

Melodic Intonation Therapy – terapia wspierająca leczenie selektywnego mutyzmu – opis przypadku

Melodic Intonation Therapy – supportive therapy for selective mutism – a case study

Barbara Elżbieta Pastuszek-Lipińska¹, Aleksandra Brzostek², Barbara Kamińska-Kolarz³

¹Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

²Wydział Psychologii, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

³Centrum CBT w Warszawie

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2013; 8, 2: 77–83

Adres do korespondencji:

dr Barbara Elżbieta Pastuszek-Lipińska
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
e-mail: energin@wp.pl

Streszczenie

Cel pracy: W celu zbadania skuteczności *Melodic Intonation Therapy* (MIT) w terapii selektywnego mutyzmu do leczenia z użyciem tej metody włączono nastoletnią dziewczynkę, która nie nawiązywała kontaktu werbalnego w sytuacji szkolnej. Zaburzenie było na tyle dotkliwe, że w zasadzie jedyną osobą, która dotychczas słyszała głos dziewczynki, był logopeda pracujący w placówce. **Materiał i metody:** Zastosowano różnego rodzaju materiały słowno-obrazkowe ilustrujące wprowadzany materiał. Był on dostosowany do rozwoju poznawczego oraz możliwości dziewczynki i opracowany na podstawie dostępnych na rynku publikacji. Dziewczynka została poddana terapii z użyciem MIT. Systematycznie gromadzono materiał z kolejnych sesji, który następnie analizowano. Psycholog przeprowadził testy badające umiejętność korzystania z języka i mowy przed serią treningów i po ich zakończeniu.

Wyniki: Na podstawie analizy wyników poszczególnych sesji oraz przeprowadzonych badań przy użyciu AFA-skali przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii, a także sygnałów od nauczycieli pracujących w szkole, można stwierdzić, że w wyniku terapii z użyciem MIT dziewczynka zaczęła korzystać z mowy także w sytuacjach, w których wcześniej nie była w stanie zabrać głosu. Nastąpiła generalizacja postępów osiągniętych podczas sesji terapeutycznych.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań można przypuszczać, że poprawa nastąpiła w wyniku terapii z użyciem MIT, co oznacza, że MIT może być stosowana w terapii mowy u dzieci dotkniętych zaburzeniem.

Słowa kluczowe: *Melodic Intonation Therapy*, selektywny mutyzm, śpiew.

Abstract

Melodic Intonation Therapy (MIT) is going through a renaissance. The method is being tested in cases of post-stroke aphasia, apraxia and various speech disorders. The study examining the effectiveness of the method concerned a girl suffering from selective mutism (SM). The training caused a significant qualitative improvement in the functioning of the girl. She began to make both eye and verbal contact, in the environment in which so far she has not been able to speak words and communicate. Moreover, improvement was noticed in a short time after the start of therapy. There was a significant improvement in her motivation to make contact with other people, previously considered hostile. On the basis of the study it can be concluded that MIT can be considered as a method of supportive therapy of people suffering from SM. Further research should be undertaken to test the effectiveness of the method in SM.

Key words: Melodic Intonation Therapy, selective mutism, singing.

Wstęp

Mutyzm wybiórczy, zwany też mutyzmem selektywnym, to zaburzenie wieku dziecięcego

charakteryzujące się odmową mówienia w okolicznościach, kiedy otoczenie oczekuje ekspresji słownej i jest ona pożądana z uwagi na wymogi sytuacyjne, np. konieczność wyartykułowania

jakiejs potrzeby, udzielenia wyjaśnień, podczas zabawy z kolegami w szkole lub przedszkolu, czy chociażby oczekiwanie w sytuacji szkolnej odpowiedzi słownej na zadane pytanie. Według DSM-IV zaburzenie dotyczy dzieci, które opanowały sprawność w zakresie mowy i korzystają z tej umiejętności w sytuacjach dla siebie bezpiecznych, tj. przeważnie w domu podczas kontaktów z rodzicami czy rodzeństwem. Diagnoza występowania selektywnego mutyzmu stawiana jest w sytuacji, gdy zaburzenie występuje i utrzymuje się przynajmniej przez miesiąc, przy czym nie może być to pierwszy miesiąc uczęszczania do szkoły (Herzyk 1992; Joseph 1999; Bergman i Piancentini 2002; Bergman i Hunt 2008; Scott i Beidel 2011). Ponadto do jej postawienia konieczne jest uznanie występującego objawu za zaburzający funkcjonowanie społeczne oraz nie może być on wynikiem innych zaburzeń mowy, takich jak jękanie się, bądź efektem zdiagnozowanego uszkodzenia organicznego.

Selektywny mutyzm (SM) wciąż pozostaje zaburzeniem stosunkowo słabo zbadanym, jego etiologia nadal nie jest poznana i stanowi on przedmiot szeregu dyskusji środowiska naukowego (Scott i Beidel 2011). Dzieje się tak, mimo że po raz pierwszy SM został opisany już w XIX w. (1877 r.) przez niemieckiego lekarza Adolfa Kussmaula (Krysanski 2003; Cohan i wsp. 2006; Sharp i wsp. 2007).

Począwszy od pierwszego opisu zaburzenia, toczy się historia podawania nietrafionych i często wątpliwych jego przyczyn. I tak wspomniany Kussmaul twierdził, że SM jest świadomym i woliowym unikaniem kontaktu słownego. Podobne wnioski wysnuł po niemal 60 latach, w 1934 r., Moritz Tramer (Tramer 1934; Krysanski 2003; Sharp i wsp. 2007). Taka interpretacja przyczyn SM podtrzymywana była przez wiele lat, przy czym jednocześnie uważano, że dzieci dotknięte SM odmawiają korzystania z umiejętności mowy, ponieważ dzięki temu manipulują otoczeniem (Manassis i wsp. 2003; Sharp i wsp. 2007). Na przestrzeni lat uznano jednak, że SM nie jest efektem woliowego unikania przez cierpiącą na zaburzenie osobę wypowiedzi w wybranych sytuacjach, a jego występowanie może mieć raczej związek z czynnikami i określonymi sytuacjami społecznymi. Zmieniono zatem terminologię opisującą zaburzenie i w DSM-IV w 1994 r. zostało ono nazwane właśnie selektywnym mutyzmem.

Na liście przyczyn, które miałyby wpływać na pojawienie się SM, znalazły się następujące czynniki: przeżyta trauma, czynniki środowiskowe i dysfunkcja rodziny, problemy neurorozwojowe,

dziecięca fobia społeczna, zaburzenia opozycyjno-buntownicze oraz zaburzenia depresyjne (Anstendig 1999). Z czasem jednak coraz więcej uwagi zaczęto poświęcać hipotezie, zgodnie z którą najistotniejszymi czynnikami, które mogą być związane z pojawieniem się SM, okazały się kontekst społeczny oraz współwystępujące z SM zaburzenia lękowe. Konkretnie, za najważniejsze zaburzenie współwystępujące uważany jest obecnie lęk społeczny pojawiający się w danym otoczeniu bądź w określonej sytuacji.

Obecnie, zgodnie z DSM-IV-TR, selektywny mutyzm jest zakwalifikowany jako „inne zaburzenia dzieciństwa i wieku młodzieńczego” i uznany za częste zaburzenie współwystępujące z zaburzeniami lękowymi, takimi jak: nieśmiałość, izolacja społeczna, wycofanie oraz lęk przed publicznym upokorzeniem (Anstendig 1999; Black i Uhde 1992, 1995). Współwystępowanie SM przy jednoczesnym spełnianiu kryteriów diagnostycznych dla fobii społecznych odnotowywano w różnych badaniach na poziomie od 47% w badaniu Dummit i wsp. (1997) i 53% w badaniu Vecchio i Kearney (2005) do nawet 97% w badaniu Black i Uhde (1995) oraz Yeganeh i wsp. (2003). Zastanawiające jest jednak to, że mimo iż aż tak znaczący procent dzieci z SM spełnia jednocześnie kryteria diagnostyczne dla fobii społecznych, tylko niewielki procent dzieci z fobią społeczną cierpi również na mutyzm wybiórczy. Dlatego sporo uwagi poświęca się obecnie czynnikom środowiskowym.

Za najtrafniejsze uznaje się hipotezy podnieszone przez zwolenników wieloprzyczynowych źródeł zaburzenia (Freeman i wsp. 2004; Hultquist 1995).

W związku z powyższym pojawia się kilka istotnych pytań badawczych: czy mutyzm selektywny jest spowodowany lękiem społecznym, a jeśli tak, to czy jest to efekt oddziaływań środowiskowych czy jakiejś szczególnej wrażliwości wynikającej z wrodzonych predyspozycji, czy może u dzieci z mutyzmem wybiórczym brak społecznych interakcji prowadzi do pojawienia się problemów w zdolnościach komunikacyjnych i wystąpienia dodatkowych zaburzeń, czy też może mutyzm wybiórczy stanowi powikłanie spowodowane unikaniem kontaktu wzrokowego i interakcji społecznych i w efekcie brakiem pobudzania neuronów lustrzanych (odkrytych na początku lat 90., odgrywających istotną rolę w procesach komunikacji). Uzyskanie odpowiedzi na wszystkie wymienione pytania wydaje się dość istotne, choć nie stanowi celu niniejszej pracy i znacznie wykracza poza jej ramy. Potwier-

dzenie ostatniej hipotezy mogłoby jednak świadczyć o istnieniu rodzaju pętli uniemożliwiającej prawidłowy rozwój interakcji społecznych właśnie poprzez brak odpowiedniej stymulacji.

W kanadyjskich badaniach (Carbone i wsp. 2010) porównywano dzieci z SM, dzieci z zaburzeniami lękowymi oraz dzieci bez zaburzeń. Wykorzystano specjalnie przygotowane kwestionariusze dla dziecka, rodzica oraz nauczyciela. Wyniki uzyskane przez dzieci z SM i zaburzeniami lękowymi różniły się na podobnym poziomie od wyników uzyskanych przez dzieci z grupy kontrolnej. Jednakże w porównaniu z dziećmi z zaburzeniami lękowymi dzieci z SM uzyskały niższe wyniki w werbalnych umiejętnościach społecznych – rzadziej ujawniały problemy z zachowaniem i rzadziej doświadczały symptomów psychosomatycznych oraz paniki. Autorzy opracowania sugerowali konieczność poddania osób cierpiących na SM terapii umiejętności społecznych jako niezbędnej do pracy z dziećmi z omawianym zaburzeniem. Opis i ocenę innych terapii wykorzystywanych w SM można znaleźć w pracy Cohan i wsp. (2006).

Zastanawiające jest, że w literaturze dotyczącej SM nie ma zbyt wielu wzmianek na temat sposobu patrzenia osób dotkniętych tym zaburzeniem. Wiadomo jednak, że unikanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą może mieć związek z nieśmiałością, a ta z kolei, zaobserwowana i opisana w kilku opublikowanych pracach u opiekunów osób dotkniętych SM, została uznana za istotny predyktor występowania SM (Standart i Le Couteur 2003). Zagadnienie to wymaga z pewnością większej niż dotychczas uwagi, ponieważ unikanie kontaktu wzrokowego może nasilać zaburzenia interakcji społecznych oraz komunikacji współwystępujące u osób z mutyzmem (Kurcz 2011). Jednocześnie podtrzymywanie kontaktu poprzez dotyk i redukcja dystansu fizycznego wydają się czynnikami znacząco wzmacniającymi kontakt i przyspieszającymi efekty terapii.

Z przedstawionego krótkiego przeglądu prac wynika, że świat nauki napotyka na pewną trudność zarówno w diagnozowaniu, jak i terapii SM. Autorzy niniejszej pracy włączyli do zajęć z użyciem MIT nastolatkę spełniającą kryteria SM. Uzyskano bardzo interesujące wyniki, które zaprezentowano poniżej.

Melodic Intonation Therapy a selektywny mutyzm

W ramach projektu badawczego zrealizowanego w Warszawie w latach 2010–2013 tera-

pii poddano 16-letnią uczennicę szkoły specjalnej. Projekt dotyczył badania zastosowania muzyki, a konkretnie skuteczności MIT, w terapii różnych zaburzeń mowy. Projekt uzyskał akceptację Komisji ds. Etyki Projektów Badawczych Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Zarówno opiekunowie nastolatki, jak i ona sama wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Projekt finansowany z grantu badawczego własnego dla Barbary Pastuszek-Lipińskiej finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a następnie Narodowe Centrum Nauki w latach 2010–2013.

Opis metody

Melodic Intonation Therapy należy do grupy metod behawioralnych, która w ramach ustrukturalizowanego trzyetapowego programu pozwala osobom cierpiącym na afazję poudarową bądź różnego rodzaju apraksje rozwojowe mowy odzyskać bądź nabyć umiejętność posługiwania się mową i nawiązywania kontaktu z otoczeniem przy jej użyciu.

Melodic Intonation Therapy odbywa się wg ściśle określonego schematu i polega na śpiewaniu, a w późniejszym etapie na melodycznym sylabizowaniu pojedynczych słów, równoważników zdań, a następnie całych zdań przy jednoczesnym poruszaniu lewą ręką osoby poddawanej terapii (Helm-Estabrooks i wsp. 1989). Terapia wiąże się zatem z bezpośrednim kontaktem fizycznym (dotyk i poruszanie ręką przez terapeutę), wymaga także kontaktu wzrokowego i bezpośredniej interakcji na zadania proponowane przez terapeutę. Szczegółowy opis metody można znaleźć w podręczniku wydanym po raz pierwszy w 1989 r. (Helm-Estabrooks i wsp. 1989), we współczesnych artykułach opublikowanych przez Schlaug i wsp. (2010) oraz Pastuszek-Lipińską „Melodic Intonation Therapy – teoria i praktyka” (w przygotowaniu).

Opis przypadku

Do MIT została włączona m.in. nastolatka spełniająca kryteria SM i nawiązująca kontakt werbalny jedynie w otoczeniu członków rodziny oraz od kilku miesięcy (w momencie podjęcia terapii) sporadycznie i z dużym wysiłkiem w gabinecie logopedycznym, w formie wokalizacji odtwórczej, tj. imitacji bodźców prezentowanych przez logopedę.

Uczennica w chwili włączania do terapii uczęszczała do gimnazjum specjalnego. Do 15.

roku życia dziewczynka w ogóle nie mówiła w środowisku szkolnym i właśnie z powodu trudności w nawiązywaniu kontaktu werbalnego odbywała edukację w placówkach specjalnych. Dziewczynka wychowywała się w rodzinie o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Po stwierdzeniu trudności w kontakcie werbalnym została zakwalifikowana do kształcenia specjalnego. Według danych udostępnionych autorom artykułu poza diagnozą oraz działaniami podejmowanymi przez placówkę edukacyjną, do której uczęszczała dziewczynka, nie stosowano żadnych innych terapii.

Wspomniana powyżej terapia logopedyczna prowadzona na terenie szkoły poza prawidłową imitacją dźwięków, uzyskiwaną podczas sesji terapeutycznych, nie przynosiła jednak dalszych efektów. Nastolatka nie była w stanie korzystać z umiejętności mowy w środowisku szkolnym. Postawa jej ciała zdradzała silne napięcie emocjonalne, objawiało się ono przygarbieniem pleców, opuszczoną głową, spoglądaniem ukradkiem i nieufnie w kierunku innych osób, sztywnymi i pozbawionymi swobody dłońmi oraz unikaniem kontaktu wzrokowego.

Dziewczynka została wskazana przez logopedę szkolnego jako potencjalna kandydatka do terapii mowy z użyciem MIT. Przed włączeniem do treningów nastolatkę poddano wstępnemu badaniu neuropsychologicznemu przeprowadzanemu przez psychologa. Wyniki uzyskane podczas tego badania pozwoliły zakwalifikować ją warunkowo do terapii. W badaniu wstępnym wykazano, że dziewczynka miała problemy z prawidłową reakcją na bodźce obrazkowe, podczas badania pokazywała obrazki, przedmioty czy sytuacje, nie nazywała ich jednak. Badanie wykazało także, że nastolatka rozumiała polecenia, jednak nie była w stanie nazywać przedmiotów, zwierząt, sytuacji czy opowiadać historii, miała także problem z rozumieniem zależności i procesów społecznych.

Zajęcia z wykorzystaniem MIT początkowo odbywały się codziennie, trwały ok. 20–50 minut, długość sesji była uzależniona od poziomu koncentracji i zaangażowania w pracę. Po dwóch miesiącach zajęcia kontynuowano w wymiarze trzy razy w tygodniu. Dziewczynka uczestniczyła łącznie w 63 sesjach, które złożyły się na 123 bloki terapeutyczne, podczas których trenowała i powtarzała materiał słowny o długości od 1 wyrazu do 4-wyrazowych zdań. W terapii stosowano materiał słowno-obrazkowy opracowany na potrzeby konkretnej osoby po wstępnym badaniu oraz adaptowany w trakcie terapii, tj. program uwzględniał problemy i bieżące postępy indywidualnych uczestników badania.

Dziewczynka w krótkim czasie poczyniła zaskakujące i znaczące postępy. Zaobserwowano szereg korzystnych zmian – zdecydowanie poprawiła się mowa pacjentki, do tego stopnia, że logopeda prowadzący dotychczasową terapię był zadziwiony i zaskoczony zmianą odnotowaną w ciągu zaledwie dwóch miesięcy pracy (okres wakacyjny). Po tym czasie zmieniło się także zachowanie dziewczynki zaobserwowane na terenie placówki, do której uczęszczała, mianowicie zaczęła zabierać głos podczas zajęć lekcyjnych, spontanicznie mówić „dzień dobry” do osób pracujących w szkole, zaczęła się również uśmiechać, co wcześniej nie miało miejsca. Interesujące było to, że dziewczynka od początku dość sprawnie powtarzała proponowany materiał, nie było to zaskakujące, ponieważ wiadomo, że w przypadku SM osoby dotknięte zaburzeniem *de facto* potrafią mówić, a nie mówią jedynie w określonych sytuacjach. Z czasem przejawiała coraz większą motywację wewnętrzną do uczęszczania na zajęcia oraz aktywnego w nich uczestnictwa. Od pierwszych zajęć dało się zauważyć, że zależy jej na tym, żeby mówić, ale z jakiegoś powodu nie potrafi tego robić. W wyniku obserwacji odnotowano unikanie bezpośredniego kontaktu wzrokowego z rozmówcą, w tym przypadku z terapeutą. W celu uzyskania poprawy artykulacji poszczególnych głosek zaproponowano, żeby przyglądała się twarzy terapeuty podczas wypowiedzania przez niego danej głoski, sylaby, wyrazu czy zdania, a ten zamknął w tym czasie oczy, żeby dziewczynka mogła jednocześnie uniknąć niechcianego przez nią bezpośredniego kontaktu wzrokowego. Takie działanie skutkowało stopniowym oswojeniem się dziewczynki z mimiką terapeuty, a jednocześnie znacznie poprawił się jej kontakt werbalny z otoczeniem. Należy pamiętać, że podczas terapii konieczny jest kontakt dotykowy – trzymanie i poruszanie (wystukiwanie rytmu) lewą ręką osoby poddawanej terapii.

Badanie psychologiczne przeprowadzone po zakończeniu zajęć wykazało, że dziewczynka poczyniła istotne postępy – przejście od komunikatu polegającego na kiwaniu głową do ekspresji słownej. Po terapii odpowiadała na pytania przy użyciu prostych zdań, czego nie była w stanie zrobić wcześniej. Badanie wykazało poprawę także w zakresie mowy czynnej. Nastolatka podczas badania po zakończeniu terapii udzielała odpowiedzi werbalnych, rzadziej uciekała się do komunikacji poprzez pokazywanie ręką bądź kiwanie głową. Jej mowa stała się wyraźniejsza i rozumiała dla badającego. Była w stanie odpowiadać na pytania otwarte.

Melodic Intonation Therapy okazała się w opisywanym przypadku skuteczną interwencją, która w konsekwencji pomogła dziewczynce nawiązać kontakt z otoczeniem i rozpocząć nawiązywanie kontaktu werbalnego także z osobami spoza rodziny. Co więcej, kontakt ten zaczął się pojawiać spontanicznie i w otoczeniu osób, z którymi wcześniej nie podejmowała jakiegokolwiek komunikacji słownej oraz nie używała mowy spontanicznej, pożądanej z uwagi na kontekst sytuacyjny.

Dogłębna analiza sytuacji psychologicznej i zdrowia psychicznego dziewczynki wykracza poza ramy tego artykułu, jednak zaobserwowane efekty zasługują na uwagę i powinny pobudzić do refleksji oraz dalszych badań. Można uznać, że w tym konkretnym przypadku MIT przyniosła korzystne efekty, które na dodatek zaczęły ulegać stopniowej generalizacji i z sali terapeutycznej niejako zaczęły się przenosić na codzienne życie i funkcjonowanie dziewczynki.

Rycina 1. prezentuje wyniki i postępy dziewczynki podczas poszczególnych sesji, w których brała udział. Jak widać na wykresie, dziewczynka po dość krótkim czasie zaczęła sobie radzić z prawidłowym wykonywaniem zadań w trakcie terapii. Kluczowym i najbardziej pożądanym efektem terapii okazała się jednak generalizacja uzyskanych wyników oraz pojawienie się mowy spontanicznej w sytuacjach społecznych, w których wcześniej dziewczynka nie była w stanie zabrać głosu (o czym wspomniano powyżej).

Dyskusja i podsumowanie

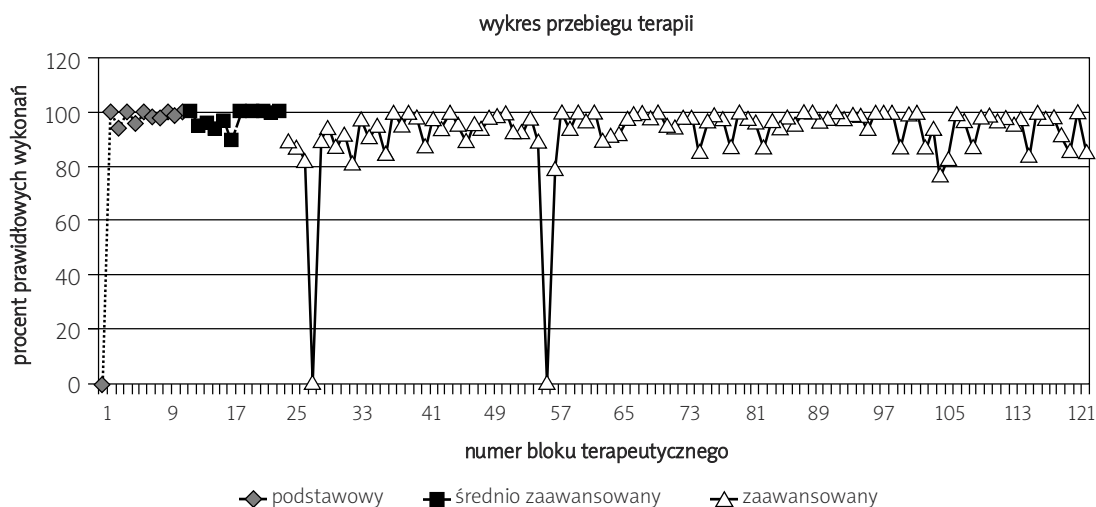
W artykule zaprezentowano wyniki uzyskane u dziewczynki włączonej warunkowo do tera-

pii z użyciem MIT, jako dziecko cierpiące na zaburzenia mowy w sytuacji społecznej. Od początku oczywiste było, że problem dziewczynki ma podłoże psychiczne (na podstawie diagnozy SM dziecko trafiło do szkoły specjalnej). W trakcie zajęć okazało się, że procedura stosowana podczas terapii z użyciem MIT przynosi korzystne efekty w funkcjonowaniu dziewczynki.

Biorąc pod uwagę wyniki osiągnięte w opisywanym przypadku, warto się zastanowić nad tym, jakie czynniki mogły być decydujące dla osiągnięcia odnotowanych zmian. Czynniki te można analizować na dwóch poziomach. Pierwszy poziom dotyczy oddziaływania MIT, drugi zaś działań terapeutycznych podejmowanych zazwyczaj w przypadku wystąpienia SM oraz ich ewentualnego związku z MIT.

Po pierwsze warto wziąć pod uwagę dotychczasowe badania z użyciem MIT w przypadku różnych zaburzeń mowy. Badania prowadzone przez Hartley i wsp. (2010) wskazują, że czynnikami kluczowymi dla terapii są melodia, rytm i akcent, które wpływają na pracę mózgu i stopniowo modyfikują połączenia nerwowe, z których pacjent korzysta podczas przetwarzania mowy. Z kolei Stahl i wsp. (2011) argumentują, że najistotniejszym elementem, z jakim mamy tu do czynienia, jest rytm, który poprawia funkcjonowanie pamięci długotrwałej oraz usprawnia produkcję mowy. Obecnie zatem wiadomo, że terapia MIT pomaga modyfikować drogi nerwowe i wpływa na liczbę połączeń w istocie białej (Schlaug i wsp. 2009), poprawiając sprawność mowy.

Z kolei w terapii skoncentrowanej na SM najistotniejsze wydaje się obniżanie poziomu lęku



Ryc. 1. Zapis prawidłowo zrealizowanego programu podczas poszczególnych sesji

towarzyszącego kontaktom społecznym. *Melodic Intonation Therapy* w swojej istocie wymaga bezpośredniego kontaktu, który jest zaburzony u osoby dotkniętej SM, pacjent musi być trzymany za rękę i patrzeć na twarz terapeuty. Takie elementy, jak obserwowanie twarzy i mimiki terapeuty oraz kontakt dotykowy, niewątpliwie zmniejszają dystans oraz prowadzą do stopniowego obniżenia lęku. Osoba dotknięta zaburzeniem jest niejako zmuszona do przełamania swojej nieśmiałości i obaw przed nawiązaniem kontaktu z obcymi. Ponadto dodatkowe znaczenie może tu mieć także element sukcesu, który jest eksponowany w MIT. Pacjent jest chwalony za każdą udaną produkcję. W efekcie osoba korzystająca z terapii robi podczas sesji to, z czym ma problem w codziennym życiu, na dodatek robi to w obecności obcej osoby, a po każdej udanej próbie otrzymuje gratyfikację słowną.

Na obecnym etapie badań trudno jednoznacznie określić, który z czynników stosowanych w terapii odegrał główną rolę w pozytywnej odpowiedzi nastolatki na terapię, jednak najprawdopodobniej właśnie element dotyku, nacechowany sukcesem kontakt z obcą osobą oraz pochwały łącznie mogą prowadzić do uzyskania pozytywnej zmiany, która wystąpiła w omawianym przypadku. Potwierdzenie takiej interpretacji wymaga jednak przeprowadzenia dodatkowych badań.

Dotychczas wykonano niewiele badań nad SM (Bergman i Piantentini 2002; Carbone i wsp. 2010; Joseph 1999; Kagan 2001; Scott i Beidel 2011; Sharp i wsp. 2007). Wydaje się, że jest to spowodowane wspomnianym wcześniej rysem dziecka dotkniętego SM. Dzieci te są ciche, uważane za nieśmiałe i niewyróżniające się w grupie, co niewątpliwie występuje w przypadku dzieci z autyzmem czy ADHD. Dzieci z SM nie przeszkadzają w prowadzeniu zajęć, nie chodzą po klasie i nie przyciągają swoją postawą uwagi nauczyciela, a w efekcie na pewnym etapie edukacji okazuje się, że dotychczas niezauważony problem stanowi poważną barierę w ich dalszej nauce i rozwoju. Selektywny mutyzm staje się poważną przeszkodą w rozwoju osoby nim dotkniętej i to w okresie bardzo intensywnego rozwoju zdrowych rówieśników. Problem jest tym poważniejszy, że nie prowadzi się z założenia diagnostyki w kierunku SM. Brak kontaktu np. z nauczycielem w szkole bądź z innymi osobami z otoczenia powoduje coraz większe trudności adaptacyjne i nasila problemy społeczne osoby dotkniętej zaburzeniem. Różnica między dziećmi mówiącymi a dziećmi

z mutyzmem z tygodnia na tydzień staje się coraz bardziej znacząca. W konsekwencji wpływa na ich rozwój, poziom uzyskanego wykształcenia i funkcjonowanie w szkole i społeczeństwie. Pozostawione samym sobie nie są w stanie osiągnąć poziomu wykształcenia, na jakie byłoby je stać, i w efekcie często jako osoby dorosłe są skazane na wegetację i funkcjonowanie poza głównym nurtem życia społecznego i zawodowego, *de facto* korzystając z pomocy państwa i nie żyjąc w pełni samodzielnie. Co gorsza, problem nasila się także dlatego, że bardzo często rodzina osoby dotkniętej SM nie ma świadomości, że ich dziecko boryka się z takim problemem. Zdarza się zatem, że zaburzenie rozwija się latami, zanim dziecko będzie miało szansę zostać poddane jakiegokolwiek terapii.

Wczesne wykrycie mutyzmu i zastosowanie w odpowiednim czasie stosownej terapii może się przyczynić do niemal całkowitego powrotu do społecznej i komunikacyjnej normalności. Zaniedbanie spowodowane tym, że osoba dotknięta mutyzmem nie zwraca na siebie uwagi otoczenia, doprowadza w konsekwencji do wykluczenia i braku samodzielności w ciągu całego życia. Dlatego właśnie problem ten wymaga przeprowadzenia wnikliwych badań i analiz i zasługuje na baczniejszą niż dotychczas uwagę świata naukowego.

W tym kontekście doniesienie o pozytywnych efektach MIT w terapii osoby z SM powinno zwrócić uwagę i spowodować podjęcie dodatkowych badań z użyciem tej metody. Raportowany w artykule przypadek skłania do kontynuacji badań nad oddziaływaniem MIT w SM – powinno być to studium z udziałem większej grupy osób dotkniętych zaburzeniem.

Praca naukowa finansowana ze środków na naukę w latach 2010–2013 jako projekt badawczy.

Piśmiennictwo

1. Anstendig KD. Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking DSM-IV classification. *J Anxiety Disord* 1999; 13: 417-434.
2. Bar-Haim Y, Henkin Y, Ari-Even-Roth D. Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 1061-1068.
3. Bergman RL, Hunt L. Selective mutism. *Paradigm* Winter 2008; 12-14.
4. Bergman RL, Piantentini J. Selective mutism. W: Sadock B, Saddock V (red.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed. Williams & Wilkins Press, Baltimore 2002.
5. Black B, Uhde TW. Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1090-1094.
6. Black B, Uhde TW. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 847-856.

7. Carbone D, Schmidt LA, Cunningham CC, et al. Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: a comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *J Abnorm Child Psychol* 2010; 38: 1057-1067.
8. Cohan SL, Chavira DA, Stein MB. Practitioner review: psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 1085-1097.
9. Dummit ES 3rd, Klein RG, Tancer NK, et al. Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 653-660.
10. Freeman JB, Garcia AM, Miller LM, et al. Selective mutism. W: Morris TL, March JS (red.). *Anxiety disorders in children and adolescents*. 2nd ed.). Guilford Press, New York 2004; 280-301.
11. Garcia-Coll C, Kagan J, Reznick S. Behavioral inhibition in young children. *Child Develop* 1984; 55: 1005-1019.
12. Hartley ML, Turry A, Raghavan P. The role of music and music therapy in aphasia rehabilitation. *Music Med* 2010; 2: 235-242.
13. Helm-Estabrooks N, Nicholas M, Morgan AR. *Melodic Intonation Therapy. Manual*. Pro-ed, Austin 1989.
14. Herzyk A. Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii. Wydawnictwo PZM, Lublin 1992.
15. Hultquist AM. Selective mutism: causes and interventions. *J Emot Behav Disord* 1995; 3: 100-107.
16. Joseph PR. Selective mutism – the child who doesn't speak at school. *Pediatrics* 1999; 104 (2 Pt 1): 308-309.
17. Kagan J. Temperamental contributions to affective and behavioral profiles in children. W: Hofmann SG, DiBartolo PM (red.). *From social anxiety to social phobia: multiple perspectives*. Allyn & Bacon, Needham Heights, Massachusetts 2001; 216-234.
18. Krysanski V. A brief review of selective mutism literature. *J Psychol* 2003; 137: 29-40.
19. Kumpulainen K. Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS Drugs* 2002; 16: 175-180.
20. Kurcz I. Charakterystyka kompetencji komunikacyjnej – teoria umysłu i pojęcia z nią związane. W: Kurcz I, Okuniewska H (red.). *Język jako przedmiot badań psychologicznych. Psycholingwistyka ogólna i neurolingwistyka*. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Academica, Warszawa 2011.
21. Manassis K, Fung D, Tannock R, et al. Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety? *Depress Anxiety* 2003; 18: 153-161.
22. McInnes A, Fung D, Manassis K, et al. Narrative skills in children with selective mutism: an exploratory study. *Am J Speech Lang Pathol* 2004; 13: 304-315.
23. Minczakiewicz E. *Mowa – rozwój, zaburzenia, terapia*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej im. KEN, Kraków 1997.
24. Paluch A, Drewniak-Wotosz E, Mikosza L. *AFA-skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego*. Wyd. Impuls, Kraków 2012.
25. Schlaug G, Norton A, Marchina S, et al. From singing to speaking: facilitating recovery from nonfluent aphasia. *Future Neurol* 2010; 5: 657-665.
26. Scott S, Beidel DC. Selective mutism: an update and suggestions for future research. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13: 251-257.
27. Sharp WG, Sherman C, Gross AM. Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder. *J Anxiety Disord* 2007; 21: 568-579.
28. Stahl B, Kotz SA, Henseler I, et al. Rhythm in disguise: why singing may not hold the key to recovery from aphasia. *Brain* 2011; 134: 3083-3093.
29. Standart S, Le Couteur A. The quiet child: a literature review of selective mutism. *Child Adolesc Mental Health* 2003; 8: 154-160.
30. Tramer M. Elektiver Mutismus bei Kindern. *Z Kinderpsychiatr* 1934; 1: 30-35.
31. Vecchio JL, Kearney CA. Selective mutism in children: comparison to youths with and without anxiety disorders. *J Psychopathol Behav Assess* 2005; 27: 31-37.
32. Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM, et al. Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1069-1075.