

## Rola placówek oświatowych we wspieraniu dzieci i młodzieży z mutyzmem wybiórczym

### The role of educational institutions in supporting children and adolescents with selective mutism

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

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

#### ORCID iD

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

#### Streszczenie

Mutyzm wybiórczy należy do zaburzeń o podłożu lękowym i jest coraz częściej identyfikowany w populacji dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Nieustannie poszukuje się interwencji terapeutycznych efektywnych w pracy z dziećmi doświadczającymi lęku i niemożącymi swobodnie komunikować się w środowisku edukacyjnym. W niniejszej pracy zaakcentowano rolę, jaką odgrywają tu placówki oświatowe, zwłaszcza w zakresie profilaktyki, diagnozy i wsparcia w obszarze dobrostanu społecznego i emocjonalnego oraz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Zaprezentowano specyfikę mutyzmu wybiórczego i przybliżono trudności mogące towarzyszyć pracy z osobami, które zmagają się z omawianym zaburzeniem. Przedstawiono też formy oddziaływań terapeutycznych w nurcie behawioralnym możliwe do wdrożenia w placówkach oświatowych. Głównym wnioskiem sformułowanym w artykule jest to, że nauczyciele we współpracy ze specjalistami zatrudnionymi w szkołach mają dobry wgląd i szersze spojrzenie na możliwość pomocy uczniom, którzy doświadczają lęku w relacjach społecznych. Mogą wzmacniać dzieci w procesie nabywania kompetencji komunikacyjnych w środowisku szkolnym, opanowywania nowych umiejętności i radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz wspierać rodziny uczniów.

**Słowa kluczowe:** mutyzm wybiórczy, zaburzenia lękowe, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

#### Abstract

Selective mutism is an anxiety disorder that is increasingly common in the preschool and early childhood population. There is a constant search for effective therapeutic, educational intervention approaches for children experiencing anxiety who cannot communicate freely in non-familial and, especially, educational settings. This paper therefore emphasises the role that educational institutions play or should play in this regard, especially in the areas of prevention, diagnosis, as well as support in relation to the social and emotional well-being and mental health of children and adolescents. The paper characterises the specificity of selective mutism. The diagnostic specifiers and aetiological factors are discussed. Potential difficulties in working with children with selective mutism, as well as forms of therapeutic and behavioural interventions that can be implemented in educational institutions are also discussed. The main conclusion of this study is that teachers, in cooperation with specialists working in schools, have a good insight and a broader view of the possibility to help students who experience anxiety in social relationships. They can support children and also their families in acquiring communication competences in the school environment, learning new adaptive skills and coping with difficult situations. This seems particularly important in a context where, unfortunately, reported research findings indicate that mental health indicators for children and adolescents are deteriorating very rapidly and the number of children in need of psychological and psychiatric support is steadily increasing.

**Keywords:** selective mutism, anxiety disorders, child and adolescent mental health

## WPROWADZENIE

**P**roblematyce zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży poświęca się ostatnio wiele uwagi w dyskusji publicznej i naukowej. Odporność psychiczna to zasób, w który to właśnie szkoła może i powinna wyposażać młode osoby na całe życie. Obecnie akcentuje się więc rolę, jaką placówki oświatowe odgrywają w różnych obszarach profilaktyki, diagnozy i wsparcia w odniesieniu do dobrostanu społecznego i emocjonalnego oraz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (Cox i McDonald, 2020).

Ogłaszane wyniki badań wskazują niestety, że wskaźniki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży szybko się pogarszają, a liczba młodych ludzi potrzebujących wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego stale wzrasta. Z ogólnopolskich badań wyłania się obraz uczniów samotnych, ze skrajnie niskim poczuciem własnej wartości i poczuciem sprawstwa. Warto nadmienić, iż powyższe dane łączą się z doświadczaniem dobrej lub bardzo dobrej sytuacji materialnej (Dębski i Flis, 2023; Raport Rzecznika Praw Dziecka, 2021; Sajkowska i Szredzińska, 2022).

Do najczęstszych rozpoznań w omawianej populacji należą zaburzenia internalizacyjne (zwłaszcza o podłożu lękowym) oraz rozwojowe (przede wszystkim zaburzenia rozwoju mowy i języka) (Raport Rzecznika Praw Dziecka, 2021; Sajkowska i Szredzińska, 2022). Wydaje się więc, iż szczególnie opieką i wsparciem otoczeni powinni zostać uczniowie z mutyzmem wybiórczym (MW), którzy ze względu na specyfikę swojego funkcjonowania wykazują specjalne potrzeby edukacyjne, a często nie są zauważani przez psychologów, nauczycieli i wychowawców. Sytuacja osób z MW bywa błędnie oceniana jako niewymagająca interwencji. Specjaliści zatrudnieni w szkole (pedagog, psycholog) i nauczyciele nierzadko postrzegają dzieci z MW jako nadmiernie nieśmiałe, wrażliwe, a nawet buntownicze. W rezultacie uczniowie i rodzice często mają trudności z dostępem do profesjonalnej diagnozy i pomocy.

Co istotne, u wielu dzieci z MW wystąpią w przyszłości objawy innych zaburzeń lękowych (szczególnie lęku społecznego). Nawet po ustąpieniu najbardziej nasilonych objawów MW dzieci wykazują zahamowanie behawioralne, doświadczają trudności w relacjach społecznych i lęku. Mutyzm często także współistnieje z innymi zaburzeniami lękowymi (zespołem lęku społecznego lub separacyjnego, specyficznymi fobiami) oraz wiąże się z zaburzeniami funkcjonowania społecznego, niezdolnością do inicjowania i odwzajemniania interakcji społecznych (World Health Organization, 2019) – zwłaszcza jeśli dziecko pozostaje bez odpowiedniej pomocy w środowisku, w którym MW objawia się najpełniej, czyli w przedszkolu/szkole.

### MUTYZM WYBIÓRCZY – SPECYFIKA I ETIOLOGIA ZABURZENIA

Mutyzm wybiórczy to dość złożone zaburzenie o podłożu lękowym, które zazwyczaj dotyka dzieci w wieku

przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Objawy pojawiają się zwykle między 3. a 6. rokiem życia, a diagnoza stawiana jest między 5. a 8. rokiem życia, najczęściej po rozpoczęciu przez dziecko nauki w szkole (Sharp *et al.*, 2007).

W przypadku MW dziecko nie może mówić w określonych sytuacjach społecznych (zwykle postrzeganych przez nie jako mało komfortowe, najczęściej w placówkach oświatowych) mimo posiadania zdolności mówienia i wykazywania aktywności artykulacyjnej w bardziej komfortowych warunkach. Brakuje precyzyjnych danych dotyczących częstotliwości występowania MW w populacji dzieci; przyjmuje się, że jest to od 0,03–0,76% w krajach Europy Zachodniej, Izraelu i Stanach Zjednoczonych (Bergman *et al.*, 2002; Elizur i Perednik, 2003; Ford *et al.*, 1998; Kopp i Gillberg, 1997 – cyt. za: Bystrzanowska, 2018) aż do 1,9% w Finlandii (Kumpulainen *et al.*, 1998 – cyt. za: Bystrzanowska, 2018). Można więc uznać, iż wskaźnik rozpowszechnienia jest relatywnie niski (choć wydaje się niedoszacowany ze względu na wciąż niewystarczający poziom wiedzy i współwystępowanie mutyzmu z innymi zaburzeniami), ale MW wywiera wielowymiarowy wpływ na funkcjonowanie jednostki oraz stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia psychicznego i samopoczucia uczniów (Langdon i Starr, 2019).

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11<sup>th</sup> Revision, ICD-11) MW rozpoznaje się na podstawie następujących kryteriów:

- Możliwe jest potwierdzenie, że brak mówienia dotyczy określonych sytuacji (zazwyczaj w środowisku szkolnym), natomiast w innych sytuacjach (zazwyczaj w środowisku rodzinnym) dziecko potrafi komunikować się bez przeszkód.
- Okres braku aktywności werbalnej musi przekroczyć miesiąc (z wyłączeniem pierwszego miesiąca funkcjonowania dziecka w nowym przedszkolu lub nowej szkole).
- Objawów nie można wytłumaczyć żadnym całościowym zaburzeniem rozwoju.
- Dziecko nie mówi, ale pewne jest, że zna i rozumie język.
- Selektywność mowy jest na tyle nasilona, że utrudnia osiągnięcie sukcesów edukacyjnych (World Health Organization, 2019).

Warto zaznaczyć, że MW jest zaburzeniem wieku dziecięcego, czyli w większości przypadków objawy pojawiają się przed ukończeniem 5. roku życia. Mogą jednak także wystąpić po raz pierwszy w momencie rozpoczęcia nauki szkolnej – dziecko doświadczając wówczas zwiększonej presji na aktywność werbalną w sytuacjach związanych z ekspozycją społeczną (World Health Organization, 2019).

Przyczyny MW próbuje się wyjaśniać w kontekście wielu teorii naukowych. To istotne, gdyż wiedza o potencjalnych czynnikach wyzwalających i utrzymujących obecnych w danym przypadku pozwala na zaprojektowanie indywidualnej formy oddziaływania wychowawczo-terapeutycznego. Celem niniejszego opracowania nie jest omówienie teorii wyjaśniających przyczyny MW, lecz tylko zasygnalizowanie

czynników mogących mieć wpływ na rozwój zaburzenia, zwłaszcza że dotychczas nie zaproponowano jednoznacznej teorii tłumaczącej etiopatogenezę MW (Kos, 2020b, s. 161). Zarówno w DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> Edition) (American Psychiatric Association, 2022), jak i w ICD-11 stwierdzono, iż przyczyną MW może być lęk. Najprawdopodobniej jest to także zaburzenie genetycznie uwarunkowane – MW rozpoznaje się bowiem u dzieci, u których rodzica/rodziców (lub w rodzinie w poprzednich pokoleniach) występowały zaburzenia lękowe. Na podstawie dostępnych danych nie jest jednak możliwe stwierdzenie, czy lęk społeczny u dzieci jest przyczyną, czy konsekwencją MW (Starke i Subellok, 2015). W ramach przeglądu literatury można więc zauważyć, że przyczyny MW są wyjaśniane w kontekście fobii społecznej czy lęku społecznego. Wskazuje się ponadto, iż MW może pojawić się jako reakcja na traumę. Niektórzy łączą MW z deficytami neurologiczno-audiologicznymi, a inni wyjaśniają to zaburzenie w perspektywie systemów rodzinnych. W literaturze akcentuje się zatem czynniki biologiczne, genetyczne, a także społeczno-kulturowe (m.in. Bystrzawska, 2018; Holka-Pokorska *et al.*, 2018; Kos, 2020b).

### **ŚRODOWISKO SZKOLNE JAKO PRZESTRZEŃ ODDZIAŁYWANIA TERAPEUTYCZNO- WYCHOWAWCZEGO W PRZYPADKU MUTYZMU WYBIÓRCZEGO**

Wyniki badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II pokazują, że w populacji dzieci i nastolatków w wieku 7–17 lat w Polsce zaburzenia internalizacyjne (przede wszystkim lęki, fobie) mogą dotyczyć 7,3% osób, a najczęstszym rozpoznaniem są zaburzenia rozwojowe, w tym zaburzenia rozwoju mowy i języka (Sajkowska i Szredzińska, 2022).

Z raportu przygotowanego na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka (2021) wynika, iż ogólne niezadowolenie z życia, które jest związane z brakiem odczuwania szczęścia, radości i pogody ducha (w stopniu zagrażającym zdrowiu psychicznemu), dotyczy 17% uczniów i 14% uczennic klasy II szkoły podstawowej (tendencja utrzymuje się w latach późniejszych – w klasie VI szkoły podstawowej oraz klasie II liceum i technikum niezadowolenie zgłaszało 11% uczniów i 15% uczennic).

Raport z badania „Młode Głowy” (2023) wskazuje, że 65,9% uczniów chciałoby mieć więcej szacunku do siebie, 58,4% czuje się bezużytecznych, 46% ma skrajnie niską samoocenę, a 31,6% nie lubi siebie. Stres dnia codziennego przerasta 81,9% badanych, a co trzecie dziecko nie ma chęci do życia (8,8% uczestników podaje, że podjęło próbę samobójczą) (Dębski i Flis, 2023).

Tylko 62% polskich uczniów deklaruje zadowolenie ze swojego życia, podczas gdy średnia dla krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD) wynosi 67% (Sitek i Ostrowska, 2020, s. 241).

Wydaje się, iż właśnie szkoła jest przestrzenią, w której wszystkie dzieci – zwłaszcza zaś dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i MW – powinny mieć szansę, by wzmacniać swoje poczucie bezpieczeństwa, budować poczucie własnej wartości oraz uczyć się inicjować i utrzymywać relacje z rówieśnikami. W kontekście pracy z osobami z MW nadbiera to szczególnego znaczenia. Oddziaływania terapeutyczno-wychowawcze muszą bowiem być wdrażane właśnie w szkole, czyli w środowisku, w którym objawy MW prezentują się najpełniej; w przeciwnym razie nie są efektywne.

Program Międzynarodowej Oceny Umiejętności Uczniów (Programme for International Student Assessment, PISA) – badanie koordynowane przez OECD – pokazuje, że choć polscy uczniowie osiągają wysokie progi punktowe w testach wiedzy, nie są w szkole szczęśliwi i nie czują się z nią związani (Sitek i Ostrowska, 2018, s. 252). Jak się wydaje, polski system edukacyjny (przede wszystkim specyfika doświadczeń i relacji społecznych w środowisku szkolnym) może potęgować stres i lęk, a w rezultacie nie sprzyjać dobrostanowi psychicznemu dzieci – szczególnie uczniów z MW.

Szkoły mogą jednak i powinny odgrywać istotną rolę w rozpoznawaniu i zaspokajaniu potrzeb dzieci z MW, być głównym koordynatorem udzielanego im wsparcia. Stworzenie możliwości lepszego radzenia sobie z MW na terenie szkoły i poprawa dobrostanu psychicznego dzieci wymagają nieco innego rozłożenia akcentów – przeniesienia części uwagi wychowawców z rozwoju wyłącznie intelektualnego na rozwój społeczny i emocjonalny ucznia. Potrzebne są empatyczna postawa, zrozumienie potrzeb dziecka z MW przez nauczycieli i zaangażowanie rodziców jako kluczowych interesariuszy w procesie oddziaływania terapeutyczno-wychowawczego.

### **SPECYFIKA WSPARCIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEGO UCZNIÓW Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM Z UWZGLĘDNIENIEM ZRÓŻNICOWANYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH W PLACÓWKACH OŚWIATOWYCH**

Placówki edukacyjne odgrywają wielowymiarową rolę we wspieraniu dzieci z MW. Nauczyciele i specjaliści zatrudnieni w szkołach mogą wspomagać uczniów z MW w trzech wymiarach, którymi są (1) samodoskonalenie i edukowanie innych, (2) identyfikowanie, planowanie i koordynowanie wsparcia dla ucznia na terenie szkoły, (3) tworzenie warunków sprzyjających optymalnemu rozwojowi w triadzie: nauczyciel, rówieśnicy – uczeń z MW – rodzice ucznia (White i Bond, 2022).

Kluczowe dla wspierania dzieci z MW na terenie szkoły jest uprzednie zrozumienie specyfiki zaburzenia przez nauczycieli i innych pracowników. Nauczyciele powinni więc uzupełniać wiedzę swoją i pozostałych osób pracujących

w szkole, a także uczniów i rodziców na temat specyfiki MW. Edukacja powinna tu dotyczyć całej społeczności szkolnej, albowiem oddziaływania terapeutyczno-wychowawcze wobec dziecka z MW muszą być realizowane w szeroko rozumianym środowisku szkolnym.

Specjaliści zatrudnieni w szkole (psycholog, pedagog) i nauczyciele w toku codziennej pracy dydaktyczno-wychowawczej mogą najszybciej dostrzec trudności dziecka z MW, rozpoznać indywidualne możliwości psychofizyczne czy potrzeby rozwojowe i edukacyjne ucznia. Warunkuje to optymalną, efektywną pomoc psychologiczno-pedagogiczną na terenie szkoły. Identyfikacja wczesnych objawów zaburzenia przez nauczycieli pozwala uniknąć opóźnień w planowaniu i wdrażaniu interwencji wychowawczo-terapeutycznej.

Konieczne jest również angażowanie się nauczycieli w planowanie pracy z uczniem z MW (w zakresie form i sposobów udzielania pomocy czy rodzajów potrzebnych dostosowań). Spójne i kompleksowe działania przynoszą bowiem zazwyczaj najlepsze rezultaty. Istotne jest zaoferowanie uczniowi z MW bezpośredniego wsparcia w szkole – przykładowo stworzenie warunków, które będą sprzyjać indywidualnej pracy z dzieckiem oraz rozpoznawaniu i zaspokajaniu jego potrzeb, czy dostosowywanie metod pracy i wymagań.

Każdy nauczyciel, jako osoba będąca w stałym kontakcie z dzieckiem z MW, jest odpowiedzialny za tworzenie warunków do zaspokajania potrzeb edukacyjnych wynikających ze specyfiki zaburzenia. Odgrywa decydującą rolę w procesie wychowania i kształcenia w szkole, może najszybciej rozpoznać trudności ucznia i najskuteczniej udzielić mu pomocy. Wychowawca oddziałuje w naturalnych warunkach funkcjonowania dzieci. Podstawowy układ, w którym w szkole może zostać udzielona pomoc dziecku z MW, to relacja uczeń – nauczyciel – rówieśnicy. Niezwykle ważne jest, aby uczeń dostawał od nauczyciela wsparcie, które pozwoli mu na odkrywanie własnego potencjału oraz pokonywanie trudności i ograniczeń związanych z zaburzeniem.

Nauczyciel najlepiej zna realia szkoły, więc to on powinien zaplanować i wdrożyć adekwatne formy wsparcia dla ucznia z MW. Cały proces przebiega najefektywniej i wiąże się z najmniejszym stresem dla dziecka, gdy jest realizowany we współpracy z rodzicami. Rodzice mogą pełnić funkcję ekspertów, osób mających najszerszą wiedzę na temat specyfiki MW. Mogą też jednak nieumyślnie wzmacniać MW. Rolą szkoły jest więc także zapewnienie warsztatów i szkoleń dla rodziców, którzy nie rozumieją, czym jest MW. Praca w triadzie uczeń – rodzic – nauczyciel, pomocna w stworzeniu optymalnych warunków do rozwoju dziecka, jest bardzo istotna, zwłaszcza że istnieją dowody na to, iż rodzice odgrywają kluczową rolę w kontekście długotrwałego utrzymywania się efektów terapii (White i Bond, 2022). Osobami najlepiej przygotowanymi do wspierania nauczycieli pracujących z uczniami z MW i rodziców wydają się psychologowie edukacyjni, psychologowie szkolni (Conn i Coyne, 2014; White i Bond, 2022). Mogą oni również

pomóc w zaplanowaniu indywidualnej interwencji behawioralnej, która – realizowana w miejscu, gdzie ujawniają się objawy MW – stanowi w świetle dowodów z literatury najskuteczniejszą formę wsparcia.

Proces terapeutyczny najczęściej organizowany jest według trzech dopełniających się i przeplatających paradygmatów: behawioralnego, poznawczo-rozwojowego, psychodynamicznego. W Polsce najczęściej prowadzone i najlepiej opisane w literaturze są oddziaływania osadzone w nurcie behawioralnym (Bystrzanowska, 2018; Johnson i Wintgens, 2016; Kos, 2020a).

Terapia behawioralna jest zazwyczaj podejściem multimetodycznym, które powinno uwzględniać specyfikę funkcjonowania dziecka w szerszym kontekście. Warto określić jakość interakcji społecznych ucznia, potrzeby komunikacyjne, zdolność do nawiązywania przyjaźni, motywację do tworzenia relacji społecznych czy poziom zahamowania w wyrażaniu emocji (Kos, 2020a).

Na podstawie analizy literatury można stwierdzić, że w Polsce najlepiej poznane i opisane zostały trzy techniki behawioralne, które niwelują objawy MW: desensytyzacja, wygaszanie bodźca oraz modelowanie.

Z nurtu terapii behawioralnej wywodzi się metoda małych kroków (*sliding in*), którą można z powodzeniem wdrażać w szkołach. Jest to oddziaływanie oparte na mechanizmie przeciwwarunkowania. W procesie desensytyzacji dziecko stopniowo uczy się akceptować bodziec lękotwórczy i z czasem odzyskuje możliwość wypowiadania się. Praca polega na regularnej ekspozycji na bodziec, który początkowo wywołuje lęk, i sukcesywnym zwiększaniu obciążenia komunikacyjnego. Nie wywierając presji, stwarzamy okoliczności, w których dziecko może wykazać się aktywnością werbalną, oswajając się z sytuacjami wywołującymi lęk i niemożność mówienia, sztywność emocjonalną, napięcie, niepokój. Optymalnie jest, gdy odbywa się to w środowisku edukacyjnym i gdy początkowo w pracy biorą udział rodzice. Na gruncie polskim metodę małych kroków rozwija i popularyzuje Maria Bystrzanowska (Bystrzanowska, 2018; Johnson i Wintgens, 2016; Kos, 2020a).

Oprócz powyższych interwencji w literaturze wskazuje się wiele innych metod mających sprzyjać rozwojowi komunikacji, które pracownicy szkoły mogą wykorzystać do wspierania dzieci z MW. Są to przykładowo: tworzenie bezpiecznych stref/wysp w klasie (obszarów, gdzie zmniejszane są wymagania werbalne), stosowanie wizualnych harmonogramów i ustalanie procedur w formie graficznej (White i Bond, 2022), tworzenie atmosfery dającej poczucie bezpieczeństwa, przestrzeganie zasady stopniowego zwiększania obciążenia komunikacyjnego, wydłużanie czasu oczekiwania na odpowiedź, wykorzystywanie nagrań audio/wideo w procesie komunikacji (Bystrzanowska, 2018; Kovac i Furr, 2019) czy wreszcie wdrażanie elementów muzykoterapii na terenie szkoły. Wyzwalanie emocji, aktywizowanie uczuć za pomocą elementów muzykoterapii przyczynia się do inicjowania komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, ułatwia nawiązywanie relacji z innymi (Kos, 2022).

## PODSUMOWANIE

Wczesna identyfikacja potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży często zależy od wiedzy, zrozumienia, a nawet intuicji nauczycieli i innych specjalistów zatrudnionych w szkołach – co nabiera szczególnego znaczenia w kontekście możliwości rozwoju poznawczego i emocjonalno-społecznego dzieci z MW. Mutyzm wybiórczy jest zaburzeniem, które bez odpowiedniej interwencji może powodować szereg negatywnych skutków, chociażby zespół lęku społecznego, depresję czy myśli samobójcze (Chavira *et al.*, 2007).

Kluczowa wydaje się tu praca zespołowa rodziców, nauczycieli, psychologa szkolnego i logopedy. Warto nadmienić, iż ze względu na wciąż toczącą się debatę na temat granic ról poszczególnych specjalistów w zakresie interwencji terapeutyczno-wychowawczej wśród dzieci z MW mutyzm jest identyfikowany z opóźnieniem, co przekłada się na późne wdrażanie specjalistycznego wsparcia i terapii.

Analiza literatury wskazuje również, że w procesie terapeutycznym w MW istotną rolę odgrywa współpraca z rodzicami, dzielenie się doświadczeniem i wiedzą, rozwijanie porozumienia między rodzicami a nauczycielami. Należy zaakcentować konieczność takiej współpracy, ponieważ wiadomo, że rodzice dzieci z MW często sami doświadczają objawów lęku (także lęku społecznego) – i może to być jeden z powodów, dla których czasami nieumyślnie wzmacniają objawy MW u dziecka (White i Bond, 2022).

Placówki oświatowe pełnią ważną funkcję w zmianie perspektywy nauczania i wychowywania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – z myślenia w kategoriach „co jest potrzebne”, „jak powinno być” na myślenie „co trzeba/można zrobić” w kontekście dobrostanu emocjonalnego najmłodszych. Nauczyciele mają dobry wgląd i szersze spojrzenie na możliwość pomocy uczniom doświadczającym lęku w relacjach społecznych. Mogą wzmacniać dzieci w procesie nabywania kompetencji komunikacyjnych w środowisku szkolnym, opanowywania nowych umiejętności i radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz wspierać rodziny uczniów.

### Konflikt interesów

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

## Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> ed., text rev.). American Psychiatric Association, 2022.
- Bystrzanowska M: Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2018.
- Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C *et al.*: Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 1464–1472.
- Conn BM, Coyne LW: Selective mutism in early childhood: assessment and treatment of an African American preschool boy. *Clin Case Stud* 2014; 13: 487–500.
- Cox P, McDonald JM: Analysis and critique of ‘Transforming children and young people’s mental health provision: a green paper’: some implications for refugee children and young people. *J Child Health Care* 2020; 24: 338–350.
- Dębski M, Flis J: MŁODE GŁOWY. Otwarcie o zdrowiu psychicznym. Raport z badania dotyczącego zdrowia psychicznego, poczucia własnej wartości i sprawczości wśród młodych ludzi w Polsce. Fundacja UNAWEZA, Warszawa 2023.
- Holka-Pokorska J, Piróg-Balcerzak A, Jarema M: The controversy around the diagnosis of selective mutism – a critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria. *Psychiatr Pol* 2018; 52: 323–343.
- Johnson M, Wintgens A: The Selective Mutism Resource Manual. Speechmark, London 2016.
- Kos E: Forms of therapy of a child with selective mutism in the environment outside the family, embedded in a behavioral therapeutic approach. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej* 2020a; 31: 287–304.
- Kos EA: Etiologia mutyzmu wybiórczego. Przegląd teorii. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej* 2020b; (40): 159–174.
- Kos EA: Muzykoterapia i interwencja oparta na muzyce jako forma pracy terapeutyczno-wychowawczej łagodząca objawy mutyzmu wybiórczego u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. *Psychiatr Psychol Klin* 2022; 22: 186–192.
- Kovak LM, Furr JM: What teachers should know about selective mutism in early childhood. *Early Child Educ J* 2019; 47: 107–114.
- Langdon HW, Starr MBL: Collaboration between a speech and language pathologist (SLP) and a marriage and family therapist (MFT) in treating selective mutism: a case study report. *Listy klinické logopedie* 2019; 3: 83–86.
- Sajkowska M, Szredzińska R (eds.): Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2022.
- Sharp WG, Sherman C, Gross AM: Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder. *J Anxiety Disord* 2007; 21: 568–579.
- Sitek M, Ostrowska EB (eds.): PISA 2018. Czytanie, rozumienie, rozumowanie. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2020.
- Starke A, Subellok K: Wenn Kinder nicht sprechen – Selektiver Mutismus. *Sprachförderung und Sprachtherapie* 2015; 4: 2–7.
- Raport Rzecznika Praw Dziecka: Ogólnopolskie badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce. Warszawa 2021. Available from: <https://brpd.gov.pl/wp-content/uploads/2021/08/Raport-Rzecznika-Praw-Dziecka-Og%C3%B3lnopolskie-badanie-jako%C5%9Bci-%C5%BCyca-dzieci-i-m%C5%82odzie%C5%BCy-w-Polsce-PDF.pdf>.
- White J, Bond C: The role that schools hold in supporting young people with selective mutism: a systematic literature review. *JORSEN* 2022; 22: 232–242.
- World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11<sup>th</sup> ed.). 2019. Available from: <https://icd.who.int/en>.