpiecznym pomieszczeniu, za pomocą wcześniej przygotowanych nagrań lub w obecności osoby, z którą dziecko swobodnie rozmawia. Każde postępowanie z dzieckiem w klasie musi być przedyskutowane z jego koordynatorem i rodzicami, a także przeprowadzone zgodnie z aktualnym etapem swobodnego mówienia. Nauczyciel, który sprawdza wiedzę ucznia sam na sam, powinien być wcześniej wprowadzony przez koordynatora (np. z wykorzystaniem techniki sliding-in).
- Usunięcie presji mówienia, czyli wykluczenie oczekiwania, że dziecko odpowie (przemówi), przy jednoczesnym stwarzaniu okazji do mówienia. Oznacza to, że początkowo nie należy zadawać pytań. Można tylko komentować aktywność dziecka, np. „Ooo, widzę, że dziś masz nowy długopis. Ciekawe, jak pisze”. Nie powinno się nadmiernie wpatrywać w dziecko ani szukać z nim kontaktu wzrokowego. Nie można również głośno komentować tego, że ono do nas przemówiło. Nie wolno wymagać od niego używania zwrotów grzecznościowych. Jeśli dziecko już mówi, trzeba dopasować rodzaj zadawanych pytań do jego możliwości, np. stosować pytania zamknięte, pytania wyboru, pytania typu „Wymień dwa, trzy...”.
- Budowanie poczucia bezpieczeństwa, np. poprzez komunikaty: „Wiem, że to dla ciebie trudne. Powiesz mi, gdy będziesz gotowy”. Ważne jest również reagowanie w sposób naturalny, gdy dziecko coś powie, a także informowanie go o zmianach planowanych w przedszkolu/szkole.

Przy określaniu celów rozwojowych i terapeutycznych należy pamiętać, że powinny być one dostosowane do aktualnego etapu funkcjonowania dziecka, m.in. w zakresie komunikacji, w tym do jego indywidualnych doświadczeń, możliwości i stopnia trudności mówienia w określonych sytuacjach społecznych.

Przykładowe cele rozwojowe i terapeutyczne:

- systematyczne obniżanie poziomu lęku,
- budowanie poczucia własnej wartości,
- poszerzanie grona rozmówców,
- czynne uczestniczenie w życiu klasy,
- progres rozwoju emocjonalno-społecznego,
- swobodne rozmawianie dziecka ze swoim koordynatorem,
- odpowiadanie przez dziecko na pytania nauczyciela całym zdaniem,
- komunikowanie się przez dziecko swobodnie przynajmniej z połową klasy,
- informowanie przez dziecko o potrzebach fizjologicznych,
- zgłaszanie przez dziecko przeżywanego dyskomfortu,
- czytanie przez dziecko krótkiego tekstu w obecności kolegów i koleżanek z klasy.

Z uwagi na zaburzenie lękowe zaleca się najczęściej realizację wybranych zajęć indywidualnie lub w małej grupie. Dotyczy to szczególnie pierwszego etapu terapii, który wymaga wprowadzenia wielu osób metodą sliding-in. Praca w małych grupach jest także ważna w procesie generalizacji mowy.

Inne skuteczne działania nakierowane na wsparcie dziecka z MW

- Angażowanie dziecka w życie szkoły i klasy, powierzanie mu ról wymagających mówienia w jak najmniejszym stopniu, ale budujących jego poczucie własnej wartości, np. przygotowanie wystroju sali, wystawy, gablot szkolnych.
- Wykorzystywanie mocnych stron, zdolności, umiejętności i zainteresowań dziecka w przygotowywaniu uroczystości, imprez, przedstawień, przy jak najmniejszym zaangażowaniu werbalnym.
- Umożliwienie przedstawienia i wyjaśnienia problemu dziecka na forum klasy. Warto przeprowadzić z rówieśnikami zajęcia na temat lęku, w tym lęku przed mówieniem. Jeśli dziecko z MW będzie gotowe, może przygotować na swój temat prezentację multimedialną, klaser, opowiadanie, list lub nagranie. Takie informacje o dziecku muszą być bardzo starannie zaplanowane, przedyskutowane z nim, jego rodzicami i koordynatorem. W zależności od stanu psychofizycznego dziecka wiadomości na jego temat powinny być przekazywane przez samo dziecko, jego rodzica, nauczyciela bądź koordynatora.
- Systematyczna pomoc nauczyciela w komunikowaniu się dziecka z rówieśnikami – wykorzystanie techniki 5 sekund, techniki trójkąta lub pomostu komunikacyjnego.
- W razie potrzeby zapewnienie dziecku środków i sprzętów, które ułatwią mu komunikację ze środowiskiem lub pomogą w generalizacji mowy, takich jak

specjalistyczne gry i pomoce dla dzieci z MW, workbooki, zabawki interaktywne z funkcją powtarzania, zmieniania i nagrywania głosu, megafon do ćwiczeń aktywności głosowej, pomoce do ćwiczeń oddechowych (np. dmuchajki, labirynty oddechowe), smartfon lub smartwatch (mogą okazać się przydatne przy bardzo dużym nasileniu lęku, kiedy dziecko jest „zamrożone” i rozmawia tylko z rodzicem). Warto podkreślić, że środki te nie zastąpią komunikacji słownej i mogą być stosowane tylko jako pomoc w niektórych zadaniach, zwłaszcza na początku terapii.

Wsparcie udzielane dziecku z mutyzmem wybiórczym powinno podlegać ewaluacji. Warto uwzględnić m.in.:

- ocenę skuteczności metody małych kroków – w tym celu najlepiej stosować specjalne formularze i karty postępów dziecka z MW, takie jak np. formularz oceny pracy ucznia szkoły podstawowej czy lista kontrolna czynników podtrzymujących (Johnson i Wintegns, 2018, s. 685–705);
- monitorowanie, współdziałanie i konsultacje między nauczycielami, specjalistami, koordynatorem i rodzicami dziecka. Jeśli posiada ono orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, należy też ocenić ewaluację działań ujętych w indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym (IPET) i ich modyfikacje w zależności od aktualnych potrzeb dziecka, zwłaszcza komunikacyjnych.

Rola przedszkola i szkoły we wsparciu dziecka z mutyzmem

Mutyzm wybiórczy najczęściej objawia się w przedszkolu lub szkole. **Rola placówek jest tu kluczowa.** W przypadku dziecka w wieku przedszkolnym pracuje się głównie w miejscu występowania lęku, czyli na terenie placówki, do której ono uczęszcza. W przypadku dziecka w wieku szkolnym, oprócz pracy w placówce, zwykle zapewnia mu się również terapię psychologiczną w dowolnie wybranym miejscu. To, czy dziecko powinno brać udział w zajęciach terapeutycznych, zawsze oceniane jest odpowiednio do jego potrzeb.

Terapia mutyzmu wybiórczego to najczęściej **praca zespołowa**. Zarówno na terenie przedszkola, jak i szkoły zaleca się wyznaczenie koordynatora.

Z uwagi na to, że dziecko swobodnie rozmawia w domu, rodzice mogą przez lata nie wiedzieć, że nie komunikuje się ono w placówce. Z praktyki autorki niniejszej publikacji wynika, że wiele rodzin dowiedziało się o lęku przed mówieniem u dziecka dopiero w zerówce lub szkole podstawowej. Dlatego tak istotne jest, aby każdy nauczyciel wychowania przedszkolnego już na początku edukacji przedszkolnej informował rodziców o tym, że dziecko nie mówi lub mówi bardzo mało. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ICD-10, ICD-11 i DSM-5 zaburzenia mówienia mogą być niepokojące,

jeśli utrzymują się **dłużej niż przez miesiąc**. Jeśli więc dziecko nie odzywa się w placówce ponad miesiąc, należy rozpocząć działania diagnostyczne. Ważne jest, aby rodzice poinformowali specjalistów, w jaki sposób komunikuje się ono w domu. Można również poprosić rodziców o udostępnienie nagrań z domu.

W terapii dziecka z mutyzmem wybiórczym liczy się **budowanie bliskiej i serdecznej relacji** oraz empatia. Bardzo ważny jest również **brak presji na mówienie**. Należy jednak pamiętać, że unikanie presji nie oznacza pomijania dziecka. Nie może ono czuć się ignorowane i niewidzialne. Praca z dzieckiem z MW w grupie przedszkolnej czy zespole klasowym powinna toczyć się równolegle z innymi oddziaływaniami, jak np. sliding-in czy wsparcie udzielane przez rodziców.

Oddziaływania w przedszkolu i szkole należy dopasować do aktualnego poziomu komunikacyjnego, wieku i możliwości poznawczych dziecka. Zapewni to podopiecznemu stałą pracę nad generalizacją procesu mówienia, poczuciem własnej wartości i umiejętnościami społecznymi.

W przypadku dziecka z MW bardzo ważna jest **ściśła współpraca specjalistów z rodzicami**. Jeśli dziecko w placówce nie komunikuje się swobodnie (jest „sparaliżowane”, komunikuje się niewerbalnie lub używa tylko pojedynczych słów), to jeden z rodziców powinien początkowo uczestniczyć w procesie wprowadzenia innej osoby dorosłej do kręgu rozmówców dziecka. W przypadku, gdy dziecko nie komunikuje się werbalnie ze swoim koordynatorem, rodzic musi pomóc w transferze mowy.

Istotne jest, aby również nauczyciele współpracowali z rodzicami i przekazywali im na bieżąco postępy oraz trudności w funkcjonowaniu dziecka. Otwarta komunikacja z rodzicami, wzajemne słuchanie, wymiana doświadczeń i uważność przyczyniają się do sukcesu terapii.

Wsparcie dziecka z mutyzmem wybiórczym w grupie przedszkolnej i klasie szkolnej – zalecenia dla nauczycieli

- Przywitaj się z dzieckiem krótko, ale nie oczekuj, że odpowie.
- Nie domagaj się bezpośredniego kontaktu wzrokowego.
- Nie wpytuj dziecka: „Co słyhać?”, „Jak się czujesz?” itp. Zwykle są to dla niego zbyt trudne pytania.
- Nie zadawaj pytań otwartych na początku terapii, np. „Co robiłeś w weekend?”, „Jak spędziłeś święta?”.
- Nie wymuszaj podania ręki czy przybicia piątki.

- Zawsze informuj dziecko o zmianie sali, zastępstwie, nieobecności nauczyciela, wycieczce, wyjściu, łączeniu grup i innych zmianach.
- Wprowadzaj jak najwięcej zabaw i ćwiczeń ruchowych umożliwiających obniżanie napięcia psychofizycznego u dziecka.
- Sprawdzaj listę obecności chóralnie, poprzez podniesienie ręki albo z zastosowaniem umówionego sygnału.
- Stosuj metodę komentowania typu: „Widzę, że macie karty. Ciekawe, czy się wymieniacie”, „O, też lubię Harry’ego Pottera. Ciekawe, gdzie można kupić taką bluzkę z jego portretem”.
- Nigdy nie pomijaj dziecka w aktywnościach, lekcjach czy zabawach, tak aby nie czuło się wykluczone. Dobieraj pytania i zadania do jego możliwości.
- Staraj się codziennie zadać dziecku przynajmniej jedno pytanie, które będzie dobrane do jego poziomu lęku.
- Staraj się codziennie powierzyć dziecku przynajmniej jedno zadanie, które będzie dobrane do jego poziomu lęku.
- Reaguj naturalnie, kiedy dziecko się do Ciebie odezwie. Nie komentuj, nie reaguj przesadnie.
- Jeśli rówieśnicy pytają, dlaczego dziecko nie mówi, odpowiedz, że mówi, ale tutaj potrzebuje więcej czasu i odezwie się, gdy będzie na to gotowe.
- Nie czekaj, aż dziecko zacznie inicjować kontakty społeczne. Może się okazać, że nie będzie w stanie samo podejść do rówieśnika. Pomóż dziecku zainicjować rozmowę z kolegą lub koleżanką, np. metodą trójkąta.
- Jeśli zadajesz dziecku pytanie, poczekaj 5 sekund na odpowiedź. Nie zadawaj kilku pytań z rzędu.
- Uważaj na ostre i stanowcze wprowadzanie zasad, np. „Nie wolno samemu chodzić do toalety. Trzeba mówić, jak się wychodzi”. Dziecko z mutyzmem wybiórczym będzie starało się ich szczególnie przestrzegać.
- Dostosuj sprawdzanie wiedzy do możliwości dziecka: pisemne, testowe, w osobnym pomieszczeniu, poprzez nagrania.
- Stosuj opisową pochwałę terapeutyczną, np. „Widzę przepisane zadanie. To się nazywa bycie obowiązkowym”, „Zgłosiłeś się do wykonania zadania. Jesteś odważny”. Dopasuj chwalenie do poziomu lęku dziecka. Nie wszyscy chcą być chwaleni przy innych.
- Zachowuj czujność i reaguj, gdy rówieśnicy wyręczają dziecko w mówieniu. Możesz zareagować: „Nie mówcie za niego. On powie, gdy będzie gotowy” lub dobrać pytanie zgodnie z obciążeniem komunikacyjnym.

Mutyzm wybiórczy jest wyzwaniem dla dziecka i jego najbliższych. Może znacząco utrudniać rozwój dziecka i zaburzać funkcjonowanie całej rodziny. Praca terapeutyczna jest zwykle długotrwała, wymaga dużej cierpliwości i zaangażowania wszystkich osób biorących w niej udział. Konieczna jest również konsekwencja w stosowaniu technik terapeutycznych i ścisła współpraca zespołowa.

Publikacja ta nie wyczerpuje całej tematyki skutecznych metod terapii mutyzmu wybiórczego u dzieci i młodzieży oraz pomocy udzielanej im przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, specjalistów szkolnych i przedszkolnych. To jedynie nakreślenie ścieżki postępowania.

Notka o autorce

Alicja Pałac-Nożewska – psycholożka, koordynatorka i terapeutka dzieci z mutyzmem wybiórczym. Wieloletnie doświadczenie zdobywała w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, placówkach oświatowych i centrach medycznych. Jest autorką wielu artykułów i publikacji, programów do pracy z dziećmi z różnymi potrzebami, gry terapeutycznej dla dzieci z MW i innych specjalistycznych pomocy do pracy nad zaburzeniami mówienia. Prowadzi własną działalność ukierunkowaną na pomoc dzieciom, które boją się mówić.

Bibliografia

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*, (1994), Waszyngton: American Psychiatric Association.

American Psychological Association, [Mutism – APA Dictionary of Psychology](#) [dostęp: 4.08.2025].

Bergman R.L., (2013), *Treatment for children with selective mutism. An integrative behavioral approach. Therapist guide*, Nowy Jork: Oxford University Press.

Bystrzanowska M., (2017), *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Bystrzanowska M., Bystrzanowska E. (red.), (2019), *Mutyzm wybiórczy. Skuteczne metody terapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Cotter A., Todd M., Brestan-Knight E., (2018), *Parent-Child Interaction Therapy for Children with Selective Mutism (PCIT-SM)* [w:] Niec L.N. (red.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy. Innovations and Applications for Research and Practice*, Cham: Springer.

Fundacja Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja, (2021), *Diagnoza i terapia mutyzmu wybiórczego – pakiet informacyjny dla poradni psychologiczno-pedagogicznych*, Bochnia: Fundacja Mutyzm Wybiórczy Reaktywacja.

Furr J.M., (2020), *Exposure therapy for childhood selective mutism: Principles, practices and procedures* [w:] Peris T.S., Storch E.A., McGuire J.F. (red.), *Exposure therapy for children with anxiety and OCD*, Cambridge: Academic Press.

Gałecki P. (red. polskiego wydania), (2015), *Kryteria diagnostyczne z DSM-5-TR. Desk reference*, Wrocław: Edra Urban & Partner.

Gałecki P., Szulc A., (2023), *Psychiatria. Tom 1. Rozpoznanie według ICD-11*, Wrocław: Edra Urban & Partner.

Johnson M., Reitman J., (2025), *Mutyzm wybiórczy. Zbiór ćwiczeń do wykorzystania przez rodziców i specjalistów*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

Johnson M., Wintgens A., (2018), *Mutyzm wybiórczy. Kompendium wiedzy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

Kotrba A., Saffer S.J., (2018), *Overcoming selective mutism. The parent's field guide*, Charleston: Summit & Krest Publishing.

Marciniak-Firadza R., (2020), [Diagnozowanie dziecka/ucznia z mutyzmem wybiórczym](#) [dostęp: 4.08.20245], „Logopaedica Lodziensia”, nr 4, s. 115–129.

Matuszek B., (2015), *Z teorii i praktyki pracy z uczniem zagrożonym niedostosowaniem społecznym w szkole podstawowej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika”, t. 10, s. 145–157.

Mulligan C.A., Hale J.B., Shipon-Blum E., (2015), [Selective mutism: Identification of subtypes and implications for treatment](#) [dostęp: 4.08.2025], „Journal of Education and Human Development”, t. 4, nr 1, s. 79–96.

Muris P., Ollendick T.H., (2015), *Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5*, „Clinical Child and Family Psychology Review”, nr 18(2), s. 151–169.

Muris P., Ollendick T.H., (2021), *Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder*, „Clinical Child and Family Psychology Review”, nr 24(2), s. 294–325.

Pałac-Nożewska A., (2022), *Efektywne metody pracy z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym*, „Zagadnienia społeczne”, nr 1(17).

Pałac-Nożewska A., (2019), *Jak formułować zalecenia do opinii i orzeczeń. Wskazówki dla pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych*, „E-biuletyn Specjalne Potrzeby Edukacyjne”, nr 4(19), s. 21–33.

Pałac-Nożewska A., (2020), *Skuteczne metody pracy z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym*, „Forum Logopedy”, nr 40.

Portal epedagogika.pl., Czarnocka M., (2021), *Kształcenie specjalne z uwagi na niedostosowanie społeczne dla dziecka z diagnozą mutyzmu wybiórczego*.

Pużyński S., Wciórka J. (red. polskiego wydania), (2000), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”/ Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Rozenek E.B., Orlof W., Nowicka Z.M., Wilczyńska K., Waszkiewicz N., (2020), [Mutyzm wybiórczy – przegląd schorzenia i etiologii: czy brak mowy to tylko wierzchołek góry lodowej?](#) [dostęp: 4.08.2025], „Psychiatria Polska”, t. 54(2).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczególnych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, Dz.U. z 2023 r., poz. 2499, t.j.

Steffenburg H., Steffenburg S., Gillberg C., Billstedt E., (2018), *Children with autism spectrum disorders and selective mutism*, „Neuropsychiatric Disease and Treatment”, Dovepress/ Taylor & Francis Group.

Stein M.B., Yang B., Chavira D.A., Hitchcock C.A., Sung S.C., Shipon-Blum E., Gelernter J., (2011), *A Common Genetic Variant in the Neurexin Superfamily Member CNTNAP2 Is Associated with Increased Risk for Selective Mutism and Social Anxiety-Related Traits*, „Biological Psychiatry”, nr 69(9), s. 825–831.

Strona internetowa Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, [Wieloaspektowa i kompleksowa pomoc niepełnosprawnemu dziecku w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole oraz jego rodzinie w ramach wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjnych \(WOKRO\)](#) [dostęp: 4.08.2025].

Strona internetowa SMiRA, [Info: Guidance for the Diagnosis of SM](#) [dostęp: 4.08.2025].

Światowa Organizacja Zdrowia, (2025), *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-11*, Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia.

Światowa Organizacja Zdrowia, (2009), *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF*, Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia.

Krótki kwestionariusz wywiadu w kierunku mutyzmu wybiórczego

Wywiad z rodzicem dziecka w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym

opracowanie: Alicja Pałac-Nożewska

Kwestionariusz służy do wstępnego rozpoznania niektórych zachowań charakterystycznych dla dzieci z mutyzmem wybiórczym i innymi zaburzeniami lękowymi. Zawiera pytania dotyczące funkcjonowania dziecka w różnych sytuacjach społecznych.

Proszę ustosunkować się do podanych pytań, wybierając jedną z pięciu odpowiedzi: „brak zachowań”, „rzadko”, „czasem”, „często”, „bardzo często”. W tym celu należy postawić krzyżyk w odpowiedniej rubryce – w zależności od natężenia i częstotliwości pojawiania się danego zachowania (w trakcie oceniania powinno się wziąć pod uwagę ostatnie dwa miesiące):

- brak zachowań – dane zachowanie nie występuje wcale,
- rzadko – dane zachowanie występuje rzadko (raz na kilka tygodni) i objawy są bardzo mało nasilone,
- czasem – dane zachowanie występuje czasem (raz na tydzień) i objawy są bardziej nasilone,
- często – dane zachowanie występuje często (prawie codziennie) i objawy są nasilone,
- bardzo często – dane zachowanie występuje bardzo często (codziennie) i objawy są bardzo nasilone.

Jeśli zajdzie potrzeba doprecyzowania odpowiedzi (np. zachowanie dziecka jest niestandardowe lub wymaga dodatkowego opisu i podania przykładu), można wpisać komentarz w ostatniej rubryce.

* mowa swobodna = dziecko inicjuje rozmowy, podtrzymuje je, odpowiada na pytania rozmówcy, używa pełnych zdań, mówi pełnym głosem

Imię i nazwisko dziecka

Data obserwacji

Lp.	Opis zachowań dziecka	Brak zachowań	Rzadko	Czasem	Często	Bardzo często	Komentarz
1.	Rozmawia swobodnie* w domu.						
2.	Wydaje się spięte lub niespokojne, gdy ma coś powiedzieć do obcych osób.						
3.	Milczy, gdy zadawane są mu pytania poza domem.						
4.	Rozmawia swobodnie* z dziadkami lub innymi bliskimi osobami (jakimi?).						
5.	W trakcie rozmowy:						
	• zagryza wargi,						
	• czerwieni się,						
	• kręci włosy na palec,						
	• skubie ubrania,						
	• gryzie rękaw,						
	• obgryza lub skubie paznokcie,						
	• poci się,						
	• zakrywa się włosami,						
	• zakłada kaptur na głowę,						
• inne:							

Lp.	Opis zachowań dziecka	Brak zachowań	Rzadko	Czasem	Często	Bardzo często	Komentarz
6.	Ma problemy z wypowiedaniem się przed większą grupą:						
	• jąka się,						
	• wypowiada się chaotycznie,						
	• spuszcza głowę,						
	• mówi zdawkowo, cicho,						
	• czerwieni się,						
	• odpowiada błędnie,						
	• mówi „nie wiem”,						
	• odpowiada pojedynczymi słowami,						
	• inne:						
7.	Odczuwa lęk podczas występów publicznych w trakcie akademii, przedstawień i imprez grupowych.						
8.	Rozmawia z rodzicem na terenie placówki, ale tylko wtedy, gdy nikt inny go nie słyszy.						
9.	W placówce lub w nieznanym towarzystwie zajmuje się samym sobą, izoluje się, stoi na uboczu lub jest blisko rodzica.						
10.	Ma ograniczoną mimikę twarzy, niepełną ekspresję emocji, np. lekki uśmiech, rzadkie okazywanie złości poza domem.						

Lp.	Opis zachowań dziecka	Brak zachowań	Rzadko	Czasem	Często	Bardzo często	Komentarz
11.	Jego pantomimika jest ograniczona: brakuje mu swobody ruchów, jest mało spontaniczne, nadmiernie spokojne, usztywnione poza domem.						
12.	Przeżywa trudności w momencie rozstania z rodzicem.						
13.	Ma niewielu bliższych kolegów/ niewiele bliższych koleżanek.						
14.	Nie rozmawia swobodnie* z dziećmi na terenie placówki.						
15.	Nie rozmawia swobodnie* z nauczycielami na terenie placówki.						
16.	Niechętnie inicjuje rozmowy z dziećmi.						
17.	Niechętnie inicjuje rozmowy z osobami dorosłymi.						
18.	Rozmawia tylko z jednym rówieśnikiem.						
19.	Rozmawia tylko z kilkoma rówieśnikami.						
20.	Odpowiada pojedynczymi wyrazami na pytania zadawane przez nauczyciela.						
21.	Odpowiada krótkimi zdaniami na pytania zadawane przez nauczyciela.						
22.	Szepcze, gdy chce coś powiedzieć.						

Lp.	Opis zachowań dziecka	Brak zachowań	Rzadko	Czasem	Często	Bardzo często	Komentarz
23.	Mówi na ucho do nauczycieli.						
24.	Mówi na ucho do dzieci.						
25.	Nie odpowiada na pytania sprzedawcy czy kelnera.						
26.	Boi się rozmawiać przez telefon i za pośrednictwem kamerki (online).						
27.	Nie mówi „dzień dobry”, „cześć”, „do widzenia”.						

Pytania dodatkowe

Jak oceniana jest wiedza, umiejętności i rozwój dziecka w placówce? Czy ma ono trudności edukacyjne?

W jaki sposób dziecko komunikuje ból, dyskomfort, złe samopoczucie, niezrozumienie polecenia, potrzeby fizjologiczne (głód, pragnienie lub jakąś inną potrzebę)?

W jaki sposób oraz w jakim zakresie została dziecku udzielona pomoc w placówce?

Czy dziecko uczęszcza na jakieś zajęcia dodatkowe (jakie)? W jaki sposób się na nich komunikuje?

Czy w przypadku dziecka wielojęzycznego takie same trudności z mówieniem występują w każdym języku?

Interpretacja kwestionariusza

Kwestionariusz jest narzędziem wspierającym w obserwacji niepokojących zachowań dziecka. Pomaga zauważyć cechy charakterystyczne dla zaburzenia lękowego, jakim jest mutyzm wybiórczy. Służy do szybkiego wychwycenia zachowań, które mogą świadczyć o lęku przed mówieniem.

Narzędzie należy interpretować jakościowo, analizując dokładnie sytuację dziecka i jego rodziny. Do oceny całościowej powinno się użyć aktualnej mapy mowy, a także szczegółowego wywiadu z rodzicem (anamnezy). Kwestionariusz nie posiada normalizacji i możliwości oceny ilościowej.

Narzędzie to zostało stworzone na podstawie kwestionariusza, który powstał w 2020 roku na bazie wiedzy oraz doświadczeń autorki i skutecznie wychwytuje zachowania charakterystyczne dla mutyzmu wybiórczego.

Należy pamiętać, że specjalista może dokonać tylko tzw. diagnozy nieformalnej, podejrzenia lub wstępnego rozpoznania. Opisując dziecko z mutyzmem wybiórczym, należy przede wszystkim przeanalizować częstotliwość występowania danego zachowania. Interpretacja objawów i postawienie ostatecznej diagnozy należy zawsze do lekarza psychiatry.

Pytania zawarte w tym kwestionariuszu mogą pomóc w diagnozie mutyzmu wybiórczego w stopniu lekkim lub ciężkim. Wiele zależy od stopnia nasilenia objawów i częstotliwości ich pojawiania się. Im więcej jest zaznaczonych odpowiedzi „często” i „bardzo często”, tym bardziej można przypuszczać, że w rozwoju dziecka zachodzą nieprawidłowości mogące świadczyć o mutyzmie wybiórczym.

**Ośrodek Rozwoju Edukacji
Aleje Ujazdowskie 28
00-478 Warszawa
tel. 22 345 37 00**

www.ore.edu.pl