

## Załącznik E

### Dowody naukowe i opracowania, które wykorzystano w Selective Mutism Resource Manual (druga edycja)

### **Wczesne rozpoznawanie i interwencja są kluczowe w terapii mutyzmu.**

Powszechnie przyjmuje się, że wczesne rozpoznanie i interwencja są bardzo ważne dla najbardziej efektywnej terapii mutyzmu wybiórczego (MW).<sup>[1]</sup> Można to zaobserwować na podstawie dobrych rezultatów, które przynosi wczesna interwencja i bardzo złych konsekwencji ignorowania, złej diagnozy lub nieprawidłowego leczenia mutyzmu.

### **Uzasadnienie**

- Wczesne rozpoznanie i zastosowanie "łagodnej" terapii w środowisku, gdzie pojawia się MW zapobiega rozwojowi dalszych trudnych w leczeniu problemów, które będą wymagać bardziej skomplikowanej i agresywnej formy leczenia.<sup>[17, 19, 35, 42, 61]</sup>
- Rokowania są lepsze dla dzieci z MW, u których zastosowano wczesną terapię [4, 30, 46, 86]. Późno postawiona diagnoza opóźnia u tych dzieci natychmiastową interwencję i w niektórych przypadkach przyczynia się do upośledzenia w funkcjonowaniu.<sup>[70]</sup>
- Podczas randomizowanego kontrolowanego badania 24 dzieci z MW w wieku 3-9 lat, 12 pozostało w grupie kontrolnej lub takiej, która czekała na terapię, a 12 dzieci zostało poddanych terapii w szkole i w domu przez trzy miesiące. Tylko grupa, która otrzymała pomoc w postaci terapii poczyniła znaczący postęp, natomiast w grupie kontrolnej nie było żadnej zmiany. Postęp był bardziej widoczny u młodszych dzieci, co podkreśla potrzebę wczesnej interwencji.<sup>[64]</sup>
- Współpraca rodziców i personelu szkoły podczas terapii jest kluczowa dla pozytywnych rezultatów, a wczesna interwencja może zminimalizować długoterminowe konsekwencje psychologiczne.<sup>[32, 50, 70, 74]</sup>
- Analiza przypadków MW w szpitalach East Kent Hospitals University NHS Foundation (EKHUFT) wykazała, że 13 z 15 dzieci skierowanych na terapię mowy w wieku przedszkolnym poradziło sobie ze swoimi trudnościami przed piątym rokiem życia.<sup>[37]</sup>
- Mutyzm wybiórczy znacząco upośledza poziom funkcjonowania jednostki. Dzieje się tak dlatego, że często dane osoby nie są w stanie spełnić oczekiwań szkolnych, społecznych i rodzinnych, a stres emocjonalny, który wiąże się z sytuacjami, podczas których dana jednostka musi się odezwać, może skutkować odmową pójścia do szkoły.<sup>[41]</sup>
- Podczas gdy istnieją dowody na to, że MW może rozwinąć się spontanicznie [11] i objawy MW mogą złagodnieć z czasem [6, 86], to jednak wyniki badań przeprowadzonych przez dłuższy okres czasu i dotyczących spontanicznych całkowitych remisji nie są optymistyczne (np. 39–58 procent).<sup>[46, 67, 77]</sup>
- Ignorowanie lub nieodpowiednie leczenie MW może doprowadzić do trudnych w leczeniu problemów wymagających złożonego, agresywnego leczenia.<sup>[17, 19, 35, 42, 61]</sup>
- Rokowania są gorsze, gdy MW utrzyma się do wieku dojrzeźwania.<sup>[46, 72]</sup>

## **Pełna, wielowymiarowa diagnoza stanu nie jest wymagana rutynowo, jednak dokładniejsze badania są ważne, kiedy są do tego odpowiednie wskazania.**

Wielu dzieciom wystarcza tylko ogólna diagnoza przeprowadzona z rodzicami lub nauczycielami, żeby zobaczyć, czy spełniają one kryteria MW opisane w DSM-5 (APA, 2013) [1]. Później, z pomocą materiałów i wskazówek, można przejść do rozwiązywania problemów dziecka z odpowiednim wsparciem szkoły i rodziny. <sup>[37]</sup> Spotykanie nieznanymi jest często stresujące dla dzieci z MW i z samej natury MW wynika, że wtedy będą one odczuwać zbyt duży lęk, żeby zaprezentować swój pełny potencjał podczas formalnej diagnozy. Nawet, jeśli dziecko diagnozują rodzice, wtedy będzie ono prawdopodobnie bardziej spięte w obcym środowisku niż byłoby w domu. Bezpośrednia diagnoza powinna być wobec tego unikana, chyba że jest absolutnie konieczna.

Opóźnienia w mowie są obserwowane w populacji osób z MW, szczególnie ze względu na znacząco ograniczoną interakcję z rówieśnikami i dorosłymi. Można jednak oczekiwać, że wiele z tych opóźnień zostanie nadrobione z czasem w miarę, jak dziecko dojrzeje. Jednak częstotliwość występowania zaburzeń mowy jest większa pośród dzieci z MW i potencjalna potrzebna dodatkowej terapii mowy powinna być zawsze brana pod uwagę. Taka potrzeba i/lub konieczność zaangażowania innych placówek, w celu zdiagnozowania i rozwiązania innych problemów dziecka, może być określona podczas diagnozy ogólnej.

### **Uzasadnienie**

- Dzieci z MW nie zaczynają rozmów ani nie reagują, gdy zagada do nich ktoś spoza ich strefy komfortu [1], co obniża wiarygodność wyników diagnozy.
- Gdy 33 dzieci z MW w wieku 5–12 lat było badanych w gabinecie, wtedy radziły one sobie lepiej w obecności rodziców niż profesjonalistów. Jednak, nawet w obecności rodziców, dzieci radziły sobie podczas testów, które wymagały od nich wypowiedziania zdań, gorzej niż podczas takich, gdzie musiały udzielić jednowyrazowych odpowiedzi. Autorzy zauważyli, że dzieci mogły być wystraszone i lepiej poradziłyby sobie w bardziej znajomym środowisku. <sup>[45]</sup>
- Dzieciom z MW łatwiej jest powiedzieć pojedyncze słowa niż zdania, co znajduje swój wyraz w programach małych kroków pomagających pokonać MW. <sup>[19, 35, 61]</sup>
- Istnieje wysoka zależność pomiędzy MW a zaburzeniami rozwojowymi i lękowymi. <sup>[48, 76]</sup>
- Zakres skorelowanych trudności z mową u populacji z MW jest trudny do oceny i w literaturze waha się znacząco pomiędzy 19% a 50%. <sup>[24, 27, 48, 71, 76, 86]</sup> Jednak te wyższe wartości pochodzą z relatywnie małych prób klinicznych, które są mniej reprezentatywne niż badania wykonane na większej populacji i skupiające się zarówno na opóźnieniu jak i zaburzeniach mowy. Największe badanie tego typu, w którym brało udział 135 dzieci i 18 dorosłych z MW, pokazało, że 19% badanych miało problemy z mową a 34.6% pracowało kiedyś z logopedą. [27] Jednoznacznie można stwierdzić tylko, że dla dzieci z MW jest to bardziej prawdopodobne, że będą one miały bardziej poważne problemy niż ogólna populacja, a przynajmniej połowa z nich tego nie doświadczy.

## **Wszechstronne i nastawione na konkretne cele szkolenie (edukacja na temat SM) jest kluczowe dla odpowiedniej interwencji i prewencji.**

Żeby zmniejszyć okres czasu pomiędzy pojawieniem się objawów a rozpoczęciem leczenia, potrzebne jest wszechstronne szkolenie, w którym mogą wziąć udział wszyscy a nie tylko rodzice czy personel pracujący z dzieckiem, u którego podejrzewa się lub jest zdiagnozowany MW. Wszyscy nauczyciele i pedagodzy wczesnoszkolni powinni przejść przez podstawowe szkolenie, aby być w stanie rozpoznać MW i zastosować odpowiednie strategie, w celu zredukowania lęku i ułatwienia dzieciom odzywania się. <sup>[12, 42]</sup> Takie szkolenie musi podkreślić, jak ważny jest kontakt pomiędzy domem a szkołą oraz praca zespołowa [12, 32]. Ponadto ważne jest zaprezentowanie powszechnych stereotypów na przykład takich, że dzieci z MW są krnąbrne i nie odzywają się, bo tak zdecydowały <sup>[35, 36, 73]</sup>.

### **Uzasadnienie**

- Wszechstronne szkolenie pomoże przy wczesnym rozpoznaniu i interwencji.
- Nauczyciele wczesnoszkolni odgrywają kluczową rolę w diagnozie i prowadzeniu terapii. <sup>[12]</sup> MW jest zwykle widoczny od najmłodszych lat. Zwykle może być on zaobserwowany pomiędzy 2,7 a 4,1 rokiem życia. <sup>[72, 82]</sup> Często jednak czas pomiędzy pojawieniem się objawów a diagnozą jest bardzo długi <sup>[72, 82]</sup> Badania wykazały, że dzieci są kierowane na formalną diagnozę pomiędzy 6,5 a 9 rokiem życia [51, 75, 86] np. w próbie 41 pacjentów skierowanych na konsultację, dzieci z MW były diagnozowane w wieku 3-4 lat, ale nie były kierowane na leczenie aż do momentu, kiedy osiągnęły 5-12 rok życia (średnio 8,5 lat). <sup>[67]</sup>
- Obecnie specjaliści niedostatecznie często diagnozują MW i jest on często mylony z nieśmiałością. <sup>[20, 56, 70, 72]</sup> Jest to spowodowane częściowo przez to, że specjaliści mają do czynienia z mutyzmem lekkiego stopnia, który oznacza, że dzieci mówią mniej, ciszej i mało spontanicznie [27] lub pozbywają się strachu szepcząc lub zmieniając swój głos. <sup>[4]</sup>
- MW nie jest tak rzadki, jak to wcześniej zakładano - większość przedszkoli i szkół podstawowych będzie miało jedno lub więcej dzieci z MW w danym roczniku. <sup>[59]</sup>
- Obecna częstotliwość występowania waha się pomiędzy 0,71% (1 na 143 dzieci) a 1,9% (1 na 50 dzieci) w populacji uczęszczającej do placówek wczesnoszkolnych [6, 50, 51, 82] i równocześnie 0,76% (1 na 132 dzieci) w placówkach przedszkolnych. <sup>[25]</sup> Występowanie MW zmniejsza się z wiekiem do około 1 na 550 u starszych dzieci. <sup>[37, 47]</sup>
- MW nie jest już postrzegany jako zaburzenie opozycyjno-buntownicze. Uważa się, że zachowania opozycyjne u osób z MW są połączone z ich strachem przed mówieniem i są wyrazem ich wewnętrznego przymusu, żeby unikać sytuacji, które wymagają od nich odezwania się. Faktycznie - w badaniu 52 dzieci z MW i 52 dzieci z grupy kontrolnej, członkowie grupy dzieci z MW byli mniej buntowniczy w szkole niż grupa kontrolna. <sup>[20, 21, 48, 73]</sup>
- Wysiłki nauczycieli mające na celu pomoc dzieciom zaaklimatyzować się w środowisku szkolnym mogą tak naprawdę podtrzymać i wzmocnić MW. <sup>[16]</sup>
- Nierozpoznanie MW w środowisku szkolnym może doprowadzić do etykietowania dzieci określeniami typu "autystyczny", "opóźniony językowo", "arogancki" lub "nieumiejący się nic nauczyć", czemu towarzyszą nieodpowiednie

formy terapii. Po prostu czekanie na to, że dziecko wyrośnie z tego zaburzenia i niezadbanie o odpowiednią terapię może doprowadzić do problemów psychologicznych, które będą trwały całe życie. <sup>[74]</sup>

- Szkolenie dla personelu szkolnego często nie jest w ogóle organizowane lub jest nieodpowiednie: na przykład internetowa ankieta środowiska szkolnego wykazała, że dwie trzecie nauczycieli chciałoby czuć się bardziej pewnie, jeśli chodzi o pomaganie dzieciom z MW i chętniej korzystałoby z dostępnych materiałów, gdyby otrzymali odpowiednie wsparcie i pomoc. <sup>[26]</sup>
- Informacja zwrotna po szkoleniach wskazuje na to, że zarówno nauczyciele jak i rodzice dzieci w wieku wczesnoszkolnym czują się wzmocnieni i pewniejsi, jeśli chodzi o pracę z dziećmi, które mają kłopoty z odzywaniem się. <sup>[37]</sup>

## **Należy zwrócić szczególną uwagę na dwujęzyczność, ponieważ niesie ona ze sobą większe ryzyko MW.**

Ze względu na to, że dzieci imigrantów i mniejszości narodowych są bardziej narażone na MW niż pozostała część populacji, ich niechęć do odzywiania się musi być szanowana, aby nie zniechęcić ich zupełnie do mówienia. Jednocześnie cisza z ich strony nie powinna być zawsze akceptowana, gdyż może ona wskazywać na MW, a opóźniona diagnoza i terapia mogą doprowadzić do utrwalonego mutyzmu. [32, 35, 82] Z tego powodu dorośli, którzy pracują z imigrantami i dziećmi mniejszości językowych powinni być świadomi, jaka jest różnica pomiędzy MW a "cichym okresem" (powszechnym etapem obecnym podczas przyswajania drugiego języka), żeby mogli ocenić, nadzorować i wesprzeć te dzieci zgodnie z ich potrzebami.

## **Uzasadnienie**

- Według badań przeprowadzonych w Izraelu, występowanie MW w populacji wynosiło 7.6 na 1000 dzieci. Jednak to badanie wykazało, że na 1000 dzieci miejscowych 4,7 mogło być dotkniętych MW, podczas gdy wśród rodzin imigranckich wartość ta wynosiła 22. Z tego wynika, że MW występuje 4,5 razy częściej u dzieci z rodzin imigranckich. <sup>[25]</sup>
- Według dużego badania przeprowadzonego w Kanadzie, występowanie MW, mimo że relatywnie niskie, było 10 do 13 razy wyższe w rodzinach imigranckich niż w rodzinach nieimigranckich (odpowiednio 5,5-7,8 do 0,5-0,7 na 1000). <sup>[9]</sup>
- Dzieci z MW bardzo często pochodzą z rodzin imigranckich. W próbie klinicznej 100 dzieci z MW ze Szwajcarii i Niemiec, 28 dzieci było imigrantami [76].
- Dzieci są zwykle niewerbalne podczas pierwszych etapów przyswajania drugiego języka. Jednak to nie powinno ich wykluczać z diagnozy MW. <sup>[80]</sup>

## **Interwencja bazująca na metodzie małych kroków powinna być oparta o podejście behawioralne.**

W obydwu edycjach The Selective Mutism Resource Manual proponowana metoda małych kroków oparta jest o solidne podstawy teorii uczenia się oraz podejście behawioralne. Podręcznik ten był wykorzystywany w wielu badaniach wymienionych poniżej.

## Uzasadnienie

- Techniki behawioralne wygaszania bodźca (stopniowa ekspozycja), modelowanie, pozytywne wzmocnienia każdej podjętej próby komunikacji i systematyczna desensytyzacja są najbardziej skutecznymi metodami terapii MW. <sup>[8, 17, 74, 82]</sup>
- W badaniu 30 dzieci w wieku od 10 do 18 lat wykorzystywano programy terapii oparte o stopniową ekspozycję. Były to metody najczęściej wykorzystywane i przynosiły najlepsze efekty: spośród 63% dzieci, które brały udział w takim programie leczenia, 89% uzyskało pozytywne rezultaty (17 na 19). <sup>[68]</sup>
- W małym badaniu przeprowadzonym w jednej ze szkół (N=5) tylko dzieci, które brały udział w terapii bazującej na stopniowej ekspozycji pokonały swój MW. <sup>[63]</sup>
- W krótkotrwałym badaniu z różnymi rodzajami terapii (skoncentrowanej na dziecku, stopniowa ekspozycja i interwencji w sytuacjach kryzysowych w oparciu o rodzica), 8 z 9 dzieci z MW zwiększyło ilość wypowiedzianych przez siebie słów o 600%. Stopniowa ekspozycja była bardziej efektywna niż zastosowanie metod interwencji w sytuacjach kryzysowych. <sup>[81]</sup>
- Podczas randomizowanego kontrolowanego badania, w którym brało udział 24 dzieci z MW w wieku 3-9 lat, 12 pozostało w grupie oczekującej lub kontrolnej, podczas gdy 12 brało udział przez trzy miesiące w 21 sesjach "rozproszonej komunikacji" i interwencji behawioralnej opisanej w The Selective Mutism Resource Manual. [35] Częstość odzywiania się, oceniana przez nauczyciela w kwestionariuszu, zwiększyła się znacząco w grupie objętej terapią, podczas gdy w grupie kontrolnej nie zaobserwowano żadnych zmian. <sup>[64]</sup> Postępy utrzymywały się także jeden rok po zastosowaniu terapii: 78% dzieci w wieku 3-5 lat nie miało MW, w porównaniu z 33% dzieci w wieku 6-9 lat <sup>[63]</sup>
- W randomizowanym kontrolowanym badaniu, 21 dzieci z MW w wieku 4-8 lat albo pozostawało w grupie oczekującej/kontrolnej przez okres 12 tygodni albo brało udział w terapii przez 24 tygodnie. Dzieci, które były poddawane terapii polegającej na stopniowej ekspozycji, poczyniły znaczące postępy w mówieniu, a efekt ten utrzymywał się trzy miesiące po zakończeniu terapii, grupa kontrolna nie była żadnych postępów. <sup>[5]</sup>
- W badaniu 123 osób z MW leczonych za pomocą dodatkowej terapii mowy technikami behawioralnymi opisanymi w The Selective Mutism Resource Manual, [35] te techniki były efektywne w 91% przypadków, co rosło do 96% jeśli logopeda, rodzice oraz/lub personel szkoły wzięli udział w jednodniowym szkoleniu dotyczącym planowania terapii i współpracy na linii szkoła-dom. <sup>[36]</sup>

## **Programy małych kroków powinny brać pod uwagę całość kontekstu leczenia zaburzeń lękowych.**

MW to zaburzenie lękowe a trudność w odzywaniu się to jego główny objaw. <sup>[1, 85]</sup> Terapia MW przy użyciu metod behawioralnych może prowadzić do całkowitego pozbycia się problemu MW, szczególnie, jeśli dziecko jest w bardzo młodym wieku. <sup>[35]</sup> Jednak osoby z MW prawdopodobnie mają predyspozycję genetyczną lub są zasadniczo szczególnie skłonne do rozwinięcia stanów i zaburzeń lękowych. Dlatego zaleca się szersze podejście, które:

- będzie zawierać strategię radzenia sobie z lękiem w dalszym życiu,

- pomoże zrozumieć fizjologię strachu i rolę ciała migdałowatego w rozwijaniu i leczeniu fobii, co może pomóc starszym dzieciom i dorosłym z MW "zdystansować się od problemu" i zyskać kontrolę nad swoim strachem,
- będzie wspierać rodziców, którzy odczuwają lęk i mogą przelewać go na dzieci,
- uświadomi rodziców, którzy mają zdiagnozowane zaburzenie lękowe, że mogą oni szukać pomocy w różnego rodzaju poradniach, a udział w terapii może im pomóc poradzić sobie z ich problemem.

## Uzasadnienie

- Przyczyn powstania mutyzmu wybiórczego można szukać w skomplikowanej interakcji pomiędzy jednostką i czynnikami środowiska, mianowicie uwarunkowaniami genetycznymi, przebiegiem rozwoju osobowego i czynnikami społecznymi. <sup>[18, 82]</sup> Temperament jest zwykle postrzegany jako zestaw predyspozycji uwarunkowanych genetycznie, które razem z czynnikami środowiskowymi przyczyniają się do dalszego rozwoju osobowości i mają wpływ na rozwój objawów lękowych i strategii radzenia sobie z nimi. <sup>[28, 29, 52]</sup>
- Jerome Kagan i jego współpracownicy po raz pierwszy przeprowadzili badania, w których brały udział dzieci postrzegane jako wrażliwe i strachliwe. Opisali oni, że dzieci miały wspólną cechę temperamentu, którą opisali jako "zahamowanie behawioralne". <sup>[31]</sup> Temperament dzieci z MW często odpowiada tej cesze charakteru tzn. trudno jest im adaptować się do zmian i nowych sytuacji, na które reagują wycofaniem <sup>[16, 27, 82, 55, 57]</sup>. Kagan i jego współpracownicy opisali niechęć do odzywania się do osób obcych jako powszechną cechę zahamowania behawioralnego u bardzo małych dzieci. Badacze stwierdzili, że nieodzywanie się w towarzystwie nieznanym było pierwszym czułym wskaźnikiem zahamowania behawioralnego u dzieci w wieku pięciu lat. <sup>[39]</sup>
- Zahamowanie behawioralne to dobry wskaźnik zaburzeń lękowych. <sup>[33, 77]</sup>
- Dzieci z MW często mają rodziców, którzy także doświadczają zaburzeń lękowych. Na przykład w próbie 30 dzieci z MW, 70% z nich miało historię rodziną fobii społecznych lub MW, a w 37% rodzin MW pojawiło się u krewnych pierwszego stopnia [7].
- W badaniu 50 dzieci, 38,9% matek i 31,4% ojców dzieci z MW przyznało się do nieśmiałości i/lub zaburzeń lękowych, w porównaniu z 3,7% matek i 0,9% ojców w grupie kontrolnej. Rodzice dzieci z MW częściej obserwowali u siebie zachowania unikowe oraz cechy osobowości schizoidalnej niż osoby, które stanowiły grupę kontrolną. To badanie stwierdziło, że MW i fobia społeczna przekazywane są w obrębie rodziny i podkreślono w nim, że diagnoza i proponowana terapia powinna brać to pod uwagę. <sup>[49]</sup>
- Podobnie inne badanie zjawisk psychopatologicznych w rodzinie wykazało, że rodzice dzieci z MW mieli wyższy wskaźnik występowania fobii społecznych i osobowości unikowej niż grupa kontrolna (odpowiednio 37% do 14,1% oraz 17,5% do 4,7%). [15] Mimo ograniczeń tego badania, te dane są bardzo ważne, ponieważ ilustrują one wyraźny związek pomiędzy obecnością zaburzeń lękowych w rodzinie a MW występującym u dzieci. <sup>[82]</sup>
- MW jest silnym wskazaniem na przyszłe występowanie zaburzeń fobicznych. Na przykład w badaniu klinicznym 33 dzieci, 48% rozwinęło różne zaburzenia fobiczne lub lękowe, kiedy występowały one także u dorosłych. <sup>[77]</sup>

- W dużym badaniu przeprowadzonym w szkole w Anglii, badacze odkryli, że jeden lub więcej rodziców opisał siebie jako nieśmiały u 51% dzieci z MW, w porównaniu z 7% dzieci bez MW. <sup>[11]</sup> W niedawnym badaniu, w którym brali udział uczniowie szkoły w Irlandii, 50% dzieci w MW miało rodzica, który brał udział w terapii MW lub fobii społecznej, a wszystkie dzieci z MW miały przynajmniej jednego rodzica, który opisał siebie jako "bardzo nieśmiały". [71] To typowy wynik badań dotyczących tej tematyki - rodzice często opisują siebie jako cichych lub załęczonych w szkole. <sup>[69]</sup>
- Głównym wnioskiem badań nad lękiem jest to, że ciało migdałowate jest odpowiedzialne za aktywowanie odruchów lękowych (reakcja walki-ucieczki-zamarcia) i innych emocji takich jak strach. <sup>[23, 53, 54, 66]</sup>
- Reakcja ciała migdałowatego na czynniki, które mogą powodować lęk, jest natychmiastowa, automatyczna i nie jest kontrolowana przez świadomość. <sup>[14]</sup>
- "Wyprowadzanie lęku na zewnątrz siebie" jest ważną częścią uzyskiwania kontroli nad nim: "ja nie jestem problemem, to problem jest problemem". <sup>[79, 82]</sup>
- "Dystansowanie się od problemu" może być osiągnięte w przypadku MW poprzez zrozumienie go jako reakcji fobicznej, która może być pokonana. <sup>[36]</sup>

## **Efektywna interwencja musi brać pod uwagę rolę rodziców i zawierać w sobie odpowiednie strategie zaopiekowania się daną osobą.**

Często w literaturze podkreśla się, jaką wagę ma współpraca rodziców z terapeutami i nauczycielami dzieci z MW. <sup>[2, 5, 32, 50, 64, 70, 74, 84, 86]</sup> Rodzice nie tylko najlepiej mogą wpłynąć na środowisko komunikacyjne dziecka w domu i jego otoczeniu; mogą oni także dać dziecku wsparcie bardziej regularne niż to, które otrzyma w szkole czy poradni, bez nieuniknionych przerw w terapii. <sup>[36]</sup>

Jednak należy pamiętać o tym, że MW często wiąże się z dużymi poziomami lęku zarówno u dzieci jak i ich rodziców, nie wspominając o tym, że MW wywołuje strach u opiekunów, którzy nie wiedzą jak z nim postępować. Ten lęk także będzie wpływał na sposób, w jaki rodzic wchodzi w interakcję z dzieckiem. Dlatego ważne jest, żeby specjaliści zdawali sobie sprawę z tego, jaki wpływ mają różne style rodzicielstwa na zachowanie dzieci. Ponadto rodzice powinni także nauczyć się, jak wspierać terapię dziecka na tyle, na ile to tylko możliwe.

## **Uzasadnienie**

- Odpowiedni styl interakcji rodzicielskiej może pomóc zredukować "zahamowanie behawioralne". Rodzic, który zachęca dziecko do rozwijania niezależności i pewności siebie może pomóc mu zredukować swój poziom lęku w nowych sytuacjach społecznych. Opiekunowie mogą dać dziecku szansę na pełniejszy udział w sytuacjach społecznych. <sup>[28]</sup>
- Gdy rodzice są nadopiekuńczy lub pomagają nadmiernie dziecku, które wcale tego nie potrzebuje, to wtedy może to wzmocnić lęk dziecka w nowych sytuacjach, ponieważ jest to dla nich sygnał, że ich strach jest uzasadniony. Badania sugerują, że najlepszym sposobem na wspieranie dzieci, żeby czuły się bardziej samodzielne i mniej załęczone w środowisku społecznym, jest pomaganie im, żeby czuły się tak, jakby nie musiały polegać na swoich opiekunach w nowych sytuacjach. <sup>[28]</sup>

- Badania pokazały, że to, jak zachowują się rodzice określa, jak bardzo dziecko będzie odczuwać strach w obecności nieznanych osób i wydarzeń w późniejszych latach. Stawianie jasnych oczekiwań i granic może nauczyć takie dzieci, jak radzić sobie ze stresem, co zredukuje ryzyko rozwinięcia się stanów lękowych w przyszłości. Natomiast dbający o dziecko ale nadopiekuńczy rodzice, którzy chronią je przed stresującymi wydarzeniami, nieumyślnie zachęcają je do bycia dalej nieśmiałym bo starają się, aby nie musiało ono konfrontować swoich lęków, a dzięki temu dziecko mogłoby je pokonać. <sup>[40, 60]</sup> Badanie prowadzone przez długi okres czasu na setkach dzieci wykazało, że dzieci wysoko reaktywne, którym określono jasne granice zachowania, nie odczuwały zwiększonego poziomu strachu w wieku dwóch lat. Natomiast dzieci, które były w tym samym wieku i były ochraniające przed doświadczeniem stresu pozostały zahamowane behawioralnie i widać było u nich zachowania unikowe i wielki strach w obecności nieznanych osób, przedmiotów i wydarzeń. <sup>[38]</sup> Drugi model rodzicielstwa jest powszechny i zrozumiały, ponieważ jest to bezpośrednia reakcja na zachowanie dziecka i naturalny instynkt, który mówi dzieciom, żeby szukać ratunku u swoich rodziców. <sup>[60, 83]</sup> Reakcje lękowe dzieci i zachowania rodziców, które mają na celu ochronę dzieci, wzajemnie się napędzają. <sup>[22, 60, 84]</sup>
- Wyjątkowo wysoki odsetek młodych osób i dorosłych, którzy doświadczają ataków paniki, przyznaje, że mieli nadopiekuńczych rodziców w dzieciństwie. <sup>[58]</sup>
- Podczas jednego z badań obserwowano 93 dwulatków, którzy brali udział w sześciu nowych dla nich sytuacjach w obecności ich matek. Pobrano od nich próbki śliny na początku i na końcu badania, w celu zmierzenia poziomów kortyzolu, hormonu uwalnianego w wyniku odczuwania stresu. Badanie potwierdziło, że nadmierna reakcja opiekunów, która ma na celu odsunięcie dziecka od doświadczania nowych sytuacji, zwiększała poziom lęku u dziecka <sup>[34]</sup>.
- Inne badanie pokazało, że związek pomiędzy zachowaniem nadopiekuńczego rodzica i odczuwalny poziom lęku jest mocniejszy, gdy zagrożenie jest mniejsze niż większe. Innymi słowy lęk jest większy, gdy opiekun jest nadopiekuńczy, zbyt wyczulony na uczucie strachu i nadmiernie skłonny do reakcji unikowych, a nie kiedy po prostu dba o bezpieczeństwo własnego dziecka <sup>[43]</sup>.
- Badanie prowadzone przez trzy lata i w którym brało udział 214 matek i ich dzieci w wieku 8-10 lat pokazało, że dzieci w zależności cech charakteru inaczej reagowały na różne style wychowania. Dzieci, które odznaczały się silną samokontrolą były częściej lękliwe, gdy ich matka była kontrolująca i radziły sobie lepiej, gdy ich matki dały im więcej niezależności. Natomiast reaktywne, wrażliwe dzieci, które nie umiały dobrze zarządzać swoimi emocjami i zachowaniami, były bardziej zalęknione, gdy ich matki nie ingerowały w to, co się z nimi dzieje. Wreszcie gdy zachowanie matek uzupełniało potrzeby ich dzieci np. potrzebę większej struktury lub autonomii, wtedy dzieci doświadczają o połowę mniej lęku. <sup>[44]</sup>
- Przykłady członków rodziny, którzy mówią za dziecko z MW wzmacniają u dziecka nieodzywanie się, które i tak może wzmacniać się bez takich zachowań, ponieważ dziecko nie musi się ze swoim lękiem mierzyć. <sup>[59, 87]</sup> Akceptacja nieodzywania się nie powoduje MW (matki dzieci z MW i lękiem społecznym bez MW tak samo akceptują nieodzywanie się [87]), ale podtrzymuje je.

## **Podawanie leków może być traktowane jako ostatnia deska ratunku dla starszych dzieci.**



Nie ma wystarczającej ilości dowodów na to, że regularne przyjmowanie leków prowadzi do wyleczenia z MW. Jednak można brać pod uwagę podawanie leków u starszych dzieci w określonych okolicznościach.

## Uzasadnienie

- Interwencja farmakologiczna nie powinna być proponowana rutynowo w leczeniu zaburzeń lękowych u dzieci i młodych osób. <sup>[62]</sup>
- Leczenie farmakologiczne, takie jak zastosowanie leków SSRI, nie przyczynia się do rozwoju odpowiednich umiejętności społecznych lub zachowań adaptacyjnych, które mogą pomóc pokonać objawy stresu. <sup>[3]</sup>
- Leczenie farmakologiczne może być tylko brane pod uwagę, przez zespół ekspertów, u dzieci starszych i młodzieży, kiedy różne inne metody leczenia MW nie działają ze względu na bardzo wysoki poziom lęku i kiedy inne techniki mające na celu zredukowanie lęku, takie jak relaksacja i terapia behawioralno-poznawcza, były także nieskuteczne. <sup>[10]</sup>
- Wyniki badania zalet i wskazań do podania środków farmakologicznych są nieprzekonujące. Potrzebne byłoby więcej podwójnie ślepych prób z dziećmi w różnym wieku i w połączeniu z innymi metodami terapii. <sup>[10, 16]</sup>

## **Istnieją wyraźne wskazania na to, że to w gabinecie logopedycznym powinny mieć miejsce działania mające na celu prowadzenie diagnozy i koordynacji wsparcia dzieci i młodych osób z MW.**

Mimo, że prowadzenie terapii MW i koordynacja poszczególnych działań terapeutycznych łączy ze sobą wiele obszarów działań, należy ustalić, kto będzie prowadził proces diagnozy i wsparcia, inaczej dzieci z MW mogą nie otrzymać odpowiedniego wsparcia. <sup>[42]</sup> W Wielkiej Brytanii zwykle taką rolę przejmują logopedzi.

Jednak w niektórych sytuacjach może wystąpić potrzeba większego wsparcia i bardziej holistycznego podejścia na przykład ze względu na:

- dodatkowy język, trudności rozwojowe i w uczeniu się,
- dodatkowe problemy psychiczne,
- problemy dotyczące relacji w rodzinie lub stanu zdrowia psychicznego rodziców,
- uwarunkowania kulturowe,
- uwarunkowania rodzinne.

Kiedy MW występuje razem z innymi czynnikami, które przekraczają kompetencje logopedy, wtedy musi on współpracować z innymi specjalistami (np. pediatrami, pedagogami szkolnymi, poradniami zdrowia psychicznego, pracownikami opieki społecznej).

## Uzasadnienie

- MW to zaburzenie lękowe, które prowadzi do trudności w komunikacji sytuacyjnej. <sup>[1, 13, 85]</sup> Do kompetencji logopedy należy zajmowanie się szeroką gamą trudności w

komunikacji, włączając w to te o podłożu psychicznym (np. psychogeniczne zaburzenia mowy, zbyt wysoki głos u chłopców po mutacji, nie płynność mowy); dlatego logopedzi są dobrze przygotowani do leczenia MW.

- Współwystępowanie MW i zaburzeń mowy jest dobrze udokumentowane. [24, 48, 76]
- Diagnoza różnicowa MW powinna skupiać się na eliminacji innych zaburzeń komunikacji. [1] Lekarz powinien określić:
  - a. czy dane zaburzenie jest podstawową przyczyną, dla której dziecko nie mówi
  - b. czy występuje ono razem z MW
  - c. zakres, w jakim może to być czynnik wspierający MW
  - d. najlepszy sposób leczenia dwóch przypadłości.
- Wsparcie rodziców, krewnych i personelu pracującego z dzieckiem w zakresie odpowiedniego stylu interakcji z nim jest bardzo ważne w terapii MW i kluczowe dla pracy logopedy.
- Logopedzi wiedzą, jak rozmawiać z pacjentami, żeby dowiedzieć się, jaka była historia choroby.

## Bibliografia

1. **American Psychiatric Association** (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn (DSM 5), American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
2. **Barrett PM, Dadds MR & Rapee RM** (1996) 'Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp333–42.
3. **Beidel DC, Turner SM, Sallee FR, Ammerman RT, Crosby LA & Pathak S** (2007) 'SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, pp1622–32.
4. **Bergman RL & Hunt L** (2008) 'Selective mutism', *Paradigm*, winter issue, pp12–14.
5. **Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J & Keller ML** (2013) 'Integrated behavior therapy for selective mutism: a randomized controlled pilot study', *Behaviour Research and Therapy*, 51 (10), pp680–9.
6. **Bergman RL, Piacentini J & McCracken JT** (2002) 'Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (8), pp938–46.
7. **Black B & Uhde TW** (1995) 'Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (7), pp847–56.
8. **Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB & Voncken M** (2010) 'Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V', *Depression & Anxiety*, 27, pp168–89.
9. **Bradley S & Sloman L** (1975) 'Elective mutism in immigrant families', *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, pp510–4.
10. **Bramble D** (2015) 'Is medication helpful in selective mutism?', Sluckin A & Smith BR (eds), *Tackling Selective Mutism: A Guide for Professionals and Parents*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
11. **Brown BJ & Lloyd H** (1975) 'A controlled study of children not speaking at school', *Journal of the Association of Workers with Maladjusted Children*, 3, pp49–63.
12. **Busse RT & Downey J** (2011) 'Selective mutism: a three-tiered approach to prevention and intervention', *Contemporary School Psychology*, 15, pp53–63.
13. **Carbone D, Schmidt LA, Cunningham CC, McHolm AE, Edison S, St Pierre J & Boyle MH** (2010) 'Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective

- mutism: a comparison with anxious and typically developing children across multiple informants’, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38 (8), pp1057–67.
14. **Carlsson K, Petersson KM, Lundqvist D, Karlsson A, Ingvar M & Öhman A** (2004) ‘Fear and the amygdala: manipulation of awareness generates differential cerebral responses to phobic and fear-relevant (but nonfeared) stimuli’, *Emotion*, 4 (4), pp340–53.
  15. **Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Cohan S & Stein MB** (2007) ‘Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?’, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, pp1464–72.
  16. **Cline T & Baldwin S** (2004) *Selective Mutism in Children*, Whurr, London.
  17. **Cohan SL, Chavira DA & Stein MB** (2006) ‘Practitioner review: psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005’, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, pp1085–97.
  18. **Cohan SL, Price JM & Stein MB** (2006) ‘Suffering in silence: why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed’, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27, pp341–55.
  19. **Cunningham CE** (2001) ‘COPEing with selective mutism: a collaborative school-based approach’, *Consultant’s Manual* produced by the Selective Mutism Service, COPE Program, McMaster Children’s Hospital, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5.
  20. **Cunningham CE, McHolm AE & Boyle MH** (2006) ‘Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls’, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, pp245–55.
  21. **Cunningham CE, McHolm A, Boyle MH & Patel S** (2004) ‘Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism’, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (8), pp1363–72.
  22. **Dadds MR & Roth JH** (2001) ‘Family processes in the development of anxiety problems’, Vasey MW & Dadds MR (eds), *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, Oxford University Press, New York.
  23. **Davis M** (1992) ‘The role of the amygdala in fear and anxiety’, *Annual Review of Neuroscience*, 15, pp353–75.
  24. **Dummit ES, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J & Fairbanks JA** (1997) ‘Systematic assessment of 50 children with selective mutism’, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (5), pp653–60.
  25. **Elizur Y & Perednik R** (2003) ‘Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study’, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (12), pp1451–9.
  26. **Essex SMIG** (Selective Mutism Information Group) (2014) *Selective Mutism: Education Settings Survey*, online, [www.essexlocaloffer.org.uk/content/service-feedback-selective-mutism](http://www.essexlocaloffer.org.uk/content/service-feedback-selective-mutism) (accessed March 2016).
  27. **Ford MA, Sladeczek IE, Carlson J & Kratochwill TR** (1998) ‘Selective mutism: phenomenological characteristics’, *School Psychology Quarterly*, 13 (3), pp192–227.
  28. **Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE & Ghera MM** (2005) ‘Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework’, *Annual Review of Psychology*, 56, pp235–62.
  29. **Fox NA, Nichols KE, Henderson HA, Rubin K, Schmidt L, Hamer D, Ernst M & Pine DS** (2005) ‘Evidence for a gene–environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood’, *Psychological Science*, 16 (12), pp921–6.

30. **Freeman JB, Garcia AM, Miller LM, Dow SP & Leonard HL** (2004) 'Selective mutism', Morris TL & March JS (eds), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* 2nd edn., Guilford Press, New York.
31. **Garcia-Coll C, Kagan J & Reznick J** (1984) 'Behavioural inhibition in young children', *Child Development*, 55, pp1005–19.
32. **Giddan JJ, Ross GJ, Sechler LL & Becker BR** (1997) 'Selective mutism in elementary school: multidisciplinary interventions', *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28, pp127–33.
33. **Hirshfeld DR, Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc EA, Faraone SV, Snidman N, Reznick JS & Kagan J** (1992) 'Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31 (1), pp103–11.
34. **Hutt RL, Buss KA & Kiel EJ** (2013) 'Caregiver protective behavior, toddler fear and sadness, and toddler cortisol reactivity in novel contexts', *Infancy*, 18, pp708–28.
35. **Johnson M & Wintgens A** (2001) *The Selective Mutism Resource Manual*, 1st edn, Speechmark Publishing, Brackley.
36. **Johnson M & Wintgens A** (2015) 'Viewing selective mutism as a phobia of talking: the importance of accurate conceptualisation for effective clinical and parental management', Essau CA & Allen JL (eds), 'Making parenting work for children's mental health' (Chapter 7), *ACAMH Occasional Papers No. 33*, Association for Child and Adolescent Mental Health, London.
37. **Johnson M, Jemmett M & Firth C** (2014) 'Effective care pathways for selective mutism', Sluckin A & Smith BR (eds), *Tackling Selective Mutism: A Guide for Professionals and Parents*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
38. **Kagan J & Arcus D** (1994) 'The neurodevelopmental origins of behavioral inhibition', Symposium paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA.
39. **Kagan J, Reznick JS & Snidman N** (1987) 'The physiology and psychology of behavioral inhibition in children', *Child Development*, 58, pp1459–73.
40. **Kagan J, Snidman N & Arcus DM** (1992) 'Initial reactions to unfamiliarity', *Current Directions in Psychological Science*, 1 (6), pp171–4.
41. **Kearney CA & Albano AM** (2004) 'The functional profiles of school refusal behaviour. Diagnostic aspects', *Behaviour Modification*, 28 (1), pp147–61.
42. **Keen DV, Fonseca S & Wintgens A** (2008) 'Selective mutism: a consensus based care pathway of good practice', *Archives of Disease in Childhood*, 93 (10), pp838–44.
43. **Kiel EJ & Buss KA** (2012) 'Associations among context-specific maternal protective behavior, toddler fearful temperament, and maternal accuracy and goals', *Social Development*, 21 (4), pp742–60.
44. **Kiff CJ, Lengua LJ & Bush NR** (2011) 'Temperament variation in sensitivity to parenting: predicting changes in depression and anxiety', *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39 (8), pp1199–212.
45. **Klein ER, Armstrong SL & Shipon-Blum E** (2012) 'Assessing spoken language competence in children with selective mutism: using parents as test presenters', *Communication Disorders Quarterly*, 20 (10), pp1–12.
46. **Kolvin I & Fundudis T** (1981) 'Elective mute children: psychological development and background factors', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22 (3), pp219–32.
47. **Kopp S & Gillberg C** (1997) 'Selective mutism: a population-based study: a research note', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, pp257–62.

48. **Kristensen H** (2000) 'Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, pp249–56.
49. **Kristensen H & Torgersen S** (2001) 'MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: a case-control study', *Journal of Abnormal Psychology*, 110, pp648–52.
50. **Kumpulainen K** (2002) 'Phenomenology and treatment of selective mutism', *CNS Drugs*, 16 (3), pp175–80.
51. **Kumpulainen K, Rasanen E, Raaska H & Somppi V** (1998) 'Selective mutism among second-graders in elementary school', *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7 (1), pp24–9.
52. **Lau JY, Gregory AM, Goldwin MA, Pine DS & Eley TC** (2007) 'Assessing gene–environment interactions on anxiety symptom subtypes across childhood and adolescence', *Developmental Psychopathology*, 19 (4), pp1129–46.
53. **LeDoux J** (1997) 'Emotion, memory and the brain', *Scientific American*, pp68–75.
54. **LeDoux J** (2003) 'The emotional brain, fear, and the amygdala', *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23 (4–5), pp727–38.
55. **Leonard H & Topol D** (1993) 'Elective mutism', *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 2, pp695–707.
56. **Lescano CM** (2008) 'Silent children: assessment and treatment of selective mutism', *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 24 (1), pp6–7.
57. **Lesser-Katz M** (1986) 'Stranger reaction and elective mutism in young children', *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, pp458–69.
58. **Liebowitz MR** (1994) 'Treatment of the anxiety spectrum of disorders', Symposium paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA.
59. **Manassis K** (2009) 'Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism', *Expert Review Neurotherapeutics*, 9 (2), pp235–43.
60. **Manassis K & Bradley S** (1994) 'The development of childhood anxiety disorders: toward an integrated model', *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, pp345–66.
61. **McHolm A, Cunningham C & Vanier M** (2005) *Helping Your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*, New Harbinger Publications, Oakland, CA.
62. **NICE** (National Institute for Health and Care Excellence) (2016) *Guidelines for social anxiety disorder*, online, [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) (accessed May 2016).
63. **Oerbeck B, Stein MB, Pripp AH & Kristensen H**. (2015) 'Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment', *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24 (7), pp757–66.
64. **Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T, Langsrud Ø & Kristensen H**. (2014) 'A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques', *Child and Adolescent Mental Health*, 19 (3), pp192–8.
65. **Omdal H & Galloway D** (2008) 'Including children with selective mutism in mainstream schools and kindergartens: problems and possibilities', *International Journal of Inclusive Education*, 12 (3), pp301–15.
66. **Rauch SL, Shin LM & Wright CI** (2003) 'Neuroimaging studies of amygdala function in anxiety disorders', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985, pp389–410.

67. **Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, Hennighausen K & Gutenbrunner C** (2001) 'A follow-up study of 45 patients with elective mutism', *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, pp284–96.
68. **Roe V** (2011) 'Silent voices: listening to young people with selective mutism', *British Education Index*, online, [www.leeds.ac.uk/educol/documents/203095.pdf](http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/203095.pdf) (accessed May 2016).
69. **Schum R** (2006) 'Clinical perspectives on the treatment of selective mutism', *Journal of Speech-Language Pathology and Applied Behavioral Analysis*, 1(2), pp149-63.
70. **Schwartz RH, Freedy AS & Sheridan MJ** (2006) 'Selective mutism: are primary care physicians missing the silence?', *Clinical Pediatrics*, 45, pp43–8.
71. **Sharkey L & McNicholas F** (2012) 'Selective mutism: a prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland', *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29 (1), pp36-40.
72. **Sharkey L, McNicholas F, Barry E, Begley M & Ahern S** (2008) 'Group therapy for selective mutism: a parents' and children's treatment group', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, pp538-45.
73. **Sharp WG, Sherman C & Gross AM** (2007) 'Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder', *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (4), pp568–79.
74. **Shipon-Blum E** (2007) *When the words just won't come out: Understanding selective mutism*, online, [www.selectivemutism.org/resources/library](http://www.selectivemutism.org/resources/library) (accessed May 2016).
75. **Standart S & Le Couteur A** (2003) 'The quiet child: a literature review of selective mutism', *Child and Adolescent Mental Health*, 8, pp154–60.
76. **Steinhausen H & Juzi C** (1996) 'Elective mutism: an analysis of 100 cases', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, pp606–14.
77. **Steinhausen HC, Waachter M, Laimbock K & Metzke CW** (2006) 'A long-term outcome study of selective mutism in childhood', *Child Psychology and Psychiatry*, 47 (7), pp751–6.
78. **Svihra M & Katzman MA** (2004) 'Behavioural inhibition: a predictor of anxiety', *Paediatrics & Child Health*, 9 (8), pp547–50.
79. **Thomas L** (2002) 'Poststructuralism and therapy – what's it all about?', *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2, pp85–9.
80. **Toppelberg CO, Tabors P, Coggins A, Lum K & Burger C** (2005) 'Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (6), pp592–5.
81. **Vecchio J & Kearney C** (2009) 'Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management', *Behavior Therapy*, 40 (4), pp380–92.
82. **Viana AG, Beidel DC & Rabian B** (2009) 'Selective mutism: a review and integration of the last 15 years', *Clinical Psychology Review*, 29 (1), pp57–67.
83. **White M** (2007) *Maps of Narrative Practice*, Norton & Company, New York.
84. **Wong P** (2010) 'Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment', *Psychiatry (Edgmont)*, 7 (3), pp23–31.
85. **World Health Organization** (2015) *International Classification of Diseases, 11th edn, Beta draft*, online, <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#> (ICD-11 is due for publication in 2017, World Health Organization, Geneva).
86. **Wright HL** (1968) 'A clinical study of children who refuse to talk in school', *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, pp603–17.
87. **Yeganeh R, Beidel DC & Turner S** (2006) 'Selective mutism: more than social anxiety?', *Depression and Anxiety*, 23, pp117–23.