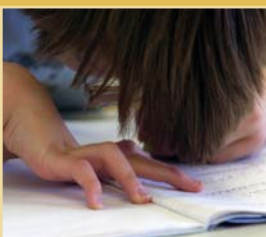


KUNCZ ESZTER

A szelektív mutizmus felismerése
A tünetegyüttes differenciál-
diagnosztikai feldolgozása két eset
tükrében



Készítette: KUNCZ ESZTER
ELTE Gyakorló Gyógypedagógiai és Logopédiai Szakszolgálat,
Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Országos Gyógypedagógiai
Szakmai Szolgáltató Intézmény

Lektor: NAGYNÉ DR. RÉZ ILONA

Felelős szerkesztő: HIDALMÁSI ANNA

Tervezőszerkesztő: DURMITS ILDIKÓ

Fotó: PINTÉR MÁRTA
Mozgásjavító Általános Iskola archívumából

Kiadja: Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért
Országos Közalapítvány

Felelős kiadó: Tóth Egon

A kiadvány megjelenését az Oktatási és Kulturális Minisztérium támogatta.

ISBN 978-963-87487-4-4

KUNCZ ESZTER

A SZELEKTÍV MUTIZMUS FELISMERÉSE
A TÜNETEGYÜTTES DIFFERENCIÁL-DIAGNOSZTIKAI
FELDOLGOZÁSA KÉT ESET TÜKRÉBEN

Budapest, 2007

TARTALOM

Bevezetés	7
A szelektív mutizmus meghatározása, tünetei, előfordulási gyakorisága	8
A szelektív mutizmus vizsgálata, differenciáldiagnózisa	10
1. Heteroanamnézis	11
2. Megfigyelés	12
3. Kognitív felmérés és teljesítményvizsgálatok	12
4. Orvosi vizsgálat	14
Terápiás lehetőségek	16
Esetismertetések	17
1. esettanulmány	18
2. esettanulmány	23
Irodalom	25

BEVEZETÉS

A beszéd: általános humán kommunikációs eszköz; beszédet kezdeményezünk, megtudakoljuk ismerősünktől, rokonunktól, a hozzánk vizsgálatra érkező páciensztől, hogy hogy van, nem fáradt-e, hogy utazott, inna-e egy pohár vizet stb. Kapjuk is hamar a – hol kimerítő, hol gyors, rövid – választ kérdéseinkre. A beszédet lehetővé tevő idegrendszeri, anatómiai, funkcionális feltételek nem gondolkodtatnak el bennünket mindaddig, amíg partnerünkkel zavartalanul zajlik a verbális kommunikáció, kialakul egyfajta dialógus, kapcsolatba kerülünk egymással, és ez a kapcsolat az aktuális és a jövőbeli viselkedésünknek az alapját képezi. Partnerünk kívánságai teljesülnek, elmondja viszontagságos vagy kellemes utazását, a vizsgálatra váró gyermek szorongása is enyhül, ha a vizsgálatvezetővel előzetesen megbeszélük a rá váró néhány óra eseményeit.

A szakértői bizottságok esetforgalmában a legtöbbször hamar kialakítható valamilyen beszédkontaktus a vizsgálatra jelentkezett gyermekkel. Verbális kapcsolat az is, ha a gyermek elutasítóan lép fel, és ezt szavakba, mondatokba öntve teszi.

Ritkán, az esetek 1-2 százalékában azonban hiába próbálkozunk szóbeli kontaktus megteremtésével: a gyermek nem reagál a hozzá intézett közlésre, visszahúzódo, félénk, közömbös, esetleg ellenkező, de mindezt viselkedésével jelzi, nem pedig verbális közlés útján.

A gyermek később sem szólal meg. Talán még együttműködésre sem hajlandó – bár türelmes kivárás után, észlelve a szituáció „veszélytelenségét” – nonverbális foglalkozásba talán belemegy, de megszólalására továbbra is várni kell. Az exploráció során azonban a szülő tudomásunkra hozza, hogy a gyermek csak bizonyos, számára idegen helyeken és helyzetekben nem beszél, otthon verbális viselkedése semmiben sem különbözik más gyermekétől.

A fenti jelenség a *szelektív mutizmus* nevet viseli. Korábban, kb. az 1990-es évekig elektív mutizmusként volt ismert. Bár a kórkép előfordulási aránya ritka, az érdeklődés megnőtt az utóbbi időben irányában. Foglalkoznunk azért is szükséges a kórképpel, mert differenciál-diagnosztikai szempontból lényeges a tünetek egyértelmű megállapítása és elhatárolása a leginkább hasonló megjelenési formát mutató autizmustól, expresszív beszédzavartól, valamint az értelmi fogyatékoságtól.

A szelektív mutizmus – tapasztalatunk szerint – sok esetben nem tisztán fordul elő. A későbbiekben látni fogjuk, hogy a szakirodalmi tünetleírásban a szerzők eltérő súllyal említenek bizonyos pszichés, viselkedésbeli vagy familiáris sajátosságokat, betegségcsoportokat, amelyekbe a szelektív mutizmus besorolható, illetve bizonytalanság érezhető a szelektív mutizmus más zavarokkal való relációit illetően. Miután a szelektív mutizmust alapvetően valamilyen szorongás, gátlás tarja fenn, ezért lényeges a tüneteket létrehozó pszichés trauma vagy funkciózavar feltárása. Pontosan meg kell keresnünk azokat a kommunikációs, szociális és viselkedésbeli területeket, ahol a zavar tetten érhető, hogy egyértelmű, adekvát, a későbbi pszichoterápia vagy fejlesztés irányát meghatározó diagnózist állíthassunk fel a vizsgálatot követően.

A SZELEKTÍV MUTIZMUS MEGHATÁROZÁSA, TÜNETEI, ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA

A szelektív mutizmus olyan viselkedésben megnyilvánuló zavar, amely bizonyos társas, szociális helyzetekben a beszéd teljes hiányával jellemezhető, míg más szituációkban a folyamatos, kifejező beszéd teljesen ép, megtartott. A legtöbb esetben az iskolakezdést megelőző időszakban, 4-5 éves korban, (preschool period) kezdődik (Nathan J. Blum, 1998). Jellegzetes tüneteit már 1877-ben leírták (Wright és mtsai.,1985, cit. R. L. Bergman, 2002), de a zavar egészen 1980-ig nem szerepel a DSM-ben.

Az 1994-ben kiadott DSM-IV. öt kritériumot sorol fel a szelektív mutizmus diagnosztikus kategóriájára:

- A) *Bizonyos szociális helyzetekben a megszólalás következetes elutasítása (amelyekben a megszólalásra valamilyen elvárás van, pl. iskolában), miközben más szituációkban a gyermek beszél.*
- B) *A zavar kihat a nevelési vagy foglalkozási teljesítményre vagy a szociális kommunikációra.*
- C) *A zavar időtartama legalább egy hónap (nem korlátozódik az iskolakezdés első hónapjára).*
- D) *A megszólalás elmaradása nem tulajdonítható az adott szociális helyzetben szükséges beszélt nyelv ismerete hiányának vagy nem kellő ismeretének.*
- E) *A zavar nem magyarázható jobban kommunikációs zavarral (pl. dadogás), és nem kizárólag átfogó fejlődési zavar, szkizofrénia vagy egyéb pszichotikus zavar folyamán fordul elő.*

(Megjegyezzük, hogy a DSM-IV. iskolát említi a kritériumrendszerében, de az angolszász területen az óvodás életkorúak (5-6 évesek) az iskolás korcsoportba tartoznak részben az oktatási-nevelési intézmények elnevezési hasonlósága, részben a korábbi életkorban történő iskolakezdés miatt.)

A szelektív mutizmus numerikus BNO-kódja F94.0, meghatározása a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. változata szerint:

„Markáns, emocionálisan meghatározott szelektivitás a beszédben; a gyermek nem beszél. A zavar rendszerint társul jelentős személyiségvonásokkal, mint szociális szorongás, visszahúzódás, (túl)érzékenység és ellenkezés.”

Az első jelzéseket általában nem a szülők veszik észre, mivel otthon nincs változás a gyermek korábbi életében, szociális kapcsolataiban, a problémát az új környezet tagjai, az óvodapedagógusok észlelik először, mint extrém félnélséget.

A téma jeles amerikai szakértője, Elisa B. Shipon-Blum, aki közel 500 szelektív mutizmussal küzdő gyermeket vizsgált három éven belül, és más szerzők egyöntetűen a gyermekkorú szorongásos zavarok közé sorolják a szelektív mutizmust (Elisa B. Shipon-Blum, cit. Jacqui Goetz, 2001).

A kórkép tüneteinek leírásában a szerzők *visszahúzódo, depresszív viselkedést, extrém félelkséget, szeparációs félelmet, csökkent önértékelést* emlitenek. Kiemelik, hogy a szelektív mutizmus szorongás következtében jön létre, nem autizmus, nem értelmi fogyatékoság, nem makacsság, dacosság vagy valamilyen manipuláció eredménye. Ezek a gyerekek a „komfort zónában” otthon problémamentesek, senki sem gondolná, hogy bármi nehézség lenne velük, míg az iskolában szinte halálra rémültnék látszanak („looks scared to death”). Néhányan közülük mutathatnak dacos viselkedést, de ez válasz arra a frusztrációra, amit a megszólalási képtelenség okoz bennük (Stacey Burling, 2002).

Shipon-Bloom szerint a szelektív mutizmus a félelkség patológiás formája. Bizonyos szociális helyzetekben a szelektív mutista gyermekek szoborszerűen merevek, arcuk „fagyott”, kifejezéstelen. Nem kérnek, választanak, és nem utasítanak vissza. A félelem annyira bénítóan hat rájuk, hogy fizikailag képtelenek megszólalni. Valóság-gal a „torkukra fagy a szó”. A szerző talált bizonyos jellegzetes társuló tüneteket. A szociális szorongás mellett, annak részeként többször találkozott azzal a problémával, hogy ezek a gyermekek étkezésben igen válogatósak, nem esznek idegenek jelenlétében, és képtelenek idegen helyen üríteni. Otthon ugyanakkor erőszakosak, parancsolgatók lehetnek (cit. Stacey Burling, 2002).

Shipon-Blumot idézi Jacqui Goetz is (2001), amikor a szerző hasonlóságot említ a szelektív mutizmus és a kényszeres zavarok között, hiszen a kényszeres beteg állandó rituálékhoz folyamodik a szorongás elkerülése, megelőzése érdekében. Ehhez igencsak hasonlóan a szelektív mutista gyermek csendben marad, hogy kontroll alatt tartsa szorongását. A gyerekek szeretik a rendet és az állandóságot életükben. Ha a szokásos rutinjuk megváltozik, új helyzetekben sokszor nagyon rugalmatlanul viselkednek: teljesen magukba fordulnak és nem beszélnek.

Más szerzők (Kagan és mtsai 1987, cit. R. L. Bergman, 2002) megállapításában a beszéd megtagadása az egyik legérzékenyebb indikátora a viselkedéses gátlásnak, aminek megléte növeli a későbbi szorongásos zavarok kockázatát.

R. L. Bergman összefüggést talált az opponáló viselkedés és a családban előforduló neurotikus megbetegedések, trauma és a szelektív mutizmus megjelenése között. Mindazonáltal az aktuális koncepció a *szociális fóbia* fejlődési megnyilvánulását látja a szelektív mutizmusban.

A „Szorongásos Zavarok Amerikai Társasága” (Anxiety Disorders Association of America 1999) megfontolásra ajánlja, hogy a szelektív mutizmus újbóli osztályozásakor tekintsék azt a szociális fóbia egy altípusának. Az újragondolás alapját az képezi, hogy szelektív mutista gyermekek legalább 97%-ánál megtalálhatók a DSM-III-R szociális fóbiára, illetve az elkerülő viselkedésre („avoidant disorder”) vonatkozó kritériumai. Az is megerősíteni látszik a feltételezést, hogy a szociális fóbiával küzdő gyermekekhez hasonlóan – és eltérően más emocionális zavaroktól – a szelektív mutizmus is lányoknál mutat nagyobb gyakoriságot. Végül család-körtörténeti adatok bizonyítják, hogy a szelektív mutista gyermekek szülei 70%-ának előéletében szerepel szociális fóbia, illetve a kritikus helyzetek elkerülésre való törekvés. A szociális fóbia és a szelektív mutizmus közötti hasonlóságok ellenére hangsúlyt

kap bizonyos deszinkronitás a két tünetcsoport életkori megjelenését illetően. A szociális fóbia megjelenése 10 év körül várható, míg a szelektív mutizmus *5 éves kor előtt* jelentkezik. (Ez a tény viszont támogatja a szelektív mutizmus mint a szociális fóbia fejlődési altípusa koncepciót.)

Shipon-Blum (2001) megállapítja, hogy a legtöbb érintett gyermeknél erős az örökletes predispozíció a szorongásos zavarok és a depresszió későbbi kialakulására, ami összecseng azzal a megállapítással, miszerint egykori szelektív mutista gyerekek ennek megszűntével felnőttkorban szociális szorongásos tüneteket mutatnak, ez nehezítette társas kapcsolataik formálását, ahogy ezekről retrospektíve beszámoltak (Steinhausen és Juzi, cit. R. L. Bergman, 2002).

Bár a szelektív mutizmust – mint már említettük – ritka előfordulású zavarnak tartják, ezek a megállapítások kevés tapasztalat alapján születtek. A zavar elterjedtségére vonatkozóan 1997 előtt mindössze két, közösségekben elvégzett, vizsgálatokon alapuló tanulmányt publikáltak. Az elsőt 1975-ben az Egyesült Királyságban (Brown és Lloyd), akik felmérést készítettek nyolc héttel a tanévkezdés után 6072 4-5 éves korú gyermekek tanítói (óvodapedagógusai) között. A pedagógusok 42 gyermek esetében (0,69%) számoltak be iskolai (óvodai) teljes némaságról. Mindazonáltal nyolc hónap eltelte után már csak 5 gyermek (0,08%) maradt szótlan. (A szerző megemlíti, hogy a felmérés eredményessége kétséges, mivel a szelektív mutizmusra alkalmazott kritérium /teljes némaság az iskolában/ nem felel meg sem a régebbi, sem a mostani egyik diagnosztikus standardnak sem; cit. R. R. Bergman 2002.)

A szelektív mutizmussal foglalkozó weblapon (www.selektivmutism.org) talált másik közlés szerint a szelektív mutizmus az iskoláskorú gyermekpopuláció kevesebb, mint 1%-át érinti. Lehetségesnek tartja azt is, hogy statisztikailag ezen korosztály mindössze 0,1%-a érintett, miközben sok más gyermek tünete pontosan megfelelnek a szelektív mutizmus kritériumainak, de ennek ellenére zavarukat tévesen diagnosztizálták, vagy egyáltalán nem került sor diagnózis felállítására. A közlés állítása szerint a szelektív mutizmus jóval gyakrabban fordul elő, mint ahogy azt a statisztikai adatok indikálják.

Egyébként a kutatók többsége valamivel kevesebb, mint 1%-os előfordulási arányt valószínűsít.

A SZELEKTÍV MUTIZMUS VIZSGÁLATA, DIFFERENCIÁLDIAGNÓZISA

A szelektív mutizmus gyanújával vizsgálatra kerülő gyermekek felmérése többtényezős folyamat. Tisztán kell látni a gyermek anamnézisének, múltbéli és jelenkori viselkedésének jellemző jegyeit, megismerő funkcióit, értelmi képességét. Az előbbi ismereteket leginkább a szülőktől és a gyermekkel szintén sokat foglalkozó pedagógusoktól szerezhetjük meg, az utóbbiakról pedig a rendelkezésünkre álló tesztké-

szletből a gyermek személyiségének, kontaktuskészségének megfelelően kiválasztott nonverbális próbák segítségével kaphatunk adatokat. A tesztfelvételhez nagy szükség van a vizsgálatvezető kreativitására, mivel a láthatóan gátlással, szorongással küzdő gyermek vizsgálati helyzetbe hozása, érdeklődésük felkeltése különböző motivációs technikák bevetése által, a ráhatás aktuálisan kívánt mértékének megtalálása komoly figyelmet, fáradságot igényel a vizsgálatvezető részéről. Addig is, amíg a vizsgálati szituáció megteremtésén fáradozunk, alaposan *megfigyeljük* a gyermek viselkedését az együtt érkező családtagokkal, a vizsgálatvezetővel, az őt körülvevő tárgyi környezettel szemben. A megfigyelés, obszerváció, az anamnézissel, valamint a kognitív funkciók és teljesítmény vizsgálatával egységben, azonos relevanciával képezi a szelektív mutizmus gyanújával érkező gyermek vizsgálati struktúráját. Az a tapasztalatunk, hogy bár a tünetek korán megjelennek, vizsgálatra nem azonnal kerül sor, hanem csak később, de mindenképpen a beiskolázás előtt.

1. HETEROANAMNÉZIS

A heteroanamnézis valamennyi gyermekvizsgálat alapja, a kommunikációba nehezen bevonható gyermekeknél azonban még fokozottabban támaszkodunk a szülők által elmondott fejlődési adatokra.

A beszélgetés kezdődhet a fejlődés menet kronológiájának megfelelően a terhességgel, de gyakori, hogy maga a szülő indul el attól a fejlődési ponttól, amikor változást, valami rendellenességet, szokatlant észlelt a mindaddig zökkenőmentes növekedési folyamatban. Részletesen ki kell térnünk a gyermek szocializációjának, kommunikációjának fejlődésére:

- a kapcsolatteremtés könnyedén vagy nehézségekkel telten zajlott-e (a gyermek csecsemőkorban elfogadta-e a testi közelséget, ölbé vételt, kétirányú, kölcsönös volt-e a metakommunikáció, a szociális viselkedés, kezdeményezett-e szemkontaktust, hintáztatást stb., utánzott-e viselkedés-elemeket, próbálta-e magára irányítani mások érdeklődését);
- beszédfejlődés kezdete: beszédértés, gagyogás, az első önálló szavak megjelenése, mondatértékű szóösszetételek, mondatok, a beszéd érthetőségének alakulása;
- szoba- és ágytisztaság kialakulása: voltak-e (vannak-e) nehézségek, különleges szokásokhoz való ragaszkodás, esetleg rítusok a szoktatás folyamán.

Az adaptív viselkedésről, szociális fejlődésről információt szerezhetünk a Vineland Szociális Érettségi Skála segítségével, amelynek kérdései jól beépíthetők az anamnézisz felvétel folyamatába, és az egyes szociális készségek fejlettségének szintjei jól összehasonlíthatók egymással.

A felsorolt klinikai jellemzők, fejlődési lépések tisztázása első lépés a differenciáldiagnózishoz. Ahogy az előzőekből látható, a szelektív mutizmus megjelenési formája sok hasonlóságot mutathat az autizmussal, egyes, az expresszivitást érintő beszédzavarokkal és az értelmi fogyatékoság némely tüneteivel (Cord–Rutter, 1994).

2. MEGFIGYELÉS

A megfigyelés célja a gyermek új környezetben való viselkedésének személyes megfigyelése. A helyzet kezdetben nem kell, hogy irányított, strukturált legyen, nem támasztunk elvárásokat a gyermekkel szemben, de mindenképpen olyan szituációt, körülményeket teremtünk, ami felkelti a spontán érdeklődését, és egyben biztonságot nyújt számára. Az újszerűségben ekkor az állandóságot a szülő jelenléte biztosítja. Később kísérletet teszünk együttműködés kialakítására a gyermek érdeklődési körének megfelelően, amelyről a szülőktől már tájékozódunk az anamnéziszfelvétel során. A kapcsolatteremtés, ha verbális is, a vizsgálatvezető a gyermektől kezdetben semmiképp se várjon el beszédmegnyilatkozásokat, csupán általános együttműködésre törekedjék. A későbbiekben meg kell próbálkoznunk egyszerű párbeszéd kialakításával.

Megfigyeljük a következőket:

- spontán tevékenységet, játékot kezd-e; egyedül vagy a szülő, vagy más családtag bevonásával;
- kontaktuskészség: a vizsgálatvezető beavatkozására, kezdeményezésére elutasítóan, közömbösen vagy elfogadóan reagál-e;
- a verbálisan történő megszólításra adott reakciója (a szelektív mutizmussal küzdő gyermekek szinte nyílt provokációnak veszik a megszólítotttságot, a verbális teljesítmény elvárása fokozottan kiváltja a szorongást, várható, hogy teljesen önmagukba zárkoznak, „csigaházukba” vonulnak vissza);
- tart-e fenn kapcsolatot a szülővel (megfigyeltük, hogy a szelektív mutista gyerek a szülővel „suttog”, azt elfogadja, ha a szülő tolmácsol a vizsgálatvezető és ő között).

3. KOGNITÍV FELMÉRÉS ÉS TELJESÍTMÉNYVIZSGÁLATOK

Valószínű, hogy a vizsgálat utolsó egységeként kerülhet sor a konkrét vizsgálatok elvégzésére. Ekkorra már talán sikerül valamelyest kontaktust kialakítanunk a gyermekkel, aki meggyőződhetett arról, hogy biztonságban van, én-integritását nem fenyegeti veszély, tiszteletben tartjuk szorongását, és nem várunk el tőle semmi olyat, ami félelmét fokozná. Tapasztalatunk szerint egy-másfél óra elteltével, pozitív élmények birtokában a gyermek vizsgálati helyzetbe hozható.

A szelektív mutizmussal küzdő gyermekek általános értelmességét értelemszerűen csak olyan teszttel vizsgálhatjuk, amely nem támaszkodik az ismeretek verbális úton történő közvetítésére. Az intelligenciát jól mérő és a fenti kritériumnak megfelelő próba a Raven-mátrixok (általában a színes változat jön szóba az életkori tényező alapján), a Snijders–Oomen nonverbális teszt és a Hiskey tanulási alkalmasságot vizsgáló próba. Szóba jöhet még a MAWGYI-R teszt performációs próbasora, de miután a verbális szubteszttel próbálkozni sem érdemes, csak performációs kvócienszt kaphatunk teljes IQ-érték helyett.

A grafomotoros próbák elvégzése – ha már együttműködésre megnyertük a gyermeket – nem ütközik különösebb nehézségbe. Az emberrajz (Goodenough), a vizuomotoros koordinációt néző (Bender) próbák a komplex vizsgálat részeként, az esetleges részfunkciózavarok alátámasztása vagy kizárása céljából kerülnek be a vizsgálati protokollba.

A nyelvi állapot, beszédképesség felmérése kritikus pontja a vizsgálatnak. Úgy kell vizsgálnunk, hogy a gyermek ne vegye észre, hogy aktuálisan a verbális készség szintjéről kívánunk információt szerezni. Van esélyünk beszédkapcsolat kialakítására, amennyiben a gyermek a vizsgálat korábbi részében pszichés megterhelést nem élt át, és a próbasorok feladataiban motiváltságot mutatott. (A vizsgálat eredményességében érdekelt szülők sokszor megkönnyítik a vizsgálatvezető munkáját azzal, hogy az otthon jól bevált eszközt, „módszert” magukkal hozzák a vizsgálatra, és segítenek gyermekük együttműködési feltételeinek kialakításában, ahogy erre lesz példa a második eset ismertetésében.)

A beszédvizsgálat már a nonverbális próbák alatt, közben megkezdődhet. Ha a gyermek belefeledkezik a feladat megoldásába, észre sem veszi, hogy spontán megszólal, értékeli a feladatot, esetleg kérdez tőlünk valamit, amit ügyesen tovább szöhetünk. Jó esetben észrevétlenül folytatódik a beszédvizsgálat a verbalitást nélkülöző próbákat követően.

A beszédvizsgálatnak tartalmaznia kell a beszéd alaki és tartalmi vonatkozásainak feltárását: az artikulációt, a beszédértést mind a szavak, mind a mondatok tekintetében, illetve a kifejező beszéd összetettségét, színvonalát.

A beszédvizsgálat „tárgyához”, vagyis hogy várhatóan mi ébreszti fel a gyermek érdeklődését olyan mértékben, hogy készzetést érezzen verbális megnyilatkozásra, beavatkozásra, a szülőktől kaphatunk útmutatást. Segít, ha érzelmileg involválttá tudjuk tenni a gyermeket; ha olyan szituációt tudunk teremteni a számára, ahol korábban említett érdekei nem sérülnek, bizonyíthatja – velünk szemben – jó képességeit, tudását. Ehhez esetenként vállalunk kell egyfajta szubmisszív szerepet, hogy úgy érezhesse, joga van, sőt szükséges, hogy a helyzetkontrollt kvázi átvegye, a vizsgálatvezető ismereteit kiigazítsa, tájékoztatlanságában megsegítse, és átélhesse saját sikerességét. (Közös rajzolás, a vizsgálatvezető „téved”, a gyermek javít, a gyermek által ismert evidenciák „megkérdőjelezése”, tájékoztatlanság kifejezése egyes témakörökben – pl. futballban stb.)

Nem kizárt, hogy minden próbálkozásunk ellenére kudarcot vallunk a gyermek szóra bírását illetően, ekkor a megfigyelésre kell hagyatkoznunk: detektív tükörrel ellátott helyiség jó lehetőséget nyújt arra, hogy a vizsgálatvezető a tükör mögül figyelje meg a gyermek és az őt elkísérő családtagok kommunikációját. Egyszerűbb vizsgálati körülmények között úgy kell elvegyülnünk a családtagok között, hogy szinte észrevétlenek maradhassunk, így látszólag más tevékenységet végezve szerezhetünk információt a gyermek beszédállapotáról (polcok, iratok rendezése, írásbeli munka végzése stb.).

A diagnosztikus munka megkönnyítéséhez az alábbi részletes táblázatban mutatjuk be az egymástól nehezen elkülöníthető (sokszor egymást némileg átfedő) fejlődési zavarok főbb tüneteit.

	Szelektív mutizmus	Autizmus	Expresszív beszédzavar	Értelmi fogyatékoság
Szociális viselkedés	Bizonyos helyzetekben szociális szorongás, visszahúzó viselkedés, extrém félénkség, míg másutt zavartalan, normál kapcsolattartás	Szociális interakció, kapcsolatteremtés nehézsége csecsemőkortól; viselkedés-utánzás hiánya; más gyermekek iránti érdeklődés hiánya, szegényes mimika, szemkontaktus furcsasága, korlátozott repetitív érdeklődés és viselkedés	Adekvát viselkedés, esetleg fokozottabb agresszív megnyilvánulások, vagy introverzió a korlátozott beszédképesség következtében	Általános vagy élénk szociális érdeklődés, társas kapcsolat
Kognitív viselkedés	Jó értelmi képességek	Összességében kissé gyengébb értelmi képességek; a verbális absztraháló és fogalomalkotási készség a leggyengébb	Jó értelmi képességek	Kognitív deficit, gyenge értelmi képességek
Verbális viselkedés	Általában a családban ép beszéd, normális verbális interakció, más helyzetekben a megszólalás hiánya (pl. óvoda, iskola)	Szegényes szókinccs, kifejezőkészség, esetleg diszgrammatizmus, repetitív, monologizáló beszéd, késleltetett echolália, sztereotíp beszéd	Ép beszédértés, gesztusok, meta-kommunikáció preferenciája; súlyos, általában inkonzekvens diszlália, paralália, alália, diszgrammatizmus, szegényes szókinccs	
A felismerés általános ideje	Óvodáskor: 3-5 év (szituációfüggő)	36 hónapos kor előtt	2-4 év, szituációtól független	A súlyosság mértékétől függően csecsemőkortól iskoláskorig

4. ORVOSI VIZSGÁLAT

Az orvosi vizsgálat célja a gyermek neuropszichológiai fejlettségének megállapítása, a távolabbra mutató esetleges problémák feltárása, az anamnéziszben előforduló orvosi beavatkozást igénylő problémák elemzése, a családban előforduló fejlődési zavarok és/vagy betegségek számbavétele, következtetések levonása a gyermek

állapotára vonatkozóan, szükség esetén más szakorvosi vizsgálatra küldés. A differenciáldiagnózis felállításában az orvos szerepe nélkülözhetetlen.

Körvonalazódní látszik, hogy a szelektív mutizmus a deficitek jellegzetes egysége alapján diagnosztizálható, és a diagnosztizálás folyamatában gondosan mérlegelnünk kell, hogy mely tünetek, viselkedési elemek tulajdoníthatók más okoknak, például expresszív beszédzavarnak, szenzomotoros beszédzavarnak, autizmusnak, értelmi fogyatékoságnak, esetleg hallászavarnak, vagy szociális elhanyagoltságnak.

Összességében a szelektív mutizmussal küzdő gyermek diagnózisához az alábbi területek pontos ismerete szükséges:

- a gyermek értelmi szintje
- a beszédfejlődés ismerete, sajátosságai, a megszólalás megtagadásának kezdete és körülményei
- a gyermek viselkedése (a verbális viselkedés kivételével) megfelelő mentális korának a környezet elvárásainak saját szükségletei kielégítésének
- egyéb problémák szinterei:
 - beszédeítés
 - kifejező beszéd
 - játék
 - kapcsolatteremtés, szociális készségek
 - egyéb viselkedés (sajátos szokások, rítusok)
- szomatikus betegségek
- pszichés betegségek

Nem mondhatjuk ki a szelektív mutizmus diagnózisát, ha az értelmi állapot jóval elmarad az életkori szinttől, értelmi akadályozottságot mutat. Enyhe fokú elmaradás esetén nem kizárt szelektív mutizmus előfordulása, de mérlegelést igényel a szelektív mutizmus mint fejlődési zavar és a mentális állapot egymáshoz való viszonya. Lehetséges párhuzamos előfordulásuk kölcsönös meghatározottság, következményesség nélkül.

Az autizmustól való elkülönítés a viselkedésbeli hasonlóságok miatt problematikus, miután az autisztikus gyermekek is lehetnek visszahúzódoók, nehezen reagálóak, azonban repetitív viselkedést, sztereotíp reakciókat a szelektív mutista gyermekek nem mutatnak. Az autisták viszont általában nem küzdenek beszédgátlással, ha életkoruknál alacsonyabb szinten is, de verbálisan kommunikálnak, beszédük is gyakran perszeveratív, beszűkült (Cord–Rutter, 1994).

Az expresszív beszédzavar és a szelektív mutizmus egymáshoz való lehetséges, bár nem bizonyított viszonya már a szakirodalomban is említést kap (R. L. Bergman 2002). Nem zárható ki, hogy a megkésett beszédfejlődésű, vagy a kifejező beszéd zavarával küzdő gyermekeknek komoly beszédgátlást okozhat a környezet részéről tapasztalt minduntalan meg nem értés, amely a társas helyzetekben való megnyilvánulás elkerülésére készíti őt, ami megszilárdulva szociális fóbiává fejlődhet.

(A *beszéd* megtagadása mögött állhat a *beszéd* funkció zavara.) A beszédállapot feltárása tehát abból a szempontból is releváns részét alkotja a vizsgálati folyamatnak, hogy a szorongás háttérét képező egyik lehetséges okot megtaláljuk. Az expresszív beszédzavar és a szelektív mutizmus elkülönítésében a beszédfejlődés folyamatának ismerete és a beszédvizsgálat eredménye játszik lényeges szerepet. (Fontos tudnunk, hogy a súlyos beszédzavarral küzdők is hamarabb megszólalásra bírhatók, mint a szelektív mutisták.)

Arról nincs adatunk, hogy a szelektív mutizmus esetei közül milyen arányban fordul elő kifejező beszéd zavara háttérén kialakult szelektív mutizmus, valószínű, hogy igen kis százalékban, de nem tekinthetünk el attól hogy meg ne említsük, különösen azért, mert az első esettanulmány ilyen problémával foglalkozik.

A pszichiátriai kórképektől és a pervazív fejlődési zavaroktól való elkülönítés orvosi feladat.

TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK

A szelektív mutizmus kezelésében az orvostudomány és a pszichológia alapvetően szemléletbeli különbözőségekből fakadóan más terápiás lehetőségeket részesít előnyben. A pszichológiai megközelítésben a viselkedés-, a család- és a pszichodinamikus terápiák mutatkoznak a leginkább használatos, eredményt hozó eljárásoknak (N. J. Blum, 1998), míg az orvosi beavatkozás előtérbe helyezi a gyógyszeres kezelést, amellyel a szorongásos tünetek enyhítését célozza meg. A gyógyszer alkalmazása párhuzamosan is folyhat a viselkedésterápiával, felerősítve annak viselkedésmódosító, deszenzitizáló, pozitív megerősítésre törekvő technikáit és a gyermek önbizalmának, önértékelésének felépítését.

A pszichoterápia hosszú folyamatában szoros együttműködésre van szükség a terapeuta (terapeuták) és a szülők, családtagok között, akik mediátor szerepet tölthetnek be az új, a gyermek számára szorongást kiváltó szituációban. Ha a szülők több időt eltöltenek a gyermekkel az iskolában (óvodában), beszélgetnek vele az idegen helyszínen, akkor a gyermek megszokja saját hangját, beszédét az új körülmények között, és megkezdődhet a deszenzitizációs folyamat.

Érdekes, figyelemre méltó terápiás eljárást alkalmazott N. J. Blum olyan szelektív mutista gyermekeknél, akiknél az addig alkalmazott viselkedésterápia (a megszólalás pozitív megerősítése) nem hozott eredményt.

Az „audio-feedforward intervention” (hallási előrecsatolás) módszer – amely egy korábbi terápiás kísérlet, a „video self-modelling” eljárás adaptálása videóról audioteknikára – azon alapul, hogy a gyermek ismerős személlyel folytatott és rögzített dialógus általa mondott válaszait a célszemély (idegen környezet tagja, pl. óvónő, tanító stb.) kérdéseivel – amit eredetileg a családtag tett fel – vágják össze. Így a gyermek megismerheti, milyen lenne, ha a célszeméllyel beszélgetne. A gyermeket

nem éri váratlanul a „manipulált” magnókazetta meghallgatása, előzetesen tájékoztatást kap a lejátszás céljáról.

A módszer több esetben eredményesnek bizonyult, míg másoknál nem volt alkalmazható. (A gyermek nem működött együtt a magnófelvétel elkészítésében, vagy nem válaszolt a kérdésekre. Részletesen lásd N. J. Blum, 1998.)

Nem esett még szó a terápiás lehetőségek gyógypedagógiai, ezen belül logopédiai aspektusáról, holott a logopédus az a szakember, aki az óvodáskorban jelentkező beszédet érintő zavarokkal – az óvónő jelzésére – foglalkozik. Az óvodai, iskolai logopédusnak nélkülözhetetlen szerepe van a diagnosztikus munkában, de nem zárható ki, hogy a terápiás folyamatban is aktív tagja lesz a gyermekkel foglalkozó teamnek, ha a gyermek beszédállapota ezt indokolja (lásd első esetismertetés).

A KEZELÉS NÉHÁNY ALAPELVE

- Valamennyi terápiás eljárás fokozatosságot, nagyfokú türelmet, óvatosságot, tapintatot kíván meg a gyermekkel kapcsolatban álló ismerős és idegen személyektől.
- A beszéd erőltetése nem segít.
- Igen fontos a gyakori szülői elismerés, dicséret a gyermek mindennapjaiban, kiemelkedő képességeinek kamatoztatásában (pl. zene, vizuális kultúra, sport stb.).
- *Apró* változásokra *apró* jutalmak, pozitív reagálások (A szerző egy kisfiú esetét hozza példának arra, hogy amikor a gyermek több hónapos hallgatás után először megszólalt az osztályban, a tanár hangos, örömteli felkiáltás mellett átölelte őt. A fiú további egy évig nem beszélt /Stacey Burling, 2002/.)
- Fontos a szorongás oldása, de nem biztos, hogy ez lesz a kulcsa a megszólalásnak. A mutizmus rögzült stratégia lehet a szorongással való megküzdésben, ami még megerősítést is kaphat a gyermek helyett beszélő családtagtól. (Egykori szelektív mutista fiataloktól tudható, hogy félték attól a figyelemtől, ami a környezet részéről megszólalásukkor rájuk irányult.)
- Célszerű, hogy a szülők keressenek olyan alkalmakat, amikor a gyermek az intézményen kívül tud együtt lenni társaival. Ilyenkor mód nyílik gyakorló beszélgetésre a gyerekek között a szülő vezetésével, közvetítésével.
- Szükséges, hogy az iskola figyelembe vegye a gyermek sajátos nevelési igényét, és ennek megfelelően pozitív diszkriminációs lehetőségeket biztosítson számára (pl. mentesüljön a szóbeli számonkérés alól, otthon magnókazettára rögzíthesse szóbeli feleletét stb.).

ÉSETISMERTETÉSEK

Az alábbi ismertetésben szereplő két gyermek ugyanazon tanévben került hozzánk első vizsgálatra. Koruk közel azonos, a tünetek szintén sok hasonlóságot mutatnak,

de a komplex vizsgálat eredményeképpen a tünetek hátterében eltérő viselkedést meghatározó mechanizmusokat tártunk fel, így a terápiás megközelítés, a beiskolázás ideje és módja is más és más megoldási módokat követelt.

1. ESETTANULMÁNY

S. P. 1995. október 6-án született kislány, orvos (fül-orr-gégész – gyermekgyógyász) szülők második gyermeke. Jó körülmények között él, szerető, elfogadó, támogató család veszi körül.

A gyermek vizsgálatára az egyik megyei TKVSZRB kérésére került sor a kislány általános képességeinek és beszédállapotának felmérése, beiskolázási javaslattétel céljából.

Anamnéziséből: 41. hétre született 3480 g súllyal, Apgar: 9/10. Második gyermek, nővére két évvel idősebb.

A pszichomotoros fejlődése kissé megkésett: jár: 18 hó, gagyogás, beszédre figyelés: 6-8 hó, szavak: 4 évesen. Addig hangkapcsolatok, amelyekből egyesek kiváltak – csak a szülők tudták „megfejtetni”.

Enyhe strabizmusa miatt +1,5 dioptriás szemüveget visel.

A közösségi életet normál óvodában kezdte, de mivel nem beszélt, a K-i Óvoda, Általános iskola és Diákotthon logopédiai csoportjába került, ahol kiscsoportban beszédfejlesztésben részesült. Az orvos szülők ezen kívül egyéni logopédiai foglalkozást is biztosítottak kislányuk számára heti két alkalommal. Ezek eredményeképpen P. beszélt otthon, valamennyire beszélt az egyéni fejlesztéseken, de passzív volt az óvodában, kiscsoportban és minden idegen helyen és szituációban.

Egyéb sajátos tünetek: Szobatisztasága nappalra 2 éves korára rendeződött azzal a sajátos szokással, hogy székeléshez konzekvensen pelenkát kért. Félt a WC-től, amit a szülők a gyermek 5 éves korában deszenzitizáltak.

Félelmek: kutyától, macskától, ugyancsak félelmet váltott ki belőle a vállfa, ruhában. Ez utóbbival nővére szándékosan provokálta. Az édesanya reggeli készülődésekor végzett cselekvéssort rituálisan, ceremónia jelleggel utánozta, ebben megakadályozni nem lehetett, a korlátozásra erős dühkitöréssel válaszolt.

AZ ELSŐ VIZSGÁLAT TAPASZTALATAI

Vizsgálatunkkor P. 6;1 éves, A vizsgálóhelyiségbe az édesanyával együtt jön be, az anya ottlétehez mindvégig erősen ragaszkodik. A hozzá intézett beszédre figyel, a kérdésekre bólogatással vagy fejrázással felel. A vizsgálati helyzetben együttműködik, így a S.O.N. teszt elvégezhető vele. Döntéseiben bizonytalan, folyamatos megerősítést, helybenhagyást vár. A feladatok váltogatásával, szünetek beiktatásával

érdeklődése, együttműködése fenntartható. Intellektusa az említett teszt alapján a normál övezetbe esik, nem sokkal marad el az átlagos értéktől: IQ: 89, IK: 5;10 év. (Szubtesztkorok: Mozaik: 4;3 év, Emlékezet: 5;6 év, Kombináció: 6;9 év, Analógia: 6;3 év, Knox: 21 stp.) Embert rajzol, nagyon halvány körvonalakkal. Az emberalak felismerhető, a Goodenough-próba szerint értékelhető forma, de a rajz disszociatív, hiányos, a főbb testrészek nem találkoznak, egynémely testrészek nem differenciáltak, hiányoznak. (RK: 3;3 év) Jobbnak mutatkozik a vizuomotoros koordinációt vizsgáló próbasorban nyújtott teljesítmény: az elért 14 pont 6 évesek gyenge teljesítményének felel meg. (5 évesek általános szintje.) A vonalkeresztelés, a „talpon álló” formák lemásolása, az egymás mellé helyezés nem okoz gondot, viszont a térben elfoglalt hely megváltozása, a sarokra állított formák, a különböző téri elhelyezkedésű egyenesekből álló összetettebb ábrák grafomotoros megvalósítása nem megy.

Beszédértése biztos, az elé kitett tárgyakat megnevezés után biztosan kiválasztja. A mondatokban adott felszólításokat, a finom megkülönböztetéseket a mondatok szintaxisát, a térbeli helyzeteket jelző nyelvtani szerkezeteket is jól érti.

Kifejező beszéd: A vizsgálat első egy órájában nem szólal meg, később egy-egy szó néma artikulálásával válaszol, majd újabb fél óra elteltével meg is szólal. Az apró játékokat megnevezi, de beszéde az igen erős inkonzekvens diszlália, alália miatt nagyon nehezen érthető. Sok hangja (mind a vokálisok, mind a konzonánsok) izolált ejtésben megvan, de hangsorba illesztve eltűnik, és csak néhányat használ (c, dz, cs, p, t, ty). Adott hang kiejtésének sikere függ annak a szóban előforduló helyétől. Egy szót többféleképpen is mond, tehát a szó hangalakja nem biztosan rögzült. Közvetlen utánmondásban javul a szó hangalakja. Képekről, egyszerű képtörténetről tőmondatokat mond, és meglepően, a mondatok nyelvtanilag jóval helyesebbnek tűnnek, mint a szavak fonológiai szekvenciája. (Megfigyelhető az egyes beszéd szintek összekapcsolódása az eltérő fejlettségi szint ellenére: funkciószóhoz kapcsol elfogadható ragot, lásd lejjebb.)

Az expresszív beszéd jellegzetességei

Szavak: (spontán megnevezés)

cecső→teknős

kajaaa→kanál

coka, coca→kocka

badja→labda

csocsá→kosár

táléj→tányér

Kifejezések, mondatok (spontán):

hacsecse akkó→ha nagy leszek, akkor

ededű cucoca→egyedül aludtam

Mondatalkotás analóg képekről:

Caci ágyba aszik.→(A) maci ágyban alszik.

Aci céce ül.→(A) maci széken (fotelban) ül.

Dejek ül tütübe.→(A) gyerek ül (az) autóban.
(szintek keveredése)

Az orvosi vizsgálat szerint: „Ismeretlen okú komplex fejlődési zavar enyhe törzsataxia, disztónia, mimikai beszédizmok renyhébbek, kissé kancsalít. Mozgásszerve-

zése, a beindított mozgások leállítására és átszervezése nehézséget jelent. (Gátlósejtek működészavara.) Térérzékelés zavart. Oppozíciója, és szelektív mutizmusa, illetve bizarrnak tűnő viselkedései, utánzások, ceremóniák nem autizmust jelentenek, hanem a fejlődési zavar következményeiként másodlagosak. Lateralitás bizonytalan, jobbos dominancia? Súlyos beszédzavara csak együtt kezelhető szenzomotoros zavarával.” (Dr. Sebestyén Szilvia)

Összességében komplex fejlődési zavart állapítottunk meg a gyermeknél. A szelektív mutizmus dominánsan jelentkezett, ami mögött – és magyarázatként – elsősorban a kifejező beszéd súlyos elmaradása tűnt fel, de jelen van a szenzomotoros integráció zavara a testséma kialakulatlanságával és a szerialitás gyengeségével.

Javaslatunkban további intenzív beszédfejlesztés, Ayres-féle szenzoros-integrációs terápia és beiskolázás alóli mentesség szerepelt. Pszichoterápia folytatására egy tapasztalt gyermekpszichiáter vállalkozott.

A KONTROLLVIZSGÁLAT TAPASZTALATAI

A második vizsgálat másfél év múlva követte az elsőt.

Eközben a család életében jelentős változás történt: 10 hónappal a kontrollvizsgálat előtt kisöccse született, akihez P. eléggé ambivalensen viszonyul. Szorgos segítőkészséggel igyekszik kompenzálni fel-feltörő féltékenységét, elutasítását, aminek jól érthetően, helyes grammatikával hangot is ad: „kár volt kitalálni a kisbabát!” (édesanya közlése).

Otthoni magatartása kiegyensúlyozottabbá vált, a szorongásos, autisztikusnak imponáló tünetek elmúltak, az anyát utánzó rituális cselekvéssorok megszűntek, csak a testvér születésekor erősödtek fel ismét néhány hónapig.

Egyéni és kiscsoportos logopédiai fejlesztése változatlan intenzitással folyik, ezenkívül úszni, korcsolyázni (görkorcsolyázni), síelni jár.

Társas magatartásában sok változás nem történt. Mind a szülők elmondása, mind az óvónő jellemzése szerint óriási a különbség P. magatartásában, viselkedésében, verbális megnyilvánulásaiban a környezettől függően.

Otthon, logopédusnál:

- magabiztos, felszabadult
- sokat beszél
- kezdeményez
- szerepjátékot játszik

Az óvodában:

- zárkózott, félénk
 - a metakommunikációt preferálja (de valamennyire beszél is)
 - nehezen vonható be a közös munkába
-

P. nagyot nőtt a másfél év alatt: magas, vékony kislány lett. A kontrollvizsgálaton könnyen leválik az édesanyjáról, egyedül jön be a vizsgálószobába. Beszédet nem

kezdeményez, de a kérdésekre válaszol. A vizsgálatban láthatóan pozitív emocionális beállítottsággal vesz részt, a korábbról eredő ismeretség nyilván segíti őt a gyors oldódásban, kapcsolatfelvételen.

Az ismerős közegben biztosan, kellő öntudattal viselkedik. Érzelmeinek is hangot ad, csodálkozását, elégedetlenségét is kifejezi.

Mentális státusa nem változott.

Feltűnő mértékben javult a rajzolása: szívesen, elfogadható ceruzafogással, lendülettel, kellő nyomatékkal készít lapot betöltő, színes rajzokat. Családrajzából kiténik a fokozott szülői támogatásra, szeretetre, gondoskodásra való igény csakúgy, mint a kisebb testvér elutasítása. (A családrajzon az öccsét nem szerepelteti.)

Emberábrázolásában még nem kapnak hangsúlyt az életkori ábrázolás jellemzői, de pontosakká válnak a testrészek kapcsolódási pontjai, a nemeket a ruhák (is) megkülönböztetik. A Bender-A próbasorában most már jó az ábráfelfogás és megfelelő a kivitelezés. (Goodenough: RQ: 90, RK: 6;9 év., Bender-A: 26 pont, 6 évesek átlagos szintje.)

Kifejező beszéd: Megfigyelhető, hogy spontán – időnként sztereotíp, de adekvát – mondatai jobban érthetőek, mint az utánmondásban, vagy az irányított beszéd más formáiban nyújtott beszédteljesítménye. Izoláltan a legtöbb hangot tisztán ejti. Beszéde arra a fajta expresszív beszédzavarra emlékeztet, amikor a meglévő szimbólumjelentés, izolált hangformálás mellett a bonyolultabb kinesztéziás mozgásterv létrehozása ütközik akadályba. Ezt az akadályt képezheti a szenzoros integráció és a szerialitás megállapított zavara, jöllehet a folyamatos terápia hatása vitathatatlanul megmutatkozik – elsősorban – a nagymozgások szerveződésében. Szókincse szegényes, de a kifejezéshez szükséges szót meg meri kérdezni (képről való mondatalkotásnál), ezzel szótalálási nehézségeit valamelyest kezelni tudja.

Az expresszív beszéd nyelvi szintjeinek állapota S. P.-nél

Fonetikai, fonológiai szint	Megfelelő
Lexikai szint	Szimbólumjelentés: megfelelő Utánmondás: változó Spontán megnevezés: rossz
Szintaktikai szint	Elfogadható (Egyszerűbb szintaktikai szerkezetek)
Szemantikai szint (Komplett szövegalkotás)	Beszédstereotípiákban, beszédpanelekben, ezért az adekváció a viszonylag szűk körben elérhető szókincs és szintaktikai eszköz következtében részleges

Az expresszív beszéd jellegzetességei a kontrollvizsgálatkor

Szavak:

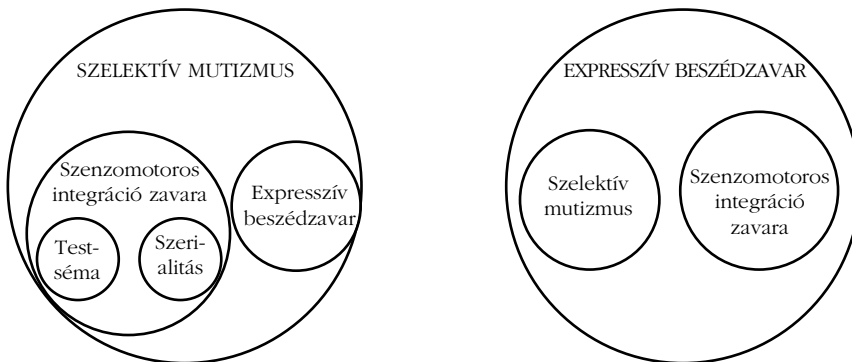
hajicska→talicska
csejop→spenót
kajika→kalitka
cesszú→kesztyű
pajap→kalap
vendéő→vendéglő
téda→tégla

Mondatok:

(Spontán, jó fonológiával, érthetően):
„Mért kell azér felhajtani?”
„Mit csinálsz, újból kell azt adni!”
„Ott van valaki a másik szobában.”
„Nem, én akarok!”
(Képekről):
„Csicsfiú szeszi ádon.”→A kisfiú fekszik az ágon.
Bótba van mérő.”→A boltban van mérleg.
„Madár áll a fán.”

Látható, hogy P. fejlődési zavara változatlanul igen komplex képet mutat, amelyben a különböző képességkomponensek (beszédgátlás, kifejező beszéd, szorongásos tünetek, a szenzoros integráció zavara) jelenlétének aránya megváltozott. Egyik-másik összetevő mértéke csökkent, (pl. a beszédgátlás oldódott, a szenzoros-integrációs folyamatok javultak), viszont az expresszív beszédzavar hangsúlyosabban jelentkezik. Mindamellett a részfunkciózavarok kölcsönös egymásra hatása nem vitatható.

A tüneti átrendeződést az alábbi két ábra szemlélteti:



JAVASLAT

A több támadáspontú terápia eredményesnek bizonyult a kislány általános fejlődésmentének alakulása szempontjából. Javasoltuk továbbra is a szenzoros-integrációs és beszédterápiát kiegészítve diszlexia prevencióval. Az általános iskolai tanulmányok megkezdését logopédiai, nyújtott tantervű 1. osztályban tartjuk célszerűnek.

A pszichoterápia mellett javasoltunk olyan kortárs csoport terápiát (pl. közös játék formában, szülői közreműködéssel) ahol társak között (kevés, mindössze 3-4 gyerekkel) szerezhet pozitív kommunikációs élményeket, ami azután az osztályközösségbe való beilleszkedést is segítené. A nagyobb létszámú közösség jelenleg még frusztrálóan hat rá, a gyenge beszédkézség, a nem-megértéstől való félelem szerepet játszhat P. szelektív mutizmusában.

2. ESETTANULMÁNY

F. K. 6;11, 1995. március 20-án született kisfiú. Három testvére van, ő a harmadik gyermek. Szülei közép fokú végzettséggel rendelkeznek, az apa vállalati alkalmazott, az anya főállású anya. A vizsgálatot a kisfiú kontaktusteremtési nehézsége, beszéd-gátlása miatt, általános képességeinek felmérése, beiskolázási és terápiás javaslat tétel céljából végeztük el.

Anamnéziséből kiemeljük, hogy, a terhesség 20. hetében kinyílt a méhszáj, az anya – férje balesete miatt – nem tudott fokozott pihenést biztosítani a maga számára. Mater 7 hónapos terhesen koccanásos baleset részese volt, de testi sérülés nem következett be. A szülés időre történt, a gyermek 3270 g súllyal született. Zavartalan adaptáció eredményeképpen a 4. napon elhagyhatták a kórházat. A csecsemőkor kiegyensúlyozottan telt, K. mozgása időben fejlődött, beszéde – a gagyogási szakasz után – 13-14 hónaposan indult meg egy-egy szó kimondásával. Előnyben részesítette a metakommunikációt: mutogatott, egyszerűbb szavakkal, „baba nyelven mondta a magáét”. Ha nem értették meg, nem volt hajlandó többször elismételni a mondanivalóját. (Ez ma is jellemző.) 2 éves korától szégyenlőssé, visszafogottá vált. 3 évesen szépen, érthetően beszélt – főleg a család tagjaival. Szobatisztasága 2 ½ éves korára kialakult, enuresis nocturna néha előfordult.

3 éves korában került óvodába; amíg az édesanya ott volt a beszoktatás ideje alatt, addig végig mellette ült, a közösségi életbe nem kapcsolódott be, majd amikor anya nélkül kellett a csoportban maradnia (reggeltől-délig), egy sarokba húzódott. Sosem játszott a gyerekekkel, ami a társakból agresszív reakciókat váltott ki: megtépték, megrugdosták, bántották. Ételt nem fogadott el. Az óvodából két hét után kivették. Visszatért az enuresis, encopresis, a WC-be be sem ment, az udvaron végezte el az ürítést. 4 éves volt, amikor a gyermekideggyógyász javaslatára speciális bölcsődébe került. Itt 2–6 éves, különböző fogyatékoságú három gyermekkel járt együtt. Az első évben nem tudta megszokni a közösségi életet, egyáltalán nem pisilt az óvodában, az ottani ételt nem ette meg, de az otthonról odavitt ennivalót – egy idő után – elfogyasztotta. A második félévben már egyedül használta a WC-t. A rábízott naposi feladatokat elvégezte, beszélt a társakkal, az óvónőnek válaszolt, de beszédet nem kezdeményezett. Ismét rendeződött a szobatisztasága. A második évben (ekkor már 6 éves), uszodába ment a csoporttal, részt vett a foglalkozásokon, ő is kezdeményezett beszélgetést. Elfogadta az óvodai táplálékot.

2001 szeptemberétől új óvodába került, ahol súlyosan regrediált. (A vizsgálat idején fél éve jár ebbe a csoportba.) Ül a sarokban, nem eszik (az odavitt ennivalót sem). A sarokból figyeli a többieket, otthon elmeséli az óvodában történeteket. Időnként elfogadja egy-egy társa közeledését, de a sarok-kuckójából akkor sem mozdul ki. A feléje igyekvő gyerekekkel néhány szót beszél. Az udvaron jobban kinyílik: játékba bekapcsolódik, röviden beszél az óvónővel. Általában zárt helyen (vonat, busz, terem stb.) ő is bezárul, szabadban (udvar, állatkert, uszoda stb.) valamelyest ő is nyitottabbá válik.

Otthon testvéreivel játszik, irányítja őket, az anyával megosztja gondjait, az apával barkácsol.

Egyéb sajátos tünetek: K. sajátos, szeparációs félelmekkel küzd, fél felmenni otthon a saját, emeleten lévő szobájába, nem alszik egyedül.

Evésben nagyon válogatós, kevés ételfajtaát eszik meg, különböző trükkökkel kell túljárni az eszén.

A VIZSGÁLAT TAPASZTALATAI

(K. esetében kontrollvizsgálatra – egyelőre – nem került sor.)

K. a vizsgálat idején 6;11 éves. A vizsgálóhelyiségbe az édesanyjával együtt jön be, az anya ottlétehez mindvégig erősen ragaszkodik. Kezdetben, közel $\frac{3}{4}$ óráig, semmilyen együttműködésre nem rávehető, a motivációs erőfeszítések elől még inkább izolációba menekül: fejét a szék támlájára helyezett két karjába hajtja. Az otthonról elhozott autókat elővéve végül „technikai probléma” (akkumulátor behelyezése a távirányítós autóba) indítja meg a halvány együttműködést. Az igen nagy méretű, hangos autóval hosszasan játszik, majd hajlandó végignézni a vizsgálatvezető rajzolását, ami érzelmileg megfogja: mosolyog a rajzon. (Gólyarajz, verses mondókával kísérve.) Ettől kezdve fokozatosan involválódik, együttműködik. Kezdetben a grafo-motoros feladatokat, majd a S.O.N. tesztet végezzük el. Most már figyel a hozzá intézett beszédre, a kérdésekre bólogatással vagy fejrázással felel.

Intellektusa az említett teszt alapján magas a normál-átlag feletti övezet határán, kissé kiegyenlítetlen intelligenciaprofil mellett: IQ: 115, IK: 8;6 év. (Szubtesztkorok: Mozaik: 7;0 év, Emlékezet: 13 év, Kombináció: 8;0 év, Analógia: 9;0 év, Knox: 26 stp.) Rajzolt emberalakja nagyjából megfelel a korátlag szintjének. (Goodenough: RK: 6;3 év.) A vizuomotoros koordinációt vizsgáló próbasorban (Bender-B.) az elért 58 pont 6 éves fiúk igen jó teljesítményének felel meg.

Beszédértése biztos, a mondatokban adott felszólításokat, a finom megkülönböztetéseket, a mondatok szintaktikáját, a térbeli helyzeteket jelző nyelvtani szerkezeteket jól érti. Passzív szókincse a Peabody szókincspróba alapján átlagos.

Kifejező beszéd: A vizsgálat első egy-másfél órájában nem szólal meg, később egy-egy szó néma artikulálásával, majd suttogó beszéddel válaszol. Az anyának hangosan, már a vizsgálat korai szakaszában megjegyzést tesz: „anya, lejött a kerék!” Nyelvi struktúrája is némiképp vizsgálható: főfogalom alá több adekvát elemet besorol. Beszéde érthető, de paralália, diszlália valószínűsíthető. (Alsó ajkát beharapva, alig artikulálva beszél.)

Számfogalma 6-os körben kialakult, műveleteket magabiztosan, pontosan elvégez.

Az orvosi vizsgálat szerint agyidegek épek, neurológiai eltérés nincs. Lateralitás még kialakulatlan, vélhetően inkább jobbos dominancia. (Dr. Kassay Mária)

Összességében magas intellektus mellett súlyos viselkedési, adaptációs zavart, beszédgátlást, szelektív mutizmust tapasztaltunk, amely mielőbbi pszichiátriai, pszichoterápiás beavatkozást igényelt.

Javaslatunkban az általános iskolai tanulmányok megkezdésének halasztása szerepelt, mivel úgy láttuk, hogy a kommunikációs gátlás lehetetlenné teszi az iskolai megfelelést. A 2002–2003-as tanévre gyermekpszichiátriai kivizsgálást és folyamatos, intenzív pszichoterápiát javasoltunk a családnak, legfőképpen az anya részvételével. A vizsgálatot és kezelést az egyik vidéki klinika gyermekpszichiátriai osztálya vállalta a gyermek és az édesanya együttes bentlakásával.

IRODALOM

- A DSM-IV. diagnosztikus kritériumai (Zsebkönyv, Animula, Budapest, 1995.)
- R. Lindsay Bergman: Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2002., www.findarticles.com)
- Nathan J. Blum: Case Study: Audio Feedforward Treatment of Selective Mutism (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Jan., 1998.)
- Stacey Burling: The Sometimes-Silent Child (www.philly.com, 2002.)
- Catherine Cord–Michael Rutter: Autizmus és pervazív zavarok (Autizmus füzetek, Autizmus Alapítvány, 1994.)
- Jacqui Goetz: Dr Shipon-Blum works to break the silence; When a Child Won't Talk (The Do, 2001., www.selectivemutism.org)
- Is Selective Mutism Really That Rare? (www.selectivemutism.org)
- What is Elective Mutism? (www.speechnlanguage.org.uk)