

Aleksandra Bawolska-Piszczatowska

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## Dziecko z mutyzmem wybiórczym – charakterystyka zjawiska oraz sposoby przeciwdziałania trudnościom

Artykuł porusza kwestie związane z problematyką mutyzmu wybiórczego. Mutyzm wybiórczy jako zaburzenie o podłożu lękowym może być przyczyną wielu trudności, dlatego istotne jest wdrożenie wczesnych oddziaływań terapeutycznych. Rozpatrując mutyzm wybiórczy jako źródło specjalnych potrzeb edukacyjnych, pojawia się więcej informacji, które pozwalają lepiej zrozumieć specyfikę tego zjawiska oraz wyzwań stawianych przed pedagogami i terapeutami. Wcześniej rozpoczęta terapia pozwoli zapobiec późniejszym trudnościom takim jak wycofanie z życia społecznego, częste ponoszenie porażek, fobia szkolna czy nawet depresja.

Słowa klucze: mutyzm wybiórczy, lęk, *sliding in*

## A child with selective mutism – characteristics of the phenomenon and ways to counteract the difficulties

The article discusses issues related to the problem of selective mutism. Selective Mutism as an anxiety disorder may be the cause of many difficulties, so it is important to implement early therapeutic interactions. When considering selective mutism as a source of special educational needs, more information appears that allows you to better understand the specificity of this phenomenon and the challenges faced by educators and therapists. Early therapy will help prevent later difficulties such as withdrawal from social life, frequent failures, school phobia or even depression.

Keywords: selective mutism, anxiety, *sliding in*

## Wprowadzenie

Dziecko z mutyzmem wybiórczym po raz pierwszy opisał Adolf Kussmaul w 1877 r. Nazwy *aphasia voluntaria* użył on do scharakteryzowania przypadków dzieci, które mogły komunikować się werbalnie, ponieważ opanowały tę umiejętność (nie posiadały żadnych zaburzeń rozwojowych czy organicznych), jednak nie mówiły w różnych miejscach. Następnie w 1934 r. szwajcarski psychiatra Moritz Tramer wprowadził określenie *selective mutism*, aby nazwać dzieci, które milczą

mimo opanowania mowy werbalnej. Uważał, iż dzieci same decydują do kogo się odezwać, a do kogo nie.

Obecnie obowiązuje określenie mutyzm wybiórczy – MW (ang. *selective mutism*), którego kryteria diagnostyczne znajdziemy między innymi w podręczniku Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5. Aby zdiagnozować mutyzm wybiórczy, muszą zostać spełnione kryteria, takie jak: konsekwentna niemożność mówienia w pewnych sytuacjach, zakłócenie musi wpływać na osiągnięcia szkolne, komunikację społeczną; czas trwania nie może być mniejszy niż miesiąc. Niemożność mówienia nie jest tu tłumaczona niewiedzą bądź brakiem znajomości języka. Nie występuje ono wyłącznie w przebiegu zaburzeń należących do spektrum autyzmu, schizofrenii czy innego zaburzenia psychiatrycznego. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 kryteria wyglądają następująco: ekspresja i rozumienie języka przez dziecko plasuje w granicach dwóch odchyłeń standardowych; jest możliwe potwierdzenie niemożności mówienia w sytuacjach, gdy mówienia od dziecka się oczekuje, pomimo tego, iż w innych sytuacjach dziecko mówi; czas trwania jest dłuższy niż dwa tygodnie; zaburzenia nie można wyjaśnić brakiem znajomości języka mówionego. Wyklucza się w tym przypadku występowanie całościowych zaburzeń rozwoju [Leśniak-Stępień 2016].

## Przyczyny, objawy i rodzaje zaburzenia

Z łaciny *mutus*, *muta*, *mutum* oznacza niemy, niemówiący. Przyczyn owego niemówienia może być wiele. Od zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, nieprawidłowości w budowie i fizjologii narządów mowy, przyczyn psychologicznych, lingwistycznych, po chwilowe zagniewanie na kogoś [Bystrzanowska 2017]. Wielu z nas spotkało się z określeniami „zaniemówił”, „niemowa”, „osoba małomówna” etc. Niemówienie w mutyzmie natomiast jest wynikiem zaburzeń lękowych. Polega na wybiórczości mówienia, przez co rozumiemy, że dziecko mówi w pewnych sytuacjach, a milczy w innych. Zaburzenie najczęściej rozwija się między 3. a 5. rokiem życia dziecka. Objawy występują w pewnych miejscach, sytuacjach, w obecności osób, w stosunku do których dziecko (lub nastolatek czy osoba dorosła) nie czuje się komfortowo. Trudności pojawiają się także w sytuacji, gdy dziecko ma świadomość, iż będzie słyszane oraz widziane podczas mówienia przez inne osoby. W tzw. typowych przypadkach dziecko rozmawia z którymś z domowników, przyjacielem lub mówi do zwierzęcia [Cabała, Leśniak-Stępień, Szot, Szyszka 2016; Tarkowski 2015].

W zaburzeniach lękowych ważną rolę odgrywają predyspozycje genetyczne, które mają wpływ na poziom neuroprzekaźników bądź hormonów, a także podatność osoby na wystąpienie danego zaburzenia psychicznego [Bystrzanowska 2017]. Dodatkową rolę odgrywają czynniki środowiskowe oraz proces wyuczenia pewnych zachowań. Znaczące jest również wystąpienie stresorów. Należy także uwzględnić indywidualne cechy osobowości jednostki.

Behawioralne wyjaśnienia lęku koncentrują się na sposobach wzmacniania i warunkowania jego objawów [Clarck, Beck 2018]. Zgodnie z tym podejściem, należy przyjąć, że neutralny wcześniej bodziec staje się bodźcem wywołującym fobię poprzez skojarzenie tego bodźca z odczuwaniem strachu. Osoba, unikając stresujących ją sytuacji, podtrzymuje u siebie w ten sposób stan lęku [Gerrig, Zimbardo 2012]. W przypadku mutyzmu wybiórczego unikanie sytuacji/osób/miejsc, w których trzeba się komunikować, utrwała lęk przed mówieniem. Unikanie takich sytuacji doraźnie przynosi ulgę, natomiast w dłuższej perspektywie czasu – utrwała lęk. Mutyzm wybiórczy to specyficzny rodzaj fobii, która polega na lęku przed mówieniem [Bystrzanowska 2017]. Dużą rolę odgrywają rodzice, którzy swoim zachowaniem modelują zachowania dzieci. Jeśli będą oni prezentować postawy lękowe, takie też mogą stworzyć u swoich dzieci [Bystrzanowska 2017]. Jednak etiologia mutyzmu jest przede wszystkim wieloczynnikowa. Możemy wyróżnić: pojawienie się urazu psychicznego, jakość relacji z matką, strukturę rodziny [Bryńska 2005].

Jako kolejną przyczynę mutyzmu wybiórczego Bryńska [2005] podaje ograniczoną komunikację w domu rodzinnym dziecka. Wskazuje ona na przypuszczalne źródło mutyzmu u dziecka, jakim jest zakaz wyjawiania rodzinnych sekretów lub zakaz rozmowy z obcymi w obawie przed wykorzystaniem czy skrzywdzeniem [Bryńska 2005: 158]. Często sugerowaną przyczyną jest także styl karania w domu poprzez milczenie rodzica oraz odrzucanie dziecka przez rodziców.

Maria Bystrzanowska [2017] wyróżnia dwa rodzaje mutyzmu: ciężkiego i lekkiego stopnia. W zależności od tego jaki rodzaj mutyzmu występuje u dziecka, różny jest stopień nasilenia jego trudności oraz czas jakiego może potrzebować do przejścia procesu terapeutycznego. Istotny jest również odbiór przez otoczenie niemówiącego dziecka. Dzieci z ciężką postacią mutyzmu są lepiej „rozpoznawalne”, gdyż ich milczenie w szkole/przedszkolu/sklepie czy innych przestrzeniach życia społecznego jest bardzo silnie „widoczne”. Mogą one zwrócić się z prośbą do koleżanki/kolegi na placu zabaw, jednak w szkole nie odezwać się do nich w ogóle. Do rodziców odzywają się z reguły wtedy, kiedy nikt wokół nich nie ma szans na usłyszenie rozmowy [Thomason 2014]. Osoby z lekką postacią mutyzmu mówią ciszej niż inni. Nie zawsze jest tak, że w szkole milczą. Mogą czytać przy całej klasie, odpowiadać na pytania, rozmawiać z wybranym nauczycielem, natomiast z innym już niekoniecznie. Odpowiadają na pytania, a ich lęk przed konsekwen-

cjami niemówienia przewyższa ich lęk przed mówieniem [Thomason 2014]. Są odbierane jako osoby manipulujące otoczeniem, wybierające sobie rozmówców, osoby małowówne [Bystrzanowska 2017]. Objawy tego rodzaju mutyzmu często są bagatelizowane przez otoczenie, mylone z nieśmiałością. U dzieci, które nie otrzymują właściwej pomocy, zaburzenie to z czasem przybiera charakter progresywny, w przyszłości może stać się przyczyną mutyzmu ciężkiego stopnia. W tym momencie zagrożeniem staje się fobia szkolna, fobia społeczna, a nawet depresja.

Opierając się na klasyfikacjach ICD–10 i DSM–5 możemy scharakteryzować dziecko z mutyzmem wybiórczym. Dziecko ma opanowaną umiejętność mówienia, z jednoczesnym brakiem korzystania z tejże umiejętności w różnych sytuacjach; w strefie dyskomfortu psychicznego, dziecko odczuwa lęk przed mówieniem, byciem słyszonym, czasem byciem widzianym podczas mówienia – nie inicjuje rozmowy, nie odpowiada na pytania, jednak w bezpiecznym otoczeniu, takim jak np. dom rodzinny, dziecko mówi bez problemu. Bystrzanowska [2017] wyróżnia także objawy mutyzmu scharakteryzowane na podstawie obserwacji. Są to: ogólna lęklivość, wzmożone napięcie mięśniowe, nieporadność, sztywność ruchów, bierność, brak swobody w zachowaniu, trudność w wyrażaniu emocji, wzmożone napięcie emocjonalne, uboga mimika twarzy, tiki, przygryzanie wargi, wkładanie palców do ust, unikanie kontaktu wzrokowego, brak reakcji na polecenie od osoby obcej, nadwrażliwość słuchowa, trudności z jedzeniem (na przykład dotyczące miejsca spożywania posiłku), trudności w korzystaniu z toalety publicznej. Ponadto u niektórych dzieci można zauważyć przejawy perfekcjonizmu, obawę, że nie jest się idealnym, a wykonywane czynności nie są dostatecznie doskonałe. Pojawia się także pewien schematyzm zachowań, niechęć wobec nowości. Każda niezapowiedziana zmiana wzmaga w dziecku lęk [Bystrzanowska 2017].

## Mutyzm wybiórczy (MW) jako źródło specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dziecka

„U każdego dziecka z MW objawy mogą mieć różne nasilenie, a co za tym idzie- mogą mieć inny zakres i obejmować różną liczbę osób czy miejsc, w których nie rozmawia, a także może być na innym etapie wychodzenia z lęku przed mówieniem lub pogłębianiem się zaburzeń” [Bystrzanowska 2017: 23]. Bystrzanowska sugeruje, iż problematykę mutyzmu wybiórczego należy rozpatrywać w aspekcie specjalnych potrzeb edukacyjnych. Definicja specjalnych potrzeb rozwojowych (SPR) i edukacyjnych (SPE) Zespołu Ekspertów ds. Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych z 2008 r. brzmi: *Dzieci i młodzież ze specjalnymi potrzebami*

rozwojowymi i edukacyjnymi, to te, u których stwierdza się spektrum objawów utrudniających lub uniemożliwiających funkcjonowanie: ruchowe, sensoryczne, poznawcze, w zakresie komunikacji, emocjonalno- społeczne i/lub psychiczne, wpływających na jakość życia i pełnienie ról społecznych teraz i/lub w przyszłości (...) [Zaremba 2008]. Dzieci od urodzenia do 3. roku życia to dzieci z SPR, natomiast dzieci od 3. roku życia i młodzież do ukończenia szkoły to osoby z SPE.

Analizując sytuację dzieci i młodzieży z mutyzmem wybiórczym (MW) możemy stwierdzić, że mają one specjalne potrzeby rozwojowe/edukacyjne. Spektrum objawów u dzieci z mutyzmem wybiórczym, u których podłożem jest lęk, utrudnia im między innymi funkcjonowanie ruchowe. Nie są one w stanie poruszać się swobodnie, ćwiczyć na zajęciach wychowania fizycznego, choć w strefie komfortu psychicznego nie mają trudności w poruszaniu się. Brak lub bardzo ograniczona komunikacja z rówieśnikami i nauczycielami utrudnia proces edukacyjny. Często werbalne uczestnictwo w lekcji jest dla dziecka z MW niemożliwe. Szczególnie zakłócona jest sfera emocjonalno-społeczna u dziecka z mutyzmem. Dziecko ma trudności w integrowaniu się z grupą rówieśniczą od najmłodszych lat, co stanowi zagrożenie wykluczenia z życia społecznego. Spektrum objawów MW utrudnia również funkcjonowanie psychiczne. Wpływa na jakość życia i pełnienie ról społecznych w chwili obecnej i w przyszłości. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że przy braku odpowiedniej terapii może dojść do wystąpienia u dziecka fobii szkolnej, społecznej, a nawet depresji [Bystrzanowska 2017]. Bystrzanowska [2017: 46] wskazuje na fakt, iż koniecznością jest zapewnienie dzieciom z MW możliwości wyrównania szans edukacyjnych tak, aby w pełni mogły korzystać ze swojego potencjału rozwojowego.

Aby zapewnić dziecku odpowiednie oddziaływanie terapeutyczne nie zawsze jest konieczna pełna, formalna diagnoza mutyzmu wybiórczego [Bystrzanowska 2017]. Wystarczy świadomy specjalista, współpraca z rodzicami, odpowiednie warunki w przedszkolu, aby zapobiec utrwaleniu się „niemówienia” w danym miejscu u dziecka<sup>1</sup>. Jednak są sytuacje, gdy formalna diagnoza jest niezbędna: jeśli nie ma jasności co do tego jakie zaburzenie występuje u dziecka, jeśli mimo wdrożenia nieformalnych oddziaływań nie widać efektów, jeśli objawy sugerują ciężką postać MW, jeśli istnieje przypuszczenie co do innego źródła trudności komunikacyjnych, bądź jeśli terapia w przedszkolu/szkole jest możliwa wyłącznie po okazaniu opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznej [Bystrzanowska 2017]. Istotne jest przeprowadzenie wywiadu z rodzicami dziecka oraz jego nauczycielami. Podstawą diagnozy jest informacja potwierdzająca wybiórczość mówienia u dziecka. W literaturze są dostępne standaryzowane kwestionariusze SMQ (ang. *Selective Mutism Questionnaire*) oraz SSQ (ang. *School Speech Questionnaire*).

<sup>1</sup> U osób z mutyzmem wybiórczym może pojawić się zjawisko tzw. miejsca skażonego niemówieniem. Przykładowo może to być konkretna sala przedszkolna.

re) autorstwa R.L. Bergman. Dostępne są także autorskie kwestionariusze Marii Bystrzanowskiej. W poradni psychologiczno – pedagogicznej diagnoza dziecka z mutyzmem wybiórczym obejmuje wywiad z rodzicami, diagnozę psychologiczną, logopedyczną, pedagogiczną, obserwację dziecka w przedszkolu. Jeżeli badania z poradni psychologiczno-pedagogicznej potwierdzą sugestię mutyzmu u dziecka, dalszym etapem jest badanie psychiatryczne. Jeżeli psychiatra potwierdzi u dziecka diagnozę MW (któremu często towarzyszą zaburzenia lękowe/emocjonalne, moczenie nocne), wówczas rodzice mogą uzyskać od powiatowej komisji orzekania o niepełnosprawności orzeczenie o niepełnosprawności. Dalej rodzice mogą w poradni psychologiczno-pedagogicznej ubiegać się dla swojego przedszkolaka o opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

## Działania terapeutyczne w pracy z dzieckiem ujawniającym mutyzm wybiórczy

W terapii u dziecka z mutyzmem wybiórczym kluczową rolę odgrywa czas. Im wcześniej zostanie ona rozpoczęta tym większe szanse dla dziecka na pozytywne jej zakończenie. „Jak powszechnie wiadomo, efektywna praca nad pokonaniem lęku przed mówieniem zaczyna się od tego, że wszystkie osoby z otoczenia dziecka w domu i w szkole muszą zrozumieć istotę MW” [Bystrzanowska 2017: 65]. Rodzice i nauczyciele winni wiedzieć jak uniknąć zniechęcania dziecka do komunikacji, jak rozwijać w nim poczucie kompetencji i pewności siebie.

Obecnie stosowaną oraz najbardziej znaną metodą terapii mutyzmu wybiórczego jest *sliding in* (ang. wślizguje się), czyli tak zwana metoda małych kroków, która opiera się na technikach behawioralnych. Trzy techniki behawioralne, które pozwalają dziecku z mutyzmem wybiórczym aktywować mowę to: wygaszanie bodźca, modelowanie oraz desensytyzacja.

Przez wygaszanie bodźca potocznie rozumiemy odwrotny proces do warunkowania, czyli zastępowania jednego odruchu drugim. Wygaszanie bodźca lękowego polega na wprowadzaniu stopniowej konfrontacji wyobrażenia lękowego z równoczesnym stwarzaniem osobie lękowej poczucia bezpieczeństwa [Bystrzanowska 2017]. Jest to tak zwane przeciwwarunkowanie<sup>2</sup> [Gerrig, Zimbardo 2012]. Metoda wygaszania bodźca podzielona na małe etapy to tzw. *sliding in* (metoda małych kroków). Jest to „stopniowe wślizgiwanie się nowych osób do grona rozmówców z dzieckiem z MW” [Johnson, Wintgens 2001: 140–151]. W tej metodzie oswajamy dziecko z miejscem i osobami, z którymi nie mogło rozmawiać. Nie

<sup>2</sup> Przeciwwarunkowanie polega na warunkowaniu nowej reakcji, aby ta zastąpiła reakcję nieprzystosowaną [Gerrig, Zimbardo 2012; Bystrzanowska 2017].

zmienia się tu treść ćwiczeń, ale otoczenie oraz osoby, z którymi dziecko będzie rozmawiać [Bystrzanowska 2017: 68]. Na początku dziecko z asystą rodzica „oswaja” miejsce, na przykład klasę lekcyjną, w której do tej pory nie rozmawiało. Codziennie 10 do 15 minut, rodzic wraz z dzieckiem powinien w takiej klasie spędzić miło czas. Mogą wspólnie zagrać w wybraną grę, zrobić coś na co dziecko będzie miało ochotę. Nie zawsze dziecko z MW będzie w stanie odezwać się do swojego rodzica w miejscu, w którym dotychczas nie mogło mówić. Etap ten trwa tak długo, aż dziecko będzie potrafiło odezwać się do rodzica w miejscu, w którym do tej pory nie mogło tego zrobić w ogóle. Kolejnym etapem jest zaproszenie osoby, z którą dziecko do tej pory nie rozmawiało. Może to być osoba, która zostanie koordynatorem (na przykład psycholog, logopeda, czy nauczyciel). Na początku koordynator zbliża się do klasy, w której rozmawia dziecko ze swoją mamą. Drzwi są kolejno: zamknięte, uchylone, otwarte. Gdy zaczyna się etap, w którym koordynator zbliżył się do drzwi, na tyle, aby w nich stanąć – staje kolejno: tyłem/bokiem/przodem. Po chwili koordynator dołącza do ćwiczeń w mówieniu z mamą i dzieckiem. Zaczynają od komunikatów z niskim obciążeniem komunikacyjnym, takich jak na przykład liczenie do dziesięciu, czy wymieniania kolorów. Następny jest etap, w którym komunikacja z dzieckiem polega na zadaniach wymagających odpowiedzi tak/nie. W tym momencie pojawia się narzędzie jakim jest drabina zadań<sup>3</sup>. Po wykonaniu zadań przewidziana jest atrakcyjna dla dziecka nagroda. Koordynator z mamą dziecka wcześniej ustalają czas trwania zajęć, ćwiczenia pod kątem obciążenia komunikacyjnego. Kolejne spotkania zaczynają się od ciągów zautomatyzowanych, czyli komunikacji o niskim stopniu obciążenia, stopniowo przechodząc do wyższego stopnia obciążenia komunikacyjnego. Swobodna rozmowa dziecka z koordynatorem oznacza, że rodzic może się oddalić. Dalej stopniowo wprowadzani są rówieśnicy lub nauczyciele do strefy komunikacyjnej z dzieckiem z MW.

Modelowanie polega na obserwowaniu przez dziecko modelu oraz nabywanie w ten sposób pożądanej umiejętności. W metodzie tej nie zmienia się odległość między rozmówcami, ale sposób komunikacji między nimi. Proces rozpoczyna się od komunikatów niewerbalnych. Następnie podczas ćwiczeń oddechowych należy wytwarzać odgłosy np. zwierząt, maszyn, pojazdów [Bystrzanowska 2017], kolejno pojedyncze głoski, sylaby, słowa, zdania – zwiększając też siłę głosu. W miarę upływu czasu jest stosowany coraz śmielszy kontakt wzrokowy z dzieckiem [Johnson, Wintgens 2001]. Terapeuta włącza się do zabaw z dzieckiem, stopniując obciążenie komunikacyjne.

„Pracując z dzieckiem i z nowym rozmówcą od razu w jednym gabinecie, gdy dziecko bez problemu wchodzi w kontakt niewerbalny, a następnie w werbalny

<sup>3</sup> „Drabina” to zapis kolejnych zadań dziecka w formie graficznej „drabiny” z poszczególnymi stopniami osiągnięć dziecka.

z nową osobą (tak jak w przypadku małych dzieci do 6–7 roku życia) mówimy o nieformalnym *sliding in*, czyli o bezpośredniej pracy z nowym rozmówcą” [Bystrzanowska 2017: 70]. Natomiast podczas formalnego *sliding in*, nowa osoba stopniowo zbliża się do gabinetu, w którym rozmawia dziecko z mutyzmem wybiórczym. W pracy z małymi dziećmi z MW jednocześnie można korzystać z modelu nieformalnego, tj. metody wygaszania bodźca oraz metody modelowania.

Z kolei desensytyzacja opiera się na założeniach, iż różne rodzaje lęku są reakcjami uwarunkowanymi klasycznie. Wobec tego należy je zestawić z przeciwnymi reakcjami i bodźcami. Technika ta polega na konfrontowaniu osoby w stanie relaksacji z bodźcem wywołującym u niej lęk. Terapia desensytyzacji obejmuje trzy etapy: identyfikacji, hierarchizacji i odprężenia [Gerrig, Zimbardo 2012: 680–682]. Osoba z MW najpierw identyfikuje bodźce wywołujące lęk, hierarchizuje je, a następnie konfrontuje się z nimi w stanie odprężenia swojego ciała. Terapia ta ma spowodować, że osoba z MW przykładowo będzie w stanie wyobrazić sobie najbardziej przykrą dla niej sytuację lękową związaną z mówieniem. Osoba z MW przyzwyczaja się do swoich umiejętności komunikacyjnych będąc w stanie relaksu. Może w tym czasie słuchać odtwarzanych nagrań z jej głosem. Jest to przydatna metoda dla dzieci i młodzieży z MW [Bystrzanowska 2017].

## Uwagi końcowe

Mutyzm wybiórczy jest zjawiskiem, które dzięki wiedzy teoretycznej możemy objąć odpowiednimi oddziaływaniami terapeutycznymi. Wczesna interwencja terapeutyczna może dać dziecku możliwość osiągnięcia sukcesów w szkole, nie tylko tych edukacyjnych. Dobre samopoczucie w gronie rówieśników jest potrzebą każdego dziecka. Posiadanie kolegów i koleżanek, z którymi dziecko z mutyzmem wybiórczym śmiało będzie się komunikowało jest możliwe dzięki dobrej współpracy nauczycieli przedszkola/szkoły, pedagogów, terapeutów oraz rodziców. Współpraca ta zapewni dziecku nie tylko wsparcie, ale osiągnięcie sukcesów na jego własną miarę. Zapewniając odpowiednie wsparcia działamy także prewencyjnie przeciw innym zaburzeniom. Są to między innymi fobie, depresja, które mogą powstać na gruncie mutyzmu wybiórczego. Pedagog powinien być refleksyjnym obserwatorem dzieci. Nie zawsze dziecko, które uznajemy za nieśmiałe takie właśnie jest.

## Bibliografia

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



- Cabała M., Leśniak-Stępień A., Szot R., Szyszka K. (2016), *Mutyzm wybiórczy. Trzy spojrzenia*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Clark A., D., Beck A., T. (2018), *Zaburzenia lękowe. Podręcznik z ćwiczeniami opartymi na terapii poznawczo-behawioralnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Bryńska A. (2005), *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne* [w:] T. Wolańczak, J. Komender, *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Tarkowski Z. (2015), *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy*, Grupa Wydawnicza Harmonia, Gdańsk.
- Gerrig R. J., Zimbardo G. P. (2012), *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Thomason P. (2014), *SMIRA – Mutyzm wybiórczy ciężkiego i lekkiego stopnia*, <http://facebook.com/groups/mutyzm.wybiorczy/file> [dostęp: 12.12.2017].
- Johnson M., Wintgens A. (2001), *The Selective Mutism Resource Manual*, UK: Speechmark Publishing.
- Zaremba L. (2008), *Specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne dzieci i młodzieży. Identyfikowanie SPR i SPE oraz sposoby ich zaspokajania*. [http://www.bc.ore.edu.pl/Content/671/identyfikowanie+spe\\_spr.pdf](http://www.bc.ore.edu.pl/Content/671/identyfikowanie+spe_spr.pdf) [dostęp: 19.12.2017].