

A szelektív mutizmus pszichológiai és logopédiai vonatkozásai – 1. rész

SZANATI DÓRA – IMRE ANGÉLA

szanati.dora@barczi.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0001-7192-2545>

imre.angela@barczi.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0001-6218-144X>

ABSZTRAKT

Írásunkban a szelektív mutizmus pszichológiai és logopédiai hátterének együttes szempontsorát kívánjuk bemutatni. A mostani, első részben rövid áttekintést nyújtunk a szelektív mutizmussal kapcsolatos terminológiáról, az etiológia és a tünettan figyelembevételével. Az összehasonlító leírást a klasszifikációs rendszerek egybevetésével, valamint régebbi és újabb releváns szakirodalmak feldolgozásával tesszük meg. Azon pszichológiai és logopédiai tanulmányok eredményeit mutatjuk be, melyek hozzásegíthetnek bennünket a pontosabb differenciáldiagnózis megalkotásához és a terápiás módszerek körének hazai bővítéséhez. A következő, második részben térünk majd ki a terápiás lépések részletezésére.

Kulcsszavak: elektív mutizmus, szelektív mutizmus, szorongásos zavar, szenzoros feldolgozások zavarai, amygdala

DOI: [10.52092/gyosze.2024.2-3.5](https://doi.org/10.52092/gyosze.2024.2-3.5)

TERMINOLÓGIAI MEGHATÁROZÁS, PREVALENCIA, KLINIKAI KÉP, CSALÁDI DINAMIKA

A szelektív mutizmus az egyik legrejtélyesebb kommunikációs zavar, illetve szorongásos kórkép. Az érintett gyermek/fiatal bizonyos helyzetekben vagy személyek jelenlétében nem képes megszólalni, míg más szituációkban, személyekkel ez a probléma nem áll fenn. Leggyakrabban a tipikus beszéd- és nyelvfejlődés talaján alakul ki, óvodáskorban, döntően 4-5 éves kor között. Szelektívnek mondjuk, mert a tünetek a társas helyzetek függvényében jelentkeznek. A jelenség multidiszciplináris megközelítését mi sem bizonyítja jobban, minthogy az eltérés főként a tipikus fejlődésű, vagy fejlődésükben megkésett gyermekeknél jelenhet meg (Schéder, 2018). Hátterét nyelvészek, pedagógusok, gyógypedagógusok, logopédusok, pszichológusok, pszichiáterek is kutatják. Előfordulási gyakoriságát egyes tanulmányok 0,03%-0,08%-ra (Jahangir et al, 2021), míg mások 0,03%-1,9%-ra teszik (Vogel & Schwenck, 2021), gyakoribb a lányoknál, mint a fiúk körében (DC:0-5, 2019; DSM-5-TR, 2022).

A szelektív mutizmus tehát olyan kommunikációs, illetve szorongásos zavar, amelynek az a legfontosabb jellemzője, hogy a gyermekek csak olyan szituációkban beszélnek, ahol biztonságban, számukra kényelmes helyzetben érzik magukat, azonban bizonyos szociális helyzetekben egyáltalán

nem képesek megszólalni, s ez a beszédfélelem legalább 1 hónapig fennáll. A kialakulás hátterében számos ok állhat, s az sem biztos, hogy ezek mindig beazonosíthatóak. Jelentősek lehetnek a veleszületett és környezeti faktorok, kialakulhat szociális szorongásos zavar vagy fóbia miatt, gondolhatunk elhanyagolásra vagy bántalmazásra, esetleg szegényes szociális kapcsolatokra, de előfordulhat, hogy ez a zavar más beszéd- és/vagy nyelvi zavar következményeként lép fel (Kuncz, 2007).

A fellépő tünetek általában nem rendelkeznek bevezető szakasszal. A környezet számára úgy tűnik, mintha hirtelen, előzmény nélkül jelentkeznének (Ranschburg, 2005). A korábban általában már beszélő gyermek ilyenkor bizonyos helyzetekben nem szólal meg. Kérdéses az, hogy vajon önmaga dönti-e el, kit vesz be a „kommunikációs körébe”. Alapvetően, tudattalanul visszautasítja a beszédet, ugyanakkor kiválasztott személyekkel, helyzetekben vagy időpontokban kommunikál (Schéder, 2018). A szelektív mutista gyermekek következetesen tartják a nembeszélést, ebből kiközösíteni utasítással, kéréssel sem lehet őket (Gósy, 2005; Illyés, 2000). A családi működést nehezítheti, rigid, visszahúzódo személyiség is jellemző lehet rájuk (Sarkadi & Kóri, 2005).

A mutizmus stratégia, védekező mechanizmus is lehet a szorongás leküzdésére. A szülők túlvívó, a gyermek önállóságát korlátozó, vagy kényszerítő nevelése is eredményezheti a probléma kialakulását. Figyelemfelkeltő jel lehet, ha idegen környezetben a gyermek túlzottan tartózkodó, bátortalan, otthon viszont hajlamos lehet az indulatkitörésre. Legáltalánosabb jellemzőnek tekintjük, ha az érintett gyermek az otthonától távol nem beszél, az óvodában azonban esetleg a kortársaival társalog, de a felnőttekkel, főként az ismeretlenekkel nem kommunikál. Súlyosabb esetben idegen jelenlétében teljes mozdulatlanúságba dermedhet (Kereki & Tóth, 2019).

A szelektív mutizmus nehézséget, szenvedést okoz a gyermekek, illetve fiatalok számára. A „nembeszélés” egy aktuális félelem a beszéd-től és a szociális kapcsolódástól. Sok, mutizmussal élő gyermek számára óriási problémát okoz a nonverbális kommunikáció kezdeményezése, illetve fenntartása is; ezeknek a gyerekeknek nyomasztóak azok a szociális találkozások, amikor nem ismerős személlyel, illetve számukra félelmet keltő tekintélyszeméllyel vannak együtt – vagy akár csak akkor is, amikor elvárás a kölcsönös kommunikáció (pl. egy iskolai számonkérésnél). Minden gyermeknél más módon manifesztálódik a szorongás. Van, aki egyáltalán nem tud megszólalni, kommunikálni (még nemverbális úton sem) számára nyomasztó szociális helyzetben, van olyan, aki néhány emberrel képes a kommunikációra (ugyanabból a társas közegekből), és van olyan gyermek is, aki a suttogást választja. Néhány gyermek a félelemkeltő helyzetben látszólag érzelemmentes marad, ők általában lefagynak, egyáltalán nem fejeznek ki érzelmeket, így az adott közegben izolálódnak. Kevésbé súlyos esetben ezek a gyerekek nyugodtnak, oldottnak tűnnek, ők képesek a kommunikációra 1-2 gyermekkel, de a pedagógusokkal vagy a felnőttekkel nem. Összehasonlítva a „tipikus” félénkséggel, ezeknek a gyerekeknek a visszahúzódoása sokkal extrémebb. Emellett azt is mondhatjuk, hogy a szelektív mutizmus egy igen széles spektrumon helyezkedik el a félénkség, visszahúzódoás tekintetében.

A tünetegyüttes kialakulásával kapcsolatos vélemények sokfélék. Az alábbiakban felsorolunk néhány pszichodinamikai elméletet. Egyes elméletek képviselői szerint a szelektív mutizmus hátterében állhat a túl szoros anya-gyermek kapcsolaton túl a mintakövetés. Elképzelhető, hogy más családtag (akár éppen az édesanya) is használja „fegyverként” a hallgatást egyes élethelyzetekben. Kérdéses, hogy ezek a családok néha érdekeltek-e a tünet feloldásában (Sarkadi

& Kóri, 2005). Más kutatók szerint a szelektív mutizmus kialakulásának oka lehet a korai anyagyermek kapcsolat zavara, esetleg a beszéd- és nyelvfejlődés kezdetének időszakában bekövetkezett pszichés trauma (a gyermek megmarad a „nembeszélő csecsemő” szerepében). Állhat a tünetek hátterében valamilyen kora gyermekkori orális trauma is, például a gyermek száját, fogait érintő fizikai sérülés (Ranschburg, 2005; Bárdos, 2005). Felmerülhet az az analitikus elképzelés, mely a hallgatás hátterében valamilyen családi titok „megvédését” feltételezi, azaz a gyermek inkább nem szólal meg, nehogy véletlenül valami kicsússzon a száján (Bárdos, 2005). Végezetül pedig a tünet kialakulásában és fenntartásában fontos szerepe lehet a szegyennek is. Előfordulhat, hogy az édesanya egyfajta alárendelt szerepet tölt be a család dominanciarendszerében, így gyermekének sem tud erős támasza lenni. Ilyenkor a gyermek az édesanyjával azonosul. Nemcsak a kommunikációját ségyelli, hanem minden életmegnyilvánulását (Shipon-Blum, 2023).

Shipon-Blum (2023) szerint ezeknek a gyerekeknek nemcsak a családtagjainál fordulhat elő nagyobb számban szorongás zavar, hanem e gyerekek csecsemőkori fejlődése is eltér a tipikustól: többször mutatják a súlyosabb szeparációs szorongás tüneteit, gyakoribbak az elhúzódoó sírások, dührohamok, a kedvetlenség, rosszkedvűség, rugalmatlanság, alvás- és evészavarok, a csecsemőkori regulációs zavarok. Lényeges tehát ezek dinamikájának megfigyelése, nyomonkövetése és a szülők gyermekük felé nyújtott kommunikációjának kísérése, támogatása.

Egy elenyésző százaléka a szelektív mutizmussal élő gyerekeknek egyáltalán nem félénk, nem szorong. Nonverbálisan, mimikáival, gesztusokkal professzionális módon ki tudják magukat fejezni, náluk a mutizmus oka nem egyértelmű, nem bizonyított. Néhány cikk utal arra, hogy talán évekgig nem szólaltak meg, így az ellenállás a személyiségük részévé vált, de nem társul mellé szociális szorongás, illetve beszéd- és nyelvi zavar, hanem inkább úgy fogalmazhatunk, hogy a kommunikációjuk nonverbális szinten rekedt meg (Gensthaler et al., 2016; Shipon-Blum, 2023).

DIAGNOSZTIKA – RÖVID TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS, KLASSZIFIKÁCIÓS RENDSZEREK, FIZIOLÓGIAI HÁTTÉR

A kórképet először Adolph Kussmaul írta le 1877-ben normál beszédfejlődés mellett *aphasia voluntaria*-ként (Rehnberg & Walters, 2017). Ezt követően 1934-ben Trainer írt elsőként részletesen az *elektív mutizmusról*, innentől már önálló kórképként került be a pszichiátriába. Az 1960-as évek elejétől Alice Sluckin bevezette a *szituációs mutizmus* elnevezést (Kocovska, 2020). 1980-ban Torey Hayden az elektív mutizmus 4 altípusát azonosította: szimbiotikus mutizmus, beszédfóbia, reaktív mutizmus, passzív-agresszív mutizmus. Ezek közül a beszédfóbia (vagy logofóbia) elnevezés terjedt el leginkább. Ezt a kifejezést azoknál a szelektív mutista személyeknél alkalmazta, akiknek nem volt egyéb szociális szorongásos zavaruk. E tanulmány jelentősége nemcsak az etiológiai szempontok részletezésében rejlik, hanem terápiás konzekvenciái is vannak (Hayden, 1980).

A ma is használatban lévő jelentősebb diagnosztikus rendszerek elnevezéseit és tüneti leírását vetjük össze egymással kronológiai sorrendben. Mivel a gyógypedagógia diagnosztikus kritériumrendszerét másfajta keretben alkalmazzuk, sok esetben a nemzetközi medicinális osztályozásokra támaszkodunk. A (sz)elektív mutizmus fogalma és leírása a BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása), a DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders), valamint a DC:0-5 (A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarai) klasszifikációs rendszerekben található részletesebben.

A BNO a WHO (Egészségügyi Világszervezet) gondozásában készül, frissül 1948 óta, az ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) elnevezést a nemzetközi szakirodalomban a 6. verziótól (1949) kezdve használják, ettől kezdve önálló szekcióba kerültek a mentális zavarok. A tizedik kiadásban az F94-es kóddal szereplő *A szociális szorongással járó jellegzetesen gyermek- és serdülőkorban kezdődő zavarai* kategóriába sorolja, 1994-ig *Elektív mutizmus* néven. „Markáns, emocionálisan meghatározott szelektivitás a beszédben, a gyermek bizonyos helyzetekben jó beszédképességről tesz tanúságot, míg más helyzetekben nem beszél. A zavar rendszerint társul jelentős személyiségvonásokkal, mint szociális szorongás, visszahúzódás, (túl)érzékenység és ellenkezés.” (BNO-10, 1994, p. 160.). A BNO legújabb kiadása (BNO-11, 2022) a *Szorongásos és szorongással kapcsolatos zavarok* közé sorolja, most már szelektív mutizmus elnevezéssel, 6B06 kóddal.

A DSM, mely az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott klasszifikációs rendszer, harmadik változata (DSM-III, 1980) már nevesíti az elektív mutizmust, 313.23-as kóddal, az *Egyéb szorongásos zavarok gyermekkorban* között. Klinikai diagnózisként szerepel benne, hogy ez a beszéd folytonos, illetve visszatérő megtagadása szinte az összes szociális szituációban, megfelelő beszéd- és nyelvi fejlődés mellett. A DSM harmadik, átdolgozott kiadása (DSM-III-R, 1987) elkülöníti az elektív mutizmust a szociális fóbiától. A negyedik változatban (DSM-IV, 1994) már szelektív mutizmus elnevezésként olvashatunk a kórképről, mint a hangzó beszéd meghiúsulásáról, kudarcáról; ez a kiadás már nem csupán tüneti leírását adja az egyes kórképeknek, hanem fellelhető benne a multidimenzionális megközelítés. Egyre inkább előtérbe kerül a szociális szorongással való összefüggése, különösen a negyedik változat átdolgozott kiadásában (DSM-IV-TR, 2000), ezen túl pedig itt már kiemelik azt, hogy a „nembeszélés” nem korlátozódik az iskolakezdés első hónapjára – hiszen az iskolába való beilleszkedés időszakában sok szenzitív gyermeknél megjelenhet. A 2013-ban kiadott DSM-5 újabb változást hozott a pszichogén zavarok diagnosztikájában is, specifikus, összefüggéseket értelmező diagnosztikus rendszerként működik. A szelektív mutizmust a *Szorongásos zavarok* közé sorolja, s diagnosztikai kritériumának tartja azt, ha egy személy következetesen nem tud megszólalni konkrét társas helyzetekben legalább egy hónapon át, valamint ez nehézségeket okoz tanulmányai vagy munkahelyi kötelezettségei teljesítése során (DSM-5, 2013). Az ötödik kiadás átdolgozott verziója (DSM-5-TR, 2022) F.94-es kóddal már sokkal részletesebben ír a kórképről, pontosítja, illetve szélesíti a prevalenciáját: 0,03-1,9% közé teszi az előfordulási gyakoriságot. A differenciáldiagnosztikai szempontokat is előtérbe helyezve elkülöníti a zavart a második nyelv tanulásánál (pl. bevándorló családok gyermekeinél) jelentkező „expresszív nyelvi szünet”-től, elkülöníti továbbá azoktól a beszéd- és nyelvi zavaroktól, melyek inkább magyarázhatóak azokkal, például: nyelvfejlődési zavar, fonológiai zavar, pragmatikai zavar, beszédfolyamatosság zavarai, valamint az idegrendszeri fejlődési zavaroktól, az autizmus spektrum zavartól, a skizofréniától, intellektuális képességzavaroktól, az egyéb pszichotikus zavaroktól, ezeken túl pedig a szociális szorongás zavaraitól. Ez utóbbi kórképnél azonban a klasszifikációs rendszer megjegyzi, hogy mivel a szelektív mutizmus összefügg a szociális szorongás zavarával, ezért bizonyos esetekben mindkét kód adható ugyanazon egyénnek (DSM-5-TR, 2022). A DSM-5-TR hozzáteszi azt a kitétel is, miszerint hospitalizáció, illetve extrém pszichoszociális faktorok hátterében is kialakulhat a szelektív mutizmus. A rizikófaktorok és a prognózis részben említi, hogy a temperamentumbeli kockázati tényezők nem azonosíthatóak egyértelműen. A negatív affektivitás (neurotikus jegyek), illetve a viselkedéses gátlás is szerepet játszhatnak a kialakulásban. Ezeken kívül

meghatározó a szülői féltékenység, visszahúzóds, a szociális izoláció. Szelektív mutizmussal küzdő gyerekeknél a kutatók azonosítottak ugyan enyhébb receptív nyelvi érintettséget, de a nyelvi összteljesítményük még így is a normál övezetben volt. Ezekre a szülőkre jellemző még az overprotektivitás és a kontrollálabb viselkedés, ezt a két viselkedési formát azonban az egyéb szorongásos zavaroknál nem mutatták ki (DSM-5-TR, 2022).

Ha a fogalmi kategóriákat és a diagnosztikai célú modelleket vizsgáljuk, szükséges megemlítenünk Cantwell és Baker differenciáldiagnosztikai döntési modelljét (1987), mely alapján a szelektív mutizmusnál a beszéd meghatározott helyzetekben bizonyos személyekhez kötődik (Gerebenné, Fehérné, Kas & Mészáros, 2012) valamint a grohnfeldti felosztást (2004), mely szerint a szelektív mutizmus a folyamatos beszéd zavaraihoz tartozik a beszédfélelem (logofóbia) mellett (Gerebenné és mtsai, 2012). Itt említenék meg az EDM oktatásdiagnosztikai kézikönyvet (The Educator's, Diagnostic Manual of Disabilities and Disorders, 2007), melyet az Amerikai Egyesült Államokban dolgoztak ki, elsősorban képességzavarokkal foglalkozó pedagógusok számára. E rendszert azért vettük bele a felsorolásba, mert igen elterjedt a használata, az általa nyújtott diagnosztizálás pedig nagyban segíti a fejlesztő munkát; további előnye, hogy az egyéni képességekre koncentráll, személyfókuszú. Az EDM tartalmazza a csecsemő-, gyermek- és serdülőkori, oktatási környezetben releváns képességzavarokat és ezek részletes, pontos diagnózisát. A szelektív mutizmus a *Beszéd- és nyelvi zavarok* SL-kódján belül logikailag az *Egyéb beszédhelyékonyság zavar*hoz sorolandó SL-4.03 kóddal, bár a kódrendszer külön nem nevesíti azt (Gerebenné és mtsai, 2012).

A klasszifikációs rendszerek közül a DC:0-5 (A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere) részletezi még a szelektív mutizmus kórképet. A DC:0-5 diagnosztikus rendszert az amerikai Zero to Three szervezet adta ki 2016-ban. Az eszköz legelőször 1994-ben (DC:0-3), majd megújítva 2005-ben (DC:0-3R) jelent meg, akkor még a 0-3 éves korosztály klinikai diagnosztikáját segítve. A rendszer 2016-tól az első 5 életév fejlődési mérföldköveit, zavarait összesíti. Az USA-ban, a legtöbb angolszász transzatlanti államban, valamint több kontinensen (Európában is) használják a klinikusok. Részletes információkkal szolgál a korai diagnosztikához, miközben eleget tesz a klasszifikációk átjárhatóságának is, a DSM- és a BNO-rendszerekkel összefüggésben. E rendszer számos új ismerettel bővítette tudásunkat a korai érzelmi, kapcsolati és viselkedéses szabályozási problémákról, zavarokról. Gyökeresen más megvilágításba helyezte ezeket az eltéréseket, részletezve természetük és kritériumaik leírását. A DC:0-5 alapján a szelektív mutizmussal élő gyermekek egyes helyzetekben nem, máskor viszont megfelelően beszélnek. Összefügg a viselkedésesen gátolt temperamentummal és a szociális szorongás zavar tüneteivel. A kora gyermekkori fennálló és kezeletlen mutizmus jelentős funkcionális károsodást okoz a kisgyermek társas és érzelmi fejlődésében. A fennálló tünetek jelentősen befolyásolják a kisgyermek és a család működését: distresszt okozhatnak a kisgyermek számára, negatívan befolyásolhatják a gyermek szociális kapcsolatait, korlátozhatják részvételét az életkorának megfelelő tevékenységekben, nehezíthetik a család mindennapi tevékenységeit és korlátozhatják a kisgyermeket abban, hogy új készségeket sajátítson el. E klasszifikációs rendszer említi azt is, hogy korábban a szelektív mutizmust inkább egy „választott oppozíciós viselkedésnek” tekintették; ma már azonban e kórképhez kapcsolódó jellemzők azt tükrözik, hogy ez egy erősen károsító szorongásos zavar, amihez általában a társas kapcsolatok kerülése, az idegen emberekkel való beszédől tartózkodás is hozzátartozik. Jellemző viselkedés lehet ezeknél a gyerekeknél az egykedvűség, a mosoly nélküli arckifejezés, a szemkontaktus kerülése, extrém féltékenység, dührohamok, nehézség a változások megélésében, alvási nehézségek, depresszív vagy irritábilis hangulat, szenzoros érzékenység. Ezekon kívül pedig gyakran jelentkeznek fizikai tünetek (hasfájás, fejfájás). Minél erőteljesebb egy kisgyermek viselkedéses gátlása, annál kevesebbet beszél (DC:0-5, 2019).

A tünetek tehát leggyakrabban 4-5 éves korban jelennek meg, ennek ellenére több esetben a diagnózisalkotás sokszor csak iskoláskorra tehető, ilyenkor a zavar fennállása akár 8 évig is elhúzódhat. Még annál a gyermeknél is, akinél sikerül oldani a mutizmust, fennmaradhat a szociális szorongás, ami kitolódhat a serdülő-, illetve felnőttkorra is (DC:0-5, 2019).

Ha a kockázatok és a prognózis szempontjából közelítjük meg a kórképet, a szelektív mutizmussal élő gyermekek családtagjai is nagyobb valószínűséggel érintettek a szociális szorongás zavar, illetve a kommunikációs és viselkedéses gátoltság tekintetében. (DC:0-5, 2019). A bevándorlás is összekapcsolódhat ezzel a kórképpel, hiszen azt találjuk, hogy a bevándorló státusz prediktora lehet a mutizmusnak, gyakrabban fordul elő kétnyelvű vagy többnyelvű környezetben. Elsősorban azoknál a 2-4 éves gyerekeknél, akiknél még tart az anyanyelv-elsajátítás fontos időszaka, jelentős stresszforrás az idegen nyelven való megszólalás, gyakrabban alakul ki a „beszédszorongás” (Steinhausen & Juzi, 1996). Amennyiben azonban a nembeszélés vezető tünetként megmarad ezen életkoron túl is, úgy már nem beszélhetünk a DSM-szerű „expresszív nyelvi szünetről”.

A DC: 0-5 szerint is lényeges logopédiai, gyógypedagógiai és pszichológiai feladat elkülöníteni ezt a kórképet más fejlődési zavaroktól, így nyelvi késéstől, nyelvfejlődési zavartól, beszédértési problémától, pragmatikai zavartól, autizmus spektrum zavartól, valamint a traumához kötődő mutizmustól. A szelektív mutizmussal élő kisgyermek tévesen kaphatna autizmus spektrum zavar diagnózist, mert mindkét zavar velejárója a beszéd hiánya és a társas visszahúzóds. A szelektív mutizmusnál azonban a gyermekek nem mutatnak repetitív viselkedésformákat, nem mutatják a társas kapcsolatok és a kölcsönös szociális interakciók hiányát. Egy erőteljes traumatikus eseményt követő hirtelen némaságot a traumához kapcsolódó mutizmusként és nem szelektív mutizmusként kell azonosítani. További lényeges különbség még a szelektív és a trauma okozta mutizmus között, hogy az előbbi eseteknél a gyerekek legalább egy beszélő környezetben beszélnek és szinte soha nem fordul elő az, hogy minden egyes élethelyzetben „megnémulnának”. Trauma okozta mutizmusban a gyerekeknél minden helyzetben hirtelen alakul ki a „nembeszélés”. Például szemtanúja lesz a gyermek egy traumatizáló eseménynek, amit képtelen feldolgozni, így lebénítja a kommunikációját ez az átélt esemény, amiről nem tud beszélni. A „nemkommunikálás” pedig minden olyan helyzetre kiterjed, amiben meg kellene szólalnia. A trauma feldolgozása során „oldódik” fokozatosan a nembeszélés. (Shipon-Blum, 2023).

Megdőlni látszik az az elmélet, miszerint a szelektív mutizmusnál ne lenne strukturális, illetve funkcionális eltérés az agyban. Újabb tanulmányok beszámolnak arról, hogy az amygdala működése is befolyásolja a szorongásos zavarok és a szelektív mutizmus jelenlétét (Faludy, Gonda & Döme, 2015). A szorongásos zavarok nagy részénél ugyanis az amygdalában lévő neuronok hipertrófiája és ezzel együtt túlműködése nagyobb félelmi választ idéz elő az agyban. (Extrém sportolóknál ennek ellenkezőjét, vagyis az amygdala alulműködését figyelték meg „félelmi szituációkban”). Az amygdala különböző szenzoros területekről kapja az információt, ezzel a túlműködéssel pedig már egy másik (számára ismeretlen vagy tekintélyszemély) azonosítása (észrevétele, meghallása) is nagyobb félelemmel tölti el a gyermeket, extrém veszélyt jelezve, ami indulatot, menekülést, illetve lefagyást vált ki az illetőből. További különbség még, hogy normál esetben a szervezet visszaáll egyfajta homeosztázisba a támadás, menekülés, lefagyás után. Szorongásos zavaroknál, így szelektív mutizmusnál is, a gyermek eleve egy magasabb alapszintre lép vissza a félelmi/szorongásos reakció után, azaz a „túl erős, extrém reakció” csak egy „erős reakcióra” csökken. Ez is magyarázhatja azt, hogy szelektív mutizmusnál a gyermekek nembeszélése miért tolódik ki időben és miért terjed ki minden, számára ismeretlen vagy félelmet keltő helyzetben a családon kívül eső személyekre (Mac, 2016; Melfsen, Romanos, Jans & Walitza, 2021; Vogel & Schwenck, 2021).

Komorbiditás

Komorbiditás tekintetében a szelektív mutizmussal leggyakrabban együtt járó kórképek tehát a szociális szorongás zavar és a szociális fóbia; a mutizmussal diagnosztizált gyermekek 90-100%-ára érvényesek a szociális szorongás zavar, illetve fóbia kritériumai is (DC:0-5, 2019). E kórkép más szorongásos zavarokkal is együtt járhat, beleértve a depressziót vagy a kényszeres zavart, továbbá 70%-uknál találtak egyéb fejlődési késést. Klinikailag ugyan jelentős magatartásproblémák jelennek meg a szelektív mutizmus kapcsán, a diszruptív viselkedészavarral való komorbiditása aránylag csekély (Schwenck et al, 2021). Shipon-Blum vizsgálatai szerint a szelektív mutizmussal élő gyerekek 20-30%-a rendelkezik különböző beszéd-, illetve nyelvi problémával, mint a receptív és/vagy expresszív nyelvi zavar, vagy nyelvi késés, valamint ehhez gyakran társulnak tanulási zavarok is. Ezen gyerekek többsége amúgy is féltékeny, visszahúzódozó, a nyelvi vagy tanulási zavarokból eredő feszültség pedig csak hozzáadódik a temperamentumukhoz, így válnak még inkább szorongóvá: „Nem tudom, inkább nem mondom.”-érzés (Shipon-Blum, 2023). A legtöbb tanulmány megkülönbözteti a szelektív mutizmus mint kórkép azon változatát, amely beszéd- és nyelvi zavar nélkül jelentkezik, de az esetek kb. 40%-ában a mutizmushoz társul valamilyen beszédprobléma és nyelvi nehézség is, például dadogás, artikulációs zavarok, ajak- illetve szájpadhasadék (Gensthaler et al, 2016). Mivel kommunikációs zavarról is beszélünk, ezért a logopédiai szempontoknak mind a diagnosztika, mind a terápia során ugyanolyan érvényük van, mint a pszichológiai szempontoknak. Ennél a kórképnél is fontos végigmennünk a logopédiai protokollon, már csak azért is, hogy eldönthessük, a gyermek tipikus beszéd-, nyelv- és kommunikációs fejlődéssel bír-e, vagy beszéd-, nyelvfejlődési eltérésre ráépülő, másodlagos problémáról van-e szó. Lényeges megvizsgálni a gyermek artikulációs bázisát, nyelvtani-grammatikai fejlődési szintjeit – a receptív és az expresszív oldalt is – valamint a beszéd folyamatosságát.

A szelektív mutizmussal küzdő gyermekek egy részének szenzoros feldolgozási zavara van. Érzékenyebbek a hangok, fények, érintések, az ízlelés, illetve az illatok ingereinek feldolgozásában, ezért néhányuk túlzott érzelmi reakciót mutathat a számukra túlingerlést jelentő érzékelés terén. Ez magyarázhatja többek között, hogy nekik miért megterhelőek a környezeti, társas ingerek, miért válhatnak rugalmatlanná, frusztrálttá, szorongóvá. Ezekből a negatív érzésekből, tapasztalatokból alakul ki az elkerülő, visszahúzódozó magatartás, esetleg a dühroham, vagy egyéb negatív viselkedéses válasz (Jahangir, Koenitzer & LoGalbo, 2021). Ezzel összefüggésben számos szelektív mutizmos esetben jelentős eltérést figyeltek meg az auditív ingerek feldolgozásában vokalizáció közben, amely a saját hangjuk percepciójában különös jelentőségű, ez ugyancsak magyarázhatja a hallgatagságot. Ennek jelentősége abban áll, hogy ezeket a gyerekeket mintha zavarná saját hangjuk visszahallása, ezért bizonyos helyzetekben inkább hallgatnak (Vecchio & Kearney, 2005).

Jahangir és munkatársai leírtak néhány pozitív jellemzőt, amelyekkel az általuk vizsgált szelektív mutizmos gyermekek szignifikánsan kiemelkedtek társaik közül, ezek pedig az átlagon felüli intelligencia, a kreativitás és az empátia (Jahangir et al, 2021).

ÖSSZEGZÉS

A szelektív mutizmus egy viszonylag ritkán előforduló kórkép, mégis éveken át zavarhatja meg a családi működést. A verbális nyelvhasználat helyett az érintett gyermekek gyakran csak különböző gesztusokat, nonverbális jeleket használnak. Ha presszionáljuk őket a beszédre, ez erőteljes szorongást okoz nekik, igyekeznek kerülni ezeket a szituációkat. Idővel a beszéd-től való félelem kihathat más cselekvésekre is. A gyermekek önértékelését, teljesítményét,

kapcsolatainak alakulását hátrányosan befolyásolhatja. Kommunikáció, beszéd hiányában a kortársaktól, a világtól elszigetelődhetnek, szociális fejlődésük elmaradhat az elvárttól.

Bár az újabb kutatások és tanulmányok pontos magyarázata sok helyen ellentmondásos, célunk mindig a szelektív mutizmussal küzdő gyermek, fiatal, illetve a család minél több oldalról való megsegítése, azaz logopédiai és pszichológiai komplex terápia alkalmazása.

Etiológiától és tünettől függően több oldalról közelíthetjük meg a szelektív mutizmussal élő gyermek fejlesztését, illetve terápiáját. Ezeket a terápiás elveket szeretnénk majd bemutatni a cikk egy következő részében.

IRODALOMJEGYZÉK

- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*, Revised. American Psychiatric Publishing. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890420188.dsm-iii-r>
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) Text revised*. American Psychiatric Publishing. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, Text Revised. American Psychiatric Publishing. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. American Psychiatric Publishing.
URL: <https://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf> (2024.04.06.)
- Bárdos K. (2005). „Neked már nem is kell, hogy szájad legyen”. *Fordulópont*, 7(3) 13–16.
- Faludy G., Gonda X., & Döme P. (2015). A szorongás konceptuális aspektusai, klasszifikációja, neuroanatómiai és az anxiolitikum-fejlesztés problémái. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 17(3). 69–80. Letöltés: 2024.04.03. https://real.mtak.hu/26314/7/faludy_nph_2015_jun%282%29.pdf
- Gereben F., Fehérné K. Zs., Kas B., & Mészáros A. (2012). *Beszéd- és nyelvi zavart mutató (beszédfigyató) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Gósy M. (2005). *Pszicholingvisztika*. Corvina Kiadó.
- Hayden, T. L. (1980). Classification of Elective Mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(1), 118–133. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60657-9](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60657-9)
- Illyés, S. (2000). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolai Kar.
- Jahangir, M., Koenitzer, J., & LoGalbo, A. (2021). *Global Emergency of Mental Disorders*. Academic Press.
- Kereki J., & Tóth A. (2019). *Lépések. Módszertani kézikönyv a kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek számára*. EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Kocovska, E. (2020). From 'Aphasia voluntaria' to 'Selective Mutism'. <https://gu.se/en/gnc/from-aphasia-voluntaria-to-selective-mutism> (2024.04.09.)
- Kuncz E. (2007). *A szelektív mutizmus felismerése. A tünetegyüttes differenciáldiagnosztikai feldolgozása két eset tükrében*. Oktatási és Kulturális Minisztérium.
- Mac, LCPC, D. (2016). The anxiety behind selective mutism. *Counseling Today*. Alexandria VA. <https://ctarchive.counseling.org/2016/01/the-anxiety-behind-selective-mutism> (2024.04.05.)

- Melfsen, S., Romanos, M., Jans, T., & Walitza, S. (2021). Betrayed by the nervous system: a comparison group study to investigate the 'unsafe world' model of selective mutism. *Journal of neural transmission*, 128(9), 1433–1443. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02404-1>
- Ranschburg J. (2005). *Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban*. Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Rehnberg, V., & Walters, E. (2017). The life and work of Adolph Kussmaul 1822-1902: 'Sword swallows in modern medicine'. *Journal of the Intensive Care Society*, 18(1), 71–72. <https://doi.org/10.1177/1751143716676822>
- Sarkadi, B., & Kóri, M. (2005). (Sz)elektív mutizmus. *Fordulópont*, 7(3) 5–12.
- Schéder V. (2018). Ismeretek a szelektív mutizmusról. *Különleges Bánásmód*, 4(4), 45–57. <https://doi.org/10.18458/kb.2018.4.45>
- Schwenck, C., Gensthaler, A., Vogel, F., Pfefferman, A., Laerum, S., & Stahl, J. (2021). Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1419–1429. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01777-8>
- Shipon-Blum, E. (2023). *Selective Mutism: A Comprehensive Overview*. Smart Center. Pennsylvania. URL: <https://selectivemutismcenter.org/whatisselectivemutism> (2024.04.01.)
- Steinhausen, H-C., & Juzi, C. (1996). Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606–614. <https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00015>
- Vecchio, J.L., & Kearney, C.A. (2005). Selective Mutism in Children: Comparison to Youths With and Without Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 27(1), 31–37. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-3263-1>
- Vogel, F., & Schwenck, C. (2021). Psychophysiological mechanisms underlying the failure to speak: a comparison between children with selective mutism and social anxiety disorder on autonomic arousal. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(51). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00430-1>
- WHO (1994). *BNO-10: A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása*. Népjóléti Minisztérium.
- WHO (2022). *BNO-11, Mentális zavarok*. Animula Kiadó.
- Zero to Three (2019). *DC:0-5™, A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Medicina Kiadó.

Psychological and speech therapy aspects of selective mutism – First Part

ABSTRACT

In our writing, we aim to present a combined perspective of the psychological and speech therapy background of selective mutism. In this current, first part, we provide a brief overview of the terminology related to selective mutism, considering etiology and symptomatology. We will make the comparative description by comparing classification systems and analysing older and newer relevant literature. We present the results of psychological and speech therapy studies that can assist us in creating a more accurate differential diagnosis, and the domestic expansion of the range of the therapeutic methods. In the next, second part, we will detail the therapeutic steps.

Keywords: *elective mutism, selective mutism, anxiety disorder, sensory processing disorders, amygdala*
