

## Muzykoterapia i interwencja oparta na muzyce jako forma pracy terapeutyczno-wychowawczej łagodząca objawy mutyzmu wybiórczego u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

Music therapy and music-based intervention as a form of therapeutic and educational work with preschool and early school-aged children with selective mutism

Katedra Badań Edukacyjnych, Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Ewa Kos, Katedra Badań Edukacyjnych, Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki, ul. Pomorska 46/48, 91-408 Łódź, e-mail: ewa.kos@now.uni.lodz.pl

### ORCID iD

Ewa Arleta Kos  <https://orcid.org/0000-0003-3009-7360>

### Streszczenie

Mutyzm wybiórczy jest zaburzeniem coraz częściej rozpoznawanym wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, dlatego wciąż poszukuje się optymalnych technik interwencji terapeutycznych. Muzykoterapia okazuje się efektywna w pracy z dziećmi, które są dotknięte izolacją komunikacyjną w środowisku przedszkolnym lub szkolnym, przejawiającą się w nieobecnych, zubożonych lub trudnych relacjach z rówieśnikami. W artykule przedstawiono specyfikę i wieloczynnikową etiologię zaburzenia. W dalszej części tekstu zaprezentowane zostały wybrane techniki inicjowania interwencji opartej na muzyce jako jednego z podejść terapeutycznych w pracy z dziećmi z mutyzmem wybiórczym. Zaakcentowano potencjał muzykoterapii w procesie obniżania poziomu lęku (pozbywania się lęku przed mówieniem) oraz możliwie szybkiego przywracania swobodnej komunikacji niewerbalnej u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Zwrócono także uwagę na specyfikę relacji terapeuta – dziecko, sprzyjającej efektywnemu angażowaniu się dziecka w proces terapeutyczny oparty na muzyce. Głównym wnioskiem z niniejszego opracowania jest to, iż muzykoterapia, która wykazuje duży potencjał psychologiczny, medyczny i w szczególności pedagogiczny, może pośrednio wspierać obniżanie napięcia emocjonalnego i pokonywanie lęku przed mówieniem, a w konsekwencji – uzyskanie komunikacji. Jest więc wartą uwagi opcją terapeutyczną w pracy z dziećmi z mutyzmem wybiórczym w przedszkolach i szkołach.

**Słowa kluczowe:** mutyzm wybiórczy, muzykoterapia, terapia mutyzmu wybiórczego, etiologia mutyzmu wybiórczego, komunikacja werbalna

### Abstract

Selective mutism is an increasingly recognised disorder among preschool- and early school-aged children. Currently, therapists are searching for optimal therapeutic intervention techniques for working with children affected by selective mutism. Music therapy is proving to be an effective modality for working with children who are communicatively isolated in preschool and school environments, which manifests itself in absent, impaired or difficult relationships with peers. This text characterises the specific features of selective mutism. In the initial section, the author discusses the multifactorial aetiology of selective mutism. In the following section, the author presents selected techniques for initiating improvisational musical activity as one of the therapeutic approaches in working with children with selective mutism. The author emphasises the potential of music therapy in the process of lowering the level of anxiety (getting rid of the fear of speaking) and restoring free non-verbal communication as soon as possible in children of preschool and early school age. The author also draws attention to the specific nature of the relationship between the therapist and the child, which is conducive to the effective course of the music therapy process. The main conclusion of the study is that music therapy, which shows a great psychological, medical, and especially pedagogical potential, can contribute to a reduction in communicative tension and promote a relatively rapid acquisition of spontaneous speech in children. Thus, it represents a worthwhile therapeutic option in working with children with selective mutism in kindergartens and schools.

**Keywords:** selective mutism, music therapy, selective mutism therapy, aetiology of selective mutism, verbal communication

## WSTĘP

**D**ziecko z mutyzmem wybiórczym (MW) nie może mówić w określonych sytuacjach społecznych – zwykle postrzeganych przez nie jako mało komfortowe – pomimo zdolności mówienia oraz zaangażowania i aktywności artykulacyjnej w bardziej komfortowych warunkach (World Health Organization, 2020).

MW to zaburzenie diagnozowane w populacji dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym relatywnie rzadko, jednak trudno określić prawdziwą skalę problemu<sup>1</sup> – z pewnością większą, niż wskazują oficjalne dane. Warto nadmienić, iż u licznych dzieci rozpoznać można lekką postać MW (dziecko ma trudność ze swobodną konwersacją, odpowiada na pytania w kilku słowach, nie wykazuje inicjatywy w rozmowie), zazwyczaj niedostrzeganą przez opiekunów i nauczycieli. Niepokojący jest przede wszystkim niski poziom świadomości i zrozumienia specyfiki trudności związanych z MW wśród opiekunów, nauczycieli i wychowawców (Kovac i Furr, 2019). Dzieci z MW są bardzo często postrzegane jako nadmiernie nieśmiałe lub mylnie określane jako uparte, kontrolujące, manipulujące<sup>2</sup>.

„Rodzice i nauczyciele czekają na samoistną poprawę funkcjonowania dziecka, które latami utrwała błędny sposób nawiązywania relacji rówieśniczych, nie mając szans na właściwy rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych” (Kos, 2021). Dzieci z MW otrzymują więc diagnozę na późnym etapie swojego rozwoju, a oddziaływania terapeutyczne nie są wdrażane lub są realizowane w nieodpowiedni sposób. W terapii MW istotne jest otwarte, elastyczne, multimodalne podejście, które powinno uwzględniać pracę zespołową, a przede wszystkim praktykę interdyscyplinarną w miejscu, gdzie objawy mutyzmu wyrażają się najpełniej, czyli zazwyczaj w środowisku pozarodzinnym (Bystrzanowska, 2018; Johnson i Wintgens, 2016; Kos, 2020).

Z analizy literatury i ogłoszonych dotąd wyników badań empirycznych wynika, że jedną z potencjalnie pomocnych form oddziaływania terapeutycznego w pracy z dziećmi z MW jest muzykoterapia realizowana w środowisku, w którym dostrzegane są objawy mutyzmu (przedszkole, szkoła). Wykorzystując walory tej formy terapii, można bowiem wspierać rozwój dzieci z MW, kształtować wiele przydatnych umiejętności emocjonalnych i społecznych. Zaangażowanie w aktywność muzyczną może zatem być postrzegane jako narzędzie

<sup>1</sup> Na podstawie danych zawartych w raportach badawczo-epidemiologicznych, pochodzących przede wszystkim z Europy Zachodniej, Stanów Zjednoczonych i Izraela, można stwierdzić, iż MW pojawia się w populacji z częstością od 0,03–0,76% (Bergman *et al.*, 2002; Elizur i Perednik, 2003; Ford *et al.*, 1998; Kopp i Gillberg, 1997 – wszystkie prace cyt. za: Bystrzanowska, 2018) do 1,9% w Finlandii (Kumpulainen, 1998, cyt. za: Bystrzanowska, 2018). Powyższe dane odnoszą się jednak do ekstremalnej postaci zaburzenia, określanej jako mutyzm ciężkiego stopnia.

<sup>2</sup> Warto podkreślić, że w Polsce świadomość specyfiki MW wzrasta dzięki pracy różnych instytucji, przykładowo Stowarzyszenia „Polskie Towarzystwo Mutyzmu Wybiórczego”, oraz zaangażowaniu specjalistów, których pasją jest praca z dziećmi z MW (tu wyróżnia się dorobek zawodowy Marii Bystrzanowskiej – terapeutki, ale też edukatorki i autorki szkoleń, prowadzącej polską grupę wsparcia dla rodziców, specjalistów i nauczycieli pracujących z dziećmi z MW).

łagodzące objawy MW, zwłaszcza wśród dzieci w wieku 3–6 lat (Jones i Odell-Miller, 2022).

## MUTYZM WYBIÓRCZY – SPECYFIKA I WIELOCZYNNIKOWA ETIOLOGIA ZABURZENIA

W 11. edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (International Classification of Diseases, 11<sup>th</sup> Revision, ICD-11) MW opisywany jest jako zaburzenie, które charakteryzuje się „konsekwentną selektywnością w mówieniu, tak że dziecko wykazuje odpowiednie kompetencje językowe w określonych sytuacjach społecznych, zazwyczaj w domu, ale konsekwentnie nie mówi w innych, zazwyczaj w szkole. Zakłócenie trwa co najmniej jeden miesiąc, nie ogranicza się do pierwszego miesiąca nauki i jest na tyle poważne, że zakłóca osiągnięcia edukacyjne lub komunikację społeczną. Nie wynika z niezajomości języka mówionego wymaganego w sytuacji społecznej (np. gdy innym językiem mówi się w szkole niż w domu) ani z niezadowolenia z używania tego języka” (World Health Organization, 2020).

Niepokój i dyskomfort związane z mówieniem w określonych sytuacjach są identyfikowane jako jedne z najważniejszych czynników przyczynowych w rozwoju MW (Anstendig, 1999; Cohan, 2008). Inne czynniki to: specyficzne schematy wychowawcze realizowane w rodzinie (nadopiekuńczość, nadmierna kontrola rodzicielska) (Rozenek *et al.*, 2020), rodzinna historia nieśmiałości (także tendencja rodziców do zachowań unikających), fobia społeczna (Black i Uhde, 1992; Rozenek *et al.*, 2020), lęk społeczny, ogólne zaburzenia o charakterze lękowym, trudności z komunikacją w dzieciństwie, opóźnienia rozwoju (Kristensen, 1997; Manassis *et al.*, 2003), cechy ze spektrum autyzmu, zahamowanie temperamentalne (Muris i Ollendick, 2021), uwarunkowania genetyczne (zwłaszcza polimorfizm genu *CNTNAP2*) (Rozenek *et al.*, 2020) oraz deficyty w zakresie funkcjonowania analizatora słuchowego, zwłaszcza eferentnych systemów MOCB (*medial olivocochlear bundle* – refleks środkowej wiązki oliwkowo-ślimakowej) i MEAR (*middle-ear acoustic reflex* – refleks akustyczny ucha środkowego), zaangażowanych w monitorowanie i regulację procesów wokalizacji (Holka-Pokorska *et al.*, 2018).

Czynniki wymienione powyżej (ale i wiele innych) stanowią fundament współczesnego myślenia o etiologii MW. Warto podkreślić, że u najmłodszych dzieci MW często pozostaje niezdiagnozowany ze względu na niską świadomość opiekunów, nauczycieli i wychowawców oraz charakter zaburzenia. To ogromny problem, ponieważ wczesna diagnoza daje szansę na wdrożenie optymalnego postępowania terapeutycznego, a w konsekwencji – eliminację objawów MW.

## PODEJŚCIA TERAPEUTYCZNE W PRACY Z DZIEĆMI Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM

Priorytetem w pracy z dziećmi wykazującymi objawy MW jest wczesna diagnoza, a następnie wdrożenie działań

terapeutycznych, najbardziej zintensyfikowanych w środowisku występowania objawów (przedszkole, szkoła). Dzieciom z zaburzeniami lękowymi, a wśród nich dzieciom z objawami MW, proponuje się różnego typu wsparcie terapeutyczne, m.in. leczenie farmakologiczne, oddziaływanie oparte na technikach behawioralnych, niekiedy z dodatkową terapią interakcji rodzic – dziecko, czy terapię psychodynamiczną. W niniejszym opracowaniu jedynie zasygnalizowano założenia poszczególnych form pomocy dzieciom z MW, koncentrując się na omówieniu muzykoterapii.

W leczeniu farmakologicznym MW stosuje się selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*serotonin selective reuptake inhibitors*, SSRI). W literaturze można odnaleźć dowody, które sugerują przydatność SSRI zwłaszcza w przypadku przewlekłej, ciężkiej formy MW. Potrzebne są jednak dalsze, pogłębione badania (Carlson *et al.*, 2008; Kaakeh i Stumpf, 2008).

Jednymi z technik najczęściej wykorzystywanych w pracy z dziećmi z MW są techniki oparte na podejściu behawioralnym, także z dodatkową terapią interakcji rodzic – dziecko, szczegółowo scharakteryzowane w innych opracowaniach (np. Bystrzanowska, 2018; Johnson i Wintgens, 2016; Kos, 2020). Na podstawie analizy literatury można wysnuć wnioski, iż techniki behawioralne są skuteczne w łagodzeniu objawów MW (Bystrzanowska, 2018; Kos, 2020; Oerbeck *et al.*, 2014; Rodrigues Pereira *et al.*, 2020). W celu zniwelowania objawów MW stosuje się ponadto – choć dość rzadko – elementy terapii poznawczo-behawioralnej, zwłaszcza psychoedukację, techniki relaksacyjne, ekspozycję na wybrane sytuacje i restrukturyzację poznawczą (Fung *et al.*, 2002; Ooi *et al.*, 2012). Jako pierwsze wdrażane są techniki behawioralne, uznawane za najskuteczniejsze i z powodzeniem wykorzystywane przez rodziców i nauczycieli w toku codziennej pracy z dziećmi z MW.

### **DZIAŁANIA ARTYSTYCZNE I INTERWENCJA OPARTA NA MUZYCE JAKO METODA WSPIERANIA ROZWOJU DZIECI Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM**

Nadrzędnym celem wszelkich oddziaływań terapeutyczno-wychowawczych wobec dzieci dotkniętych MW jest obniżenie poziomu lęku, a następnie eliminacja lęku przed mówieniem i możliwie szybkie przywrócenie swobodnej komunikacji werbalnej.

W literaturze można znaleźć dowody na to, iż arteterapia (przede wszystkim dramaterapia, ekspresyjna zabawa, terapia przez sztukę, muzykoterapia), zwłaszcza w połączeniu z technikami behawioralnymi, może się przyczynić do niwelowania objawów MW i relatywnie szybkiego przywrócenia zdolności swobodnego komunikowania się. Wnioski płynące z analizy literatury sugerują, że muzykoterapia jako jedna z technik interwencji w MW ma ogromny potencjał (Fernandez *et al.*, 2014; Jones i Odell-Miller, 2022; Knapik-Szweda, 2014; Powell i Dalley, 1995; Tomiczek, 2015). Dotychczas opublikowano niewiele badań odnoszących się

do procesu muzykoterapii jako metody niwelowania objawów MW. Są jednak prace, które wskazują na skuteczność muzykoterapii w zakresie obniżania poziomu lęku (zarówno sytuacyjnego, jak i będącego stałą komponentą osobowości), odreagowywania napięcia emocjonalnego (m.in. Laskowska, 2000; Nowak, 2014; Paszkiewicz-Mes, 2013; Żychlińska *et al.*, 2008) – a to aspekt niezwykle istotny w terapii MW.

W dalszej części niniejszego opracowania krótko scharakteryzowano muzykoterapię jako technikę pracy z dziećmi z MW. Zamierzeniem autorki nie jest jednak podejmowanie rozbudowanej refleksji akademickiej ani szczegółowy opis wielu ujęć definicyjnych, funkcji, metod i rodzajów muzykoterapii. Uczynione to zostanie tylko w zakresie niezbędnym do zachowania logiki wywodu.

Niezwykle trudno przedstawić jednoznaczną definicję muzykoterapii, ponieważ zakres pojęcia wciąż ewoluuje. Odwołując się do definicji Światowej Federacji Muzykoterapii (World Federation of Music Therapy, WFMT), która wydaje się najbardziej adekwatna w kontekście niniejszej pracy, można przyjąć, że muzykoterapia to „wykorzystanie muzyki lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki, tak aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia” (Szulc, 2001, s. 70).

Muzykoterapia może więc być jedną z metod terapeutycznych stosowanych w pracy z dziećmi z MW. Cline i Baldwin (2004) twierdzą, że może ona „mieć wiele do zaoferowania” dzieciom z MW, ale należy zauważyć, iż literatura przedmiotu jest na razie ograniczona.

### **POTENCJAŁ MUZYKOTERAPII W PRACY Z DZIEĆMI Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM**

Muzykoterapia wykazuje duży potencjał psychologiczny, medyczny, a zwłaszcza pedagogiczny. Może być wykorzystywana w różnych działaniach profilaktycznych, korekcyjnych, wspomagających i terapeutycznych. Bogactwo środków, technik, metod, form i podejść dostępnych w ramach muzykoterapii pozwala terapeutce na dostosowanie działań do potrzeb, oczekiwań, zainteresowań i ograniczeń uczestników terapii (Wheeler, 2015).

Muzyka to silne narzędzie terapeutyczne. Jak wskazuje Stachyra (2012, s. 62), „jej siła polega na tym, że jest elastyczna, polisemiczna, wielostylowa i wielogatunkowa”. Może wspierać kształtowanie i rozwój wielu dyspozycji dziecka – przede wszystkim motoryki, intelektu, mowy, emocji (Tomiczek, 2015). Wpływa też na komunikacyjną i społeczną sferę rozwoju (Knapik-Szweda, 2019). Wzmaga pozytywne odczucia dzieci z MW względem samych siebie oraz innych ludzi (Jones i Odell-Miller, 2022). Nowak (2014,

s. 69) zauważa, iż „podczas zajęć muzycznych poprawia się u dzieci umiejętność komunikowania się i nawiązywania kontaktu z otoczeniem”; dostrzega także, że dzieci biorące udział we wspólnym muzykowaniu czy śpiewaniu stają się bardziej pewne siebie, pozbywają się stanów lękowych i stresu. Dlatego muzykoterapia może przynieść wymierne postępy w wywoływaniu wokalizacji i mowy u dzieci z MW, które wydają się doświadczać niemal natychmiastowej poprawy w zakresie funkcjonowania emocjonalnego (Jones i Odell-Miller, 2022).

Jak wynika z analizy literatury, dzieci z MW chętnie wchodzi w proces terapeutyczny z wykorzystaniem metod opartych na muzyce. Początkowy niepokój i uczucie dyskomfortu są tu równoważone przez naturalną ciekawość i entuzjazm dziecka.

Poniżej zaprezentowane zostaną praktyczne wskazówki dotyczące wspierania dyspozycji dzieci z MW w obszarze mowy i emocji, mogące stanowić inspirację i fundament scenariuszy zajęć zgodnych z indywidualnymi potrzebami dzieci.

Strategicznymi elementami pracy z dziećmi z MW w ramach muzykoterapii mogą być wykorzystywanie instrumentów dętych (Trondalen, 2001) i głośne śpiewanie. Zaleca się stosowanie szerokiej gamy instrumentów (warto dostrzec zalety fletu prostego, flażoletu, gwizdka swanee, glissando drewnianego, gwizdka imitującego gwizdek pociągu, kazoo<sup>3</sup>, harmonijki ustnej, didgeridoo, okaryny) oraz rekwizytów wokalnych (np. urządzenie do karaoke, mikrofon, mikrofon z funkcją echo, zabawka powtarzająca to, co się do niej mówi, krótkofalówka, telefon z kubków i sznurka, stary telefon komórkowy, rurki dźwiękowe).

Warto podkreślić, że zarówno instrumenty muzyczne, jak i rekwizyty odgrywają ważną rolę w toku spotkań terapeutycznych. Mogą służyć do zachęcania dzieci do udziału w terapii, formułowania komunikatów werbalnych i parawerbalnych. Zdaniem Jones i Odell-Miller (2022) w pracy z dziećmi z MW szczególnie pomocne okazują się wszelkie zabawy z wykorzystaniem podkładów karaoke. Autorki zwracają uwagę, że potencjał karaoke wiąże się z humorem, śmiechem, radością. Humor postrzegają jako istotny aspekt terapii, łączący wspieranie rozwoju emocjonalnego, fizycznego, wokalnego i komunikacyjnego dzieci z MW. Twierdzą, iż zabawy z karaoke odgrywają kluczową rolę w pojawieniu się wokalizacji i mowy u wielu dzieci.

Trzeba jednak zaznaczyć, że nie u wszystkich dzieci zabawy ze śpiewem są wspierające, a ścieżka terapeutyczna do uzyskania mowy może mieć różny przebieg. Spontaniczna produkcja mowy w toku spotkań muzykoterapeutycznych powoduje dyskomfort, a często jest niemożliwa. Warto wtedy

<sup>3</sup> Głośna wokalizacja przez kazoo może być jednym z kluczowych elementów muzykoterapii w grupie dzieci z MW. Kazoo, instrument dęty z grupy membranofonów, można wykonać samodzielnie, wspólnie z dziećmi. Wydaje dźwięki podobne do tych uzyskiwanych podczas gry na grzebieniu. Dzięki membranie znajdującej się wewnątrz instrumentu wymruczana przez dziecko melodia zamienia się w charakterystyczne brzęczenie. Jest to atrakcyjny efekt, który dzieci chętnie powtarzają. Kazoo może również posłużyć jako modulator głosu.

wykorzystywać utwory znane dzieciom i nazywanie znanych obiektów (muzykowanie z elementami dźwiękonaśladowczymi, śpiewanie z pokazywaniem, zabawy ruchowe ze śpiewem – podczas których często pojawiają się ruchy ust, poprzedzające pojawienie się komunikatów werbalnych). Efektywnym sposobem pracy z dziećmi z MW są także improwizacje muzyczno-ruchowe (kierowane i swobodne), wspólne koncertowanie czy tworzenie inscenizacji instrumentalnych do wybranych utworów. Na uwagę zasługują ponadto formy integrujące muzykę z plastyką (wybrany utwór muzyczny jako inspiracja do ekspresji plastycznej czy przedstawienie dzieła plastycznego w formie dźwięków). Wartością dodaną wdrożenia muzykoterapii w grupie obejmującej dziecko z MW (terapia MW powinna być realizowana w środowisku, w którym widoczne są objawy zaburzenia, a zatem w grupie przedszkolnej lub szkolnej) jest stymulowanie rozwoju muzycznego wszystkich dzieci, a w rezultacie poprawa ich funkcjonowania poznawczo-wykonawczego. W wielu badaniach dowiedziono, iż uczestnictwo w zajęciach z elementami muzykoterapii przyspiesza efekty treningu umiejętności szkolnych: korzystnie wpływa na przyswajanie umiejętności czytania i pisanie, funkcjonowanie analizatorów słuchowego i wzrokowego, koordynację wzrokowo-przestrzenną, rozwój wyobraźni i zdolności twórczych (Poćwierz-Marciniak, 2018).

Ponadto – jak stwierdza Klimas-Kuchtowa (2014, s. 178) – „muzyka jest czynnikiem uspołeczniającym, uaktywniającym towarzysko, ułatwiającym komunikację”. Wspólne słuchanie i wykonywanie muzyki oraz udział w improwizacjach muzycznych korzystnie oddziałują na relacje interpersonalne, budują więzi w grupie, integrują (Lawendowski, 2014). Uczestnictwo w muzycznych improwizacjach daje dziecku z MW przestrzeń do samopoznania, podejmowania działań autokreacyjnych, wyrażania siebie (własnych uczuć, preferencji, systemu wartości). Grając, śpiewając, słuchając, dziecko odkrywa możliwości własnego głosu, słów, ruchów ciała.

Aktywność muzyczna może być zatem formą zaprezentowania siebie rówieśnikom (w innych okolicznościach jest to często niemożliwe ze względu na specyfikę MW), stanowić fundament poczucia wspólnoty i bliskości. Ponadto w przypadku niemożności swobodnego mówienia w grupie wspólne słuchanie i komponowanie muzyki czy uczestnictwo w improwizacjach muzycznych mogą mieć charakter interakcyjny i dzięki temu tworzyć przestrzeń do porozumiewania się dziecka z MW z pozostałymi dziećmi i terapeutą.

### **MUZYCZNY DIALOG JAKO FUNDAMENT RESPANSYWNEJ RELACJI MIĘDZY DZIECKIEM Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM A TERAPEUTĄ**

Zdaniem Gordona (2004, s. 36) o satysfakcjonującej, responsywnej relacji dorosłego z dzieckiem zazwyczaj decydują „otwartość i przejrzystość, wzajemna troska, wzajemna zależność, poszanowanie odrębności, wzajemne

uwzględnienie potrzeb, tak by nic nie działało się kosztem którejś ze stron”. Wymienione elementy są szczególnie ważne w kontekście pracy z dziećmi z MW. W dobrej relacji terapeutycznej zawiera się potencjał działań, które mogą aktywizować dziecko do pokonywania trudności i ograniczeń, których doświadcza na danym etapie rozwojowym.

Specyfika relacji w terapii opartej na muzyce wymaga od terapeuty otwartości i elastyczności, a przede wszystkim wrażliwości na emocje innych oraz umiejętności rozpoznawania możliwości i ograniczeń dziecka. Terapeuta musi także rozumieć MW jako zaburzenie i stworzyć bezpieczną przestrzeń, środowisko odciążające od presji komunikacyjnej. Wszystko to pozwala wykreować płaszczyznę porozumienia. Fundamentem jest tu język, który determinuje charakter relacji między terapeutą a dzieckiem. Komunikacja w relacji terapeutycznej jest utrudniona, może jednak być zapośredniczona przez mowę dźwięków. Dobrze ukształtowana relacja terapeutyczna, bazująca na zaangażowaniu, bliskości, zaufaniu i wzajemnym szacunku, ma duże znaczenie dla dzieci z MW (Jones i Odell-Miller, 2022). W procesie muzykoterapii rozwija się ona na fundamencie właściwości muzycznych (podstawowych elementów muzyki, takich jak rytm, melodia, harmonia, dynamika, tempo, barwa i artykulacja).

W toku terapii ważne jest, aby prowadzący przyjmował otwartą postawę, bez presji na mówienie i śpiewanie, oraz pozytywnie – ale bez nadmiernej euforii – reagował na wszelkie muzyczne i niemuzyczne inicjatywy (komunikaty) dzieci. Często jest to istotny element procesu uzyskiwania aktywnego uczestnictwa w zabawie i rozmowie, a następnie spontanicznej mowy dzieci.

Interaktywna komunikacja muzyczna między terapeutą a dzieckiem, która opiera się na zmianie kolejności w nadawaniu muzycznych komunikatów (z wykorzystaniem instrumentów, dźwięków różnego pochodzenia), podążaniu za wskazówkami dziecka czy graniu równocześnie, często sprawia wrażenie dialogu. I właśnie muzyczna rozmowa między terapeutą, rówieśnikami i dzieckiem z MW jest kamieniem milowym w procesie uzyskiwania spontanicznej mowy.

Podsumowując: humor, responsywność, otwartość, empatia oraz wiedza na temat specyfiki MW i form czy technik muzykoterapii to podstawa relacji terapeutycznej i zaangażowania dziecka w improwizację muzyczną. Należy też pamiętać, iż muzykoterapeuta musi być częścią zespołu – jego pomoc przyniesie rezultaty tylko wówczas, gdy będzie on współpracował z pozostałymi kluczowymi osobami w terapii (rodzice, nauczyciele, logopeda, psycholog). Efektywność działań wspierających dziecko z MW zależy bowiem od wspólnej pracy rodziców i specjalistów.

## PODSUMOWANIE

Można sformułować wniosek, że terapia MW oparta na elementach muzykoterapii i realizowana w środowisku, w którym MW najpełniej się objawia (przedszkole, szkoła),

w gronie rówieśników, z którymi dziecko przebywa na co dzień, jest efektywna i stanowi jeden z filarów w procesie uruchamiania potencjału komunikacyjnego. W większości przypadków obniżenie napięcia emocjonalnego i użycie spontanicznej mowy następują w ciągu 16–21 tygodni, a tylko w rzadkich przypadkach trwa to do dwóch razy dłużej (Jones i Odell-Miller, 2022). Być może na przedłużenie całego procesu wpływa prowadzenie muzykoterapii w środowisku, w którym nie rozumie się specyfiki i przyczyn MW i mimo zaleceń terapeuty nie stwarza się warunków odciążających dziecko od presji mówienia.

Niewątpliwym walorem uwzględnienia elementów muzykoterapii w pracy z dziećmi z MW jest to, że chętnie uczestniczą one w tak zaplanowanych zajęciach i u wielu osób w przebiegu terapii pojawia się spontaniczna mowa. Wskazują na to chociażby zwiększenie aktywności muzycznej dzieci pod koniec zajęć, wzrost liczby dzieci wypowiadających się werbalnie w toku terapii, deklarowana chęć częstszego uczestnictwa w zajęciach, prośby o wydłużanie czasu sesji terapeutycznych. Wszystko to prowadzi do zwiększonej wokalizacji i pojawienia się spontanicznej mowy. W trakcie sesji terapeutycznych wzrasta poziom pewności komunikowania się werbalnego, co jest zauważane również przez nauczycieli w środowisku przedszkolnym czy szkolnym. Dzieci wydają się też doświadczać niemal natychmiastowej poprawy w zakresie funkcjonowania emocjonalnego (Jones i Odell-Miller, 2022).

Sprzyjając wyzwalaniu emocji i aktywizowaniu uczuć, muzykoterapia może przyczynić się do inicjowania komunikacji zarówno werbalnej, jak i pozawerbalnej oraz ułatwiać nawiązywanie interakcji z innymi – chociażby przez wymianę muzycznych komunikatów, reagowanie na pomysły muzyczne innych i prezentowanie własnych. Proces terapeutyczny bazujący na muzykoterapii pozwala dzieciom odnaleźć muzyczny, a następnie realny głos, zyskać pewność siebie i odkryć własną siłę komunikacyjną. Przede wszystkim zaś pomaga zniwelować skutki komunikacyjnej izolacji, której zwykle doświadczają dzieci z MW w przedszkolu i szkole.

Zaobserwowano ponadto, że zachowania muzyczne inicjowane i kształtowane w toku muzykoterapii (np. reagowanie na sugestie muzyczne, realizacja własnych pomysłów muzycznych) przekładają się na zachowania o charakterze niemuzycznym w sferze komunikacyjnej i społecznej, także w środowisku szkolnym (Jones i Odell-Miller, 2022; Knapik-Szweda, 2017). Zaangażowanie dzieci w niewerbalną (a stopniowo również werbalną) aktywność twórczą, w szczególnego rodzaju dialog muzyczny, wspomaga więc poprawę funkcjonowania w sferze społecznej i emocjonalnej i prowadzi do pojawienia się swobodnych komunikatów werbalnych.

Na zakończenie należy nadmienić, że ogłoszone dotąd wyniki badań potwierdzające pozytywny wpływ muzykoterapii na rozwój dzieci z MW pochodzą z projektów badawczych o charakterze jakościowym, czyli subiektywnym, interpretacyjnym (m.in. Jones i Odell-Miller, 2022; Knapik-Szweda,

2014; Tomiczek, 2015). Uniemożliwia to oczywiście uogólnianie czy wyciąganie wniosków dotyczących korzystnego wpływu muzykoterapii na umiejętności komunikacyjne i społeczne dzieci z MW. Niemniej jednak zgromadzony materiał empiryczny i płynące z niego wnioski są na tyle interesujące i obiecujące, że warto rozszerzyć zakres badań przez zastosowanie zróżnicowanych procedur badawczych (w ramach orientacji zarówno jakościowej, jak i ilościowej) oraz zaprojektowanie i wykorzystanie standardowych i niestandardowych narzędzi badawczych. Jak już wspomniano, dotychczas ukazało się niewiele prac poświęconych muzykoterapii jako procesowi wspierającemu niwelowanie objawów MW i obniżającemu poziom lęku przed mówieniem w środowisku pozarodzinnym.

Warto dostrzec potencjał muzykoterapii – jako elementu otwartego, elastycznego, multimodalnego podejścia, uwzględniającego pracę zespołową i praktykę transdyscyplinarną – w pracy terapeutycznej i edukacyjnej oraz w opiece nad dzieckiem z MW.

### Konflikt interesów

*Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

### Piśmiennictwo

- Anstendig KD: Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *J Anxiety Disord* 1999; 13: 417–434.
- Black B, Uhde TW: Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1090–1094.
- Bystrzanowska M: Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla nauczycieli i specjalistów. Impuls, Kraków 2018.
- Carlson JS, Mitchell AD, Segool N: The current state of empirical support for the pharmacological treatment of selective mutism. *Sch Psychol Q* 2008; 23: 354–372.
- Cline T, Baldwin S: *Selective Mutism in Children*. Whurr Publishers, London 2004.
- Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E et al.: Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 770–784.
- Fernandez KTG, Serrano KCM, Tongson MCC: An intervention in treating selective mutism using the expressive therapies continuum framework. *J Creat Ment Health* 2014; 9: 19–32.
- Fung DS, Manassis K, Kenny A et al.: Web-based CBT for selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 112–113.
- Gordon T: *Wychowanie bez porażek w szkole*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2004.
- Holka-Pokorska J, Piróg-Balcerzak A, Jarema M: The controversy around the diagnosis of selective mutism – a critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria. *Psychiatr Pol* 2018; 52: 323–343.
- Johnson M, Wintgens A: *The Selective Mutism Resource Manual*. Speechmark, London 2016.
- Jones K, Odell-Miller H: A theoretical framework for the use of music therapy in the treatment of selective mutism in young children: multiple case study research. *Nord J Music Ther* 2022. DOI: 10.1080/08098131.2022.2028886.
- Kaakeh Y, Stumpf JL: Treatment of selective mutism: focus on selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy* 2008; 28: 214–224.
- Klimas-Kuchtowa E: Muzyka w prewencji i promocji zdrowia. In: Lawendowski R, Kaleńska-Rodzaj J (eds.): *Psychologia muzyki. Współczesne konteksty zastosowań*. Harmonia, Gdańsk 2014: 159–183.
- Knapik-Szweda SM: Muzykoterapia i jej właściwości w usprawnianiu dziecka z autyzmem. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej* 2014; 6: 81–97.
- Knapik-Szweda SM: The significance of the process of music therapy for children with multiple social and communication disabilities: case studies. *Voices: A World Forum for Music Therapy* 2019; 19: 1–15.
- Kos EA: Forms of therapy of a child with selective mutism in the environment outside the family, embedded in a behavioral therapeutic approach. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej* 2020; 31: 287–304.
- Kos EA: Procedura identyfikacji mutyzmu wybiórczego i jego podstawowych typów jako fundament wsparcia rozwoju emocjonalno-społecznego dziecka. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej* 2021; 43: 149–163.
- Kovac LM, Furr JM: What teachers should know about selective mutism in early childhood. *Early Child Educ J* 2019; 47: 107–114.
- Kristensen H: Elective mutism – associated with developmental disorder/delay. Two case studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6: 234–239.
- Laskowska H: Profilaktyka zdrowia psychicznego ludzi młodych. *Ann UMCS, Sectio D: Medicina* 2000; 55: 132–135.
- Lawendowski R: *Homo musicus*. Muzyka w relacjach społecznych. In: Lawendowski R, Kaleńska-Rodzaj J (eds.): *Psychologia muzyki. Współczesne konteksty zastosowań*. Harmonia, Gdańsk 2014: 15–37.
- Manassis K, Fung D, Tannock R et al.: Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety? *Depress Anxiety* 2003; 18: 153–161.
- Muris P, Ollendick TH: Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2021; 24: 294–325.

- Nowak B: Muzyka a rozwój emocjonalno-społeczny dzieci w wieku przedszkolnym. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika* 2014; 9: 43–71.
- Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T et al.: A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child Adolesc Ment Health* 2014; 19: 192–198.
- Ooi YP, Raja M, Sung SC et al.: Application of a web-based cognitive-behavioural therapy programme for the treatment of selective mutism in Singapore: a case series study. *Singapore Med J* 2012; 53: 446–450.
- Paskiewicz-Mes E: Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie. *Hygeia Public Health* 2013; 48: 168–176.
- Poćwierz-Marciniak I: Muzyka i muzykoterapia a zdrowie i rozwój dzieci. *Aspekty Muzyki* 2018; 8: 235–261.
- Powell S, Dalley MB: When to intervene in selective mutism: the multimodal treatment of a case of persistent selective mutism. *Psychol Sch* 1995; 32: 114–123.
- Rodrigues Pereira C, Ensink JBM, Güldner M et al.: Effectiveness of a behavioral treatment protocol for selective mutism in children: design of a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials Commun* 2020; 19: 100644.
- Rozenek EB, Orlof W, Nowicka ZM et al.: Mutyzm wybiórczy – opis zaburzenia i etiologia: czy wybiórczy brak mowy jest zaledwie wierzchołkiem góry lodowej? *Psychiatr Pol* 2020; 54: 333–349.
- Stachyra K (ed.): *Podstawy muzykoterapii*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.
- Szulc W: *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu*. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001.
- Tomiczek D: Muzykoterapia w terapii niepełności mowy. Opis przypadku. *Konteksty Pedagogiczne* 2015; 2: 169–180.
- Trondalen G: Visible through an audible voice: a music therapy study with a female adolescent who had ceased talking. *Br J Music Ther* 2001; 15: 61–68.
- Wheeler BL: Music therapy as a profession. In: Wheeler B (ed.): *Music Therapy Handbook*. Guildford Press, New York 2015: 5–16.
- World Health Organization: *International Classification of Diseases, 11<sup>th</sup> Revision. The global standard for diagnostic health information*. 2020. Available from: <https://icd.who.int/en>.
- Żychlińska M, Florkowski A, Furmańska A: Wpływ efektów terapii zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem na wybrane aspekty funkcjonowania psychologicznego. *Pol Merk Lek* 2008; 25 Suppl 1: 20–22.