

Mutyzm wybiórczy – symptomatologia i czynniki predysponujące do ujawnienia się objawów zaburzenia u dzieci

Selective mutism – symptomatology and predisposing factors in children

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

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

ORCID iD

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

Streszczenie

W tekście podjęto problematykę mutyzmu wybiórczego, będącego zaburzeniem o podłożu lękowym. Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że wciąż nie ma – zwłaszcza w polskiej literaturze psychologicznej i pedagogicznej – zbyt wielu opracowań na temat mutyzmu wybiórczego (selektywnego), czyli niepodejmowania przez jednostkę aktywności werbalnej w wybranych sytuacjach społecznych. Artykuł zawiera dane odnoszące się głównie do epidemiologii i etiologii mutyzmu wybiórczego oraz potrzeby podejmowania terapii w jak najkrótszym czasie po diagnozie. Jak wynika z danych epidemiologicznych, mutyzm wybiórczy dotyka coraz liczniejszą grupę dzieci. Uniemożliwia osiągnięcie sukcesów edukacyjnych, a przede wszystkim rozwój w zakresie funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. Symptomy wskazujące na mutyzm wybiórczy są niestety bardzo często bagatelizowane lub mylone z innymi trudnościami rozwojowymi. Należy podkreślić, iż wczesna i trafna diagnoza jest bardzo ważna, gdyż mutyzm wybiórczy może się stać fundamentem dla rozwoju lęku społecznego, zaburzeń o charakterze depresyjnym i wielu innych problemów. W pracy opisano specyfikatory diagnostyczne mutyzmu wybiórczego oraz aktualne tendencje w zakresie wyjaśniania wybranych przyczyn zaburzenia, zwłaszcza w kontekście teorii poliwalnej i koncepcji Bar-Haima i Henkina (skoncentrowano się na wątkach, które nie są zbyt często przywoływane w literaturze). Zaprezentowano także zaburzenia i trudności zwykle towarzyszące mutyzmowi wybiórczemu. Artykuł powinien stać się przyczynkiem do refleksji nad koniecznością zaprojektowania skutecznych protokołów przeciwdziałania zaburzeniu i niwelowania jego skutków. Z przeglądu literatury wynika, iż wciąż brakuje badań empirycznych poświęconych skuteczności terapii mutyzmu wybiórczego u dzieci i młodzieży.

Słowa kluczowe: mutyzm wybiórczy, etiologia mutyzmu wybiórczego, specyfikatory diagnostyczne mutyzmu wybiórczego, zaburzenia towarzyszące mutyzmowi wybiórczemu

Abstract

The paper discusses the issue of selective mutism, which is an anxiety disorder. Literature analysis shows that studies on selective mutism, i.e. an individual's failure to speak in specific social situations, are missing, especially in Polish psychological and educational literature. The paper presents mainly data on the epidemiology and aetiology of selective mutism, emphasising the need to initiate therapy as soon as possible after the diagnosis. According to epidemiological data, the number of children with selective mutism is growing. This prevents educational success, and, above all, emotional and social development. Unfortunately, symptoms indicative of selective mutism are very often underestimated or confused with other developmental problems. It should be emphasised that early and accurate diagnosis is very important as selective mutism can give rise to social anxiety, depressive disorders and many other problems. The paper describes the diagnostic specifiers of selective mutism and the current trends in explaining some of the causes of the disorder, especially in the context of polyvagal theory and the concept of Bar-Haim and Henkin (with the focus placed on the aspects that are rarely cited in the literature). The disorders and difficulties usually associated with selective mutism are also mentioned. We expect that the paper will contribute to the reflection on the need to develop effective protocols to properly manage the disorder and eliminate its effects. Our literature review shows that empirical studies on the efficacy of selective mutism therapy in children and adolescents are still missing.

Keywords: selective mutism, the aetiology of selective mutism, diagnostic specifiers of selective mutism, disorders accompanying selective mutism

Osoba z mutyzmem wybiórczym (MW) zazwyczaj może swobodnie, bez zahamowań rozmawiać z innymi ludźmi w środowisku postrzeganym przez siebie jako bezpieczne, przykładowo w domu, ale z powodu odczuwanego lęku milczy w sytuacjach społecznych, które postrzega jako mniej komfortowe. Objawy MW są najbardziej dostrzegalne w sytuacjach związanych z kontekstem edukacyjnym – przebywaniem w przedszkolu lub szkole. Zaburzenie, które dziś określibyśmy mianem MW, opisano po raz pierwszy w XIX wieku. W 1877 roku Adolf Kussmaul, prezentując przypadek dziecka odmawiającego mówienia w określonych sytuacjach, nazwał to zaburzenie afazją dobrowolną (*aphasia voluntaria*). Na początku lat 30. XX wieku dokonano modyfikacji nazwy: w 1934 roku Moritz Tramer, szwajcarski pionier psychiatrii dziecięcej, zaproponował termin „mutyzm planowany” (*elective mutism*) (Wong, 2010). Oba określenia niezbyt trafnie oddawały specyfikę zaburzenia, gdyż koncentrowały się na zamierzonym, planowanym lub dobrowolnym charakterze odmowy mówienia przez dziecko.

Późniejsze badania nad MW potwierdziły, że fundamentem zaburzenia jest odczuwanie silnego lęku (Meslin-Kuźniak i Nowicka-Sauer, 2020). Dlatego w 1994 roku, w czwartej edycji *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych – DSM-IV* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition), opisywany stan określony został jako MW. Wybiórczość odnosi się tu do wybranych sytuacji, w których dziecko nie może mówić, a nie – jak sugerowały poprzednie terminy – celowości powstrzymywania się od mówienia (Wong, 2010).

MW jest uznawany za dość rzadkie, wielopłaszczyznowe zaburzenie o podłożu lękowym. Trudno jednoznacznie określić skalę problemu w populacji. Z raportów badawczo-epidemiologicznych pochodzących z Europy Zachodniej, Stanów Zjednoczonych czy Izraela wynika, że MW pojawia się w populacji z częstością od 0,03–0,76% (odnosi się to do ekstremalnej postaci zaburzenia, nazywanej mutyzmem ciężkiego stopnia) (Bergman *et al.*, 2002; Elizur i Perednik, 2003, cyt. za Bystrzanowska, 2018; 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). Tak duża rozpiętość danych odzwierciedla przede wszystkim brak jednolitych narzędzi służących do rozpoznawania MW i różnicowanie nasilenia objawów u poszczególnych osób.

Biorąc pod uwagę, że zaburzenia o charakterze lękowym są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi wśród dzieci i młodzieży i cechują się stałym wzrostem rozpowszechnienia (które obecnie sięga 5–20%) (Meslin-Kuźniak i Nowicka-Sauer, 2020), a także zakładając, że wskaźniki epidemiologiczne w Polsce nie odbiegają znacząco od ustalonych w krajach o podobnej kulturze – można przypuszczać, iż w każdym polskim przedszkolu i każdej szkole podstawowej uczy się 1–2 dzieci z MW.

Zaburzenie to jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia psychicznego i samopoczucia uczniów (Langdon i Starr, 2019).

Zazwyczaj dotyka dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Pierwsze symptomy pojawiają się zwykle między 3. a 6. rokiem życia, natomiast rozpoznanie ustalone jest między 5. a 8. rokiem życia, najczęściej po rozpoczęciu przez dziecko nauki w szkole (Sharp *et al.*, 2007).

MW towarzyszą przeważnie innego rodzaju zaburzenia i trudności. MW może wiązać się z lękiem społecznym, zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi, a także nieprawidłowościami językowymi (Cohan *et al.*, 2008; Kristensen, 2000). Wielu badaczy twierdzi, że lęk społeczny dotyczy niemal wszystkich dzieci z MW i jest podstawowym czynnikiem etiopatogenezy MW (zob. m.in. Black i Uhde, 1995; Cohan *et al.*, 2008; Dummit *et al.*, 1997; Kristensen, 2000). Pojawia się więc wątpliwość, czy MW to odrębne zaburzenie, czy może tylko jeden z objawów lęku społecznego. Pomimo bezsprzecznych podobieństw między zespołem lęku społecznego a MW istnieje przesłanka, która wskazuje, że mutyzm jest odrębnym zaburzeniem. Średni wiek wystąpienia zespołu lęku społecznego to 13 lat, natomiast pierwsze objawy MW pojawiają się zwykle przed ukończeniem 5. roku życia (American Psychiatric Association, 2013) – co może świadczyć o odrębności obu zaburzeń. Istnieje jednak hipoteza, zgodna z którą MW to rozwojowa zapowiedź zespołu lęku społecznego. Wiele dzieci, które w dzieciństwie doświadczały objawów MW, z czasem wykazuje bowiem objawy zespołu lęku społecznego (Bergman *et al.*, 2002). Jednym ze źródeł wiedzy są tu raporty z badań retrospektywnych z udziałem osób dorosłych doświadczających lęku społecznego. Wspominają one, iż w dzieciństwie miały objawy mogące wskazywać na MW (Dow *et al.*, 1995; Steinhausen *et al.*, 2006).

Związane z MW deficyty językowe mogą wynikać z opóźnień w rozwoju mowy. Warto nadmienić, że od około jednej trzeciej do połowy dzieci z MW ma problemy językowe (Andersson i Thomsen, 1998; Cohan *et al.*, 2008; Kristensen, 2000; Manassis *et al.*, 2003; Steinhausen i Juzi, 1996). Trudności dziecka przybierają formę rozpoznawalnych dla otoczenia zaburzeń komunikacji lub bardziej subtelnymi, niejednoznacznymi opóźnieniami w przebiegu procesu rozwoju kompetencji z zakresu komunikacji werbalnej. Kompetencje narracyjne i konwersacyjne dzieci z MW – mimo że są one zazwyczaj w normie intelektualnej i rozwijają się prawidłowo pod względem słuchowym, ruchowym czy emocjonalnym – także osiągają niższy poziom niż u rówieśników (Mulligan *et al.*, 2015). MW jest więc zaburzeniem dość złożonym, którego obraz może nie być jednoznaczny i które często współwystępuje z innymi zaburzeniami lękowymi lub rozwojowymi (Rozenek *et al.*, 2020).

Do specjalistycznej diagnozy MW wykorzystuje się kryteria diagnostyczne zawarte w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), a także w aktualnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

W DSM-5 umieszczono MW w kategorii zaburzeń lękowych rozpoznawanych w okresie niemowlęcym, dzieciństwie lub okresie dojrzewania. Kryteria diagnostyczne MW według DSM-5 są następujące:

- brak mówienia obserwowalny jest tylko w określonych sytuacjach;
- dziecko ma trudność w osiąganiu sukcesów edukacyjnych;
- brak możliwości wypowiedzenia się występuje dłużej niż od miesiąca;
- istnieje możliwość potwierdzenia, że dziecko zna i rozumie język;
- braku powstrzymywania się od aktywności werbalnej nie da się wyjaśnić wyłącznie towarzyszącymi zaburzeniami w komunikacji, takimi jak jękanie czy wady wymowy;
- niemówienie nie jest przejawem braku wiedzy dziecka.

Brak możliwości mówienia w konkretnych sytuacjach jest uważany za nieprzystosowawczą reakcję behawioralną jednostki na doświadczenie silnego lęku, która prowadzi do utrzymywania się objawów MW.

Etiologii MW upatruje się w czynnikach biologicznych (zwłaszcza genetycznych, audiologiczno-neurologicznych i hormonalnych), temperamentalnych, środowiskowych i rozwojowych (Hua i Major, 2016). W klasyfikacji DSM-5 stwierdzono jednoznacznie, iż przyczyną MW jest lęk. Trzeba podkreślić, że MW to zaburzenie genetycznie uwarunkowane – zazwyczaj można ustalić, iż zaburzenia o charakterze lękowym występowały w przeszłości u rodzica/rodziców dziecka lub w poprzednich pokoleniach rodziny. Również w klasyfikacji ICD-11 (World Health Organization, 2019), która obowiązuje od 1 stycznia 2022 roku, MW (kod 6B06) znajduje się w rozdziale opisującym zaburzenia lękowe. Dotychczas nie ustalono, czy lęk społeczny u dzieci jest czynnikiem wywołującym MW, czy następstwem MW (Starke i Subellok, 2015), czy może MW to jeden z wczesnych przejawów lęku społecznego.

Nadrzędną rolę w etiologii MW odgrywają jednak deficyty i niedostatki otoczenia społecznego dziecka (World Health Organization, 2008). Nie są one przedmiotem niniejszej pracy, niemniej warto nadmienić, iż nadmierna/neurotyczna kontrola, przesadna opiekuńczość, wzorce reakcji lękowych, niska jakość i liczba interakcji werbalnych w domu rodzinnym, wielojęzyczność w rodzinie (pochodzenie migracyjne), a także czynniki związane ze środowiskiem pozarodzinnym (wzór unikania konfrontacji w środowisku przedszkolnym/szkolnym, niesprzyjające postawy nauczycieli czy trudności w relacjach z rówieśnikami) mogą mieć duże znaczenie jako potencjalne przyczyny wystąpienia objawów klinicznych MW (Kos, 2020).

Pisząc o etiologii MW, należy wspomnieć o przyczynach neurobiologicznych. Czynnikiem wywołującym MW może być bowiem nadaktywność obszaru mózgu odpowiedzialnego za odczuwanie stresu w sytuacjach związanych z ekspozycją społeczną. Nie można tu też pominąć czynników organicznych, takich jak zaburzenia hormonalne czy zaburzenia funkcjonowania układu serotonergicznego. Dysfunkcje w działaniu tego układu odgrywają rolę

w przypadku zaburzeń o podłożu lękowym i mogą wpływać na ujawnienie się trudności komunikacyjnych na skutek odczuwania stresu.

Nieemożność mówienia czy stan zamrożenia – przejawy zahamowania behawioralnego – mogą mieć związek z hamującym wpływem nerwu błędnego. Nerw błędny to jeden z najdłuższych nerwów czaszkowych, którego rolą jest przewodzenie impulsów nerwowych na linii mózg – narządy ciała. Bierze on udział w licznych procesach; w kontekście niniejszego opracowania należy nadmienić, iż ułatwia regulację emocji (zwłaszcza lęku, stresu), minimalizuje ryzyko uaktywnienia się stanów depresyjnych i odpowiada za zaangażowanie społeczne człowieka. Teoria poliwalgalna sugeruje, że regulacja nerwu błędnego jest neurofizjologiczną składową zaangażowania społecznego i obejmuje także równoważenie funkcjonowania mięśni krtani i gardła (chodzi o regulację nerwową mięśni krtani i gardła, które oplata nerw błędny; niska reaktywność hamulca nerwu błędnego może skutkować niezdolnością do efektywnej aktywności struktur zaangażowanych w mowę, ale również odczuwaniem napięcia w różnych sytuacjach społecznych) (Heilman *et al.*, 2012).

Jako jedną z przyczyn MW można wskazać także deficyt w zakresie funkcjonowania analizatora słuchowego. Zgodnie z koncepcją Bar-Haima i Henkina dzieci z MW mogą mieć trudność z jednoczesną percepcją przychodzących dźwięków i głośną artykulacją. U wielu z nich rozpoznawane są deficyty funkcjonowania systemów MOCB (*medial olivocochlear bundle* – refleks środkowej wiązki oliwkowo-ślimakowej) i MEAR (*middle-ear acoustic reflex* – refleks akustyczny ucha środkowego)*, czyli eferentnych systemów zaangażowanych w monitorowanie i regulację procesów wokalizacji.

Zmniejszona aktywność słuchowa, wykrywana u części dzieci z MW, może powodować odczuwanie ścieżek słuchowych przez wokalizację oraz zmniejszoną kontrolę maskowania i zniekształcania dźwięków mowy. W rezultacie dzieci mogą z czasem nabyć umiejętność minimalizowania procesów wokalizacji w określonych sytuacjach – zwłaszcza takich, w których niezbędne jest złożone, wysoce efektywne przetwarzanie o charakterze słuchowym (warto nadmienić, iż są to sytuacje charakterystyczne dla środowiska przedszkolnego/szkolnego, w którym objawy MW wyrażają się zazwyczaj najpełniej). W myśl koncepcji Bar-Haima i Henkina w toku adaptacji do opisanych wyżej warunków dzieci zaczynają mówić coraz mniej chętnie – mówią więc niewiele i cicho, a w końcu nie są już w stanie mówić w środowisku pozarodzinnym (Bar-Haim *et al.*, 2004; Holka-Pokorska *et al.*, 2018). W domu warunki do realizacji procesów

* Aby dopełnić wątek, warto wyjaśnić, iż MOCB i MEAR to dwa eferentne systemy, które uczestniczą w procesie monitorowania – a zwłaszcza regulacji – wokalizacji. Funkcją MEAR jest neutralizacja głośnień dźwięków o niskiej częstotliwości, czyli przede wszystkim ograniczenie nadmiernej stymulacji słuchowej dróg nerwowych. Rola systemu MOCB nie została dotychczas w pełni zidentyfikowana. Istnieje hipoteza, zgodnie z którą w przypadku ekspozycji jednostki na dźwięki o umiarkowanej częstotliwości MOCB może zapobiegać uszkodzeniu ślimaka (Holka-Pokorska *et al.*, 2018).

komunikacyjnych kształtują się nieco odmiennie. Rozmowy są podejmowane w znanych dziecku konstrukcjach, zwykle jest to scenariusz „jeden do jednego”. Takie dialogi mogą stać się podstawą efektywnego przetwarzania o charakterze słuchowym. Właśnie dlatego to przede wszystkim dom rodzinny jest komfortowym środowiskiem dla dzieci z MW z deficytami w zakresie funkcjonowania systemów MOCB i MEAR. Dzieci mają przestrzeń do aktywnego angażowania się w komunikację, znają bowiem werbalne schematy stosowane w rodzinie. Doceniają także kameralność sytuacji, w których konieczna jest synchronizacja różnych typów dźwięków pochodzących z wielu źródeł (przykładowo: kilka osób mówi jednocześnie – na ten sam temat lub na różne tematy; nauczyciel zadaje pytanie wymagające namysłu podczas zintensyfikowanych rozmów w klasie; osoba nieznaną, korzystając z nieznanymi dziecku konstrukcji językowych, próbuje nawiązać z nim kontakt).

Dzieci z MW, podobnie jak dzieci z zaburzeniami lękowymi, cechują się zazwyczaj behawioralnie zahamowaną ekspresją temperamentu. Mogą mieć tendencję do wycofywania się z relacji społecznych z mniej znanymi im ludźmi, unikania osób, z którymi czują się mniej komfortowo, lub milczenia w ich towarzystwie. Zarówno dzieci z MW, jak i te z zaburzeniami lękowymi mają świadomość własnych ograniczeń i trudnych emocji, które wiążą się z uczestnictwem w różnych sytuacjach społecznych, jednak nie są w stanie samodzielnie poradzić sobie z problemem (Meslin-Kuźniak i Nowicka-Sauer, 2020).

Właśnie dlatego bardzo ważne jest, aby jak najwcześniej podjąć terapię i zaplanować pomoc, dzięki czemu zaburzenie nie wywrze tak negatywnego wpływu na rozwój poznawczy i społeczny oraz codzienne funkcjonowanie dziecka z MW. Pomoc powinna koncentrować się na wspieraniu dziecka w codziennym radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami i motywowaniu do uczestnictwa w nich zamiast unikania. Działania takie skutkują odwróceniem dziecka i dają szansę na to, że z czasem lęk zaniknie. Podstawową zasadą w relacji z dzieckiem jest całkowite zaniechanie wywierania presji na aktywność werbalną.

MW dotyczy także dzieci, u których zakończył się już proces rozwoju mowy (warto nadmienić, że ich poziom sprawności w zakresie mowy można zazwyczaj określić jako wysoki), a mimo to w określonych sytuacjach nie podejmują one aktywności werbalnej (Hartmann i Lange, 2013, s. 12–13). MW to zaburzenie coraz częściej rozpoznawane, zarazem jednak niezbyt często badane i opisywane w opracowaniach teoretycznych.

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, 5th ed., American Psychiatric Association, Washington, DC 2013.
- Andersson CB, Thomsen PH: Electively mute children: an analysis of 37 Danish cases. *Nord J Psychiatry* 1998; 52: 231–238.
- Bar-Haim Y, Henkin Y, Ari-Even-Roth D et al.: Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 1061–1068.
- Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT: Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 938–946.
- Black B, Uhde TW: Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 847–856.
- Bystrzanowska M: Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów. Impuls, Kraków 2018.
- Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E et al.: Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 770–784.
- Dow SP, Sonies BC, Scheib D et al.: Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 836–846.
- Dummit ES 3rd, Klein RG, Tancer NK et al.: Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 653–660.
- Ford MA, Sladeczek IE, Carlson J et al.: Selective mutism: phenomenological characteristics. *Sch Psychol Q* 1998; 13: 192–227.
- Hartmann B, Lange M: Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Für Angenhörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein 2013.
- Heilman KJ, Connolly SD, Padilla WO et al.: Sluggish vagal brake reactivity to physical exercise challenge in children with selective mutism. *Dev Psychopathol* 2012; 24: 241–250.
- 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.
- Hua A, Major N: Selective mutism. *Curr Opin Pediatr* 2016; 28: 114–120.
- Kos EA: Specyfika funkcjonowania dziecka z mutyzmem wybiórczym w środowisku pozarodzinnym. In: Zając E, Szurek M (eds.): Interdyscyplinarne aspekty diagnozy i terapii logopedycznej. Wydawnictwo UŁ, Łódź 2020: 227–244.
- Kristensen H: Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 249–256.
- 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 Klin Logop* 2019; 3: 83–86.
- Manassis K, Fung D, Tannock R et al.: Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety? *Depress Anxiety* 2003; 18: 153–161.
- Meslin-Kuźniak A, Nowicka-Sauer K: Psychoterapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem zaburzenia lękowego uogólnionego. *Psychiatr Psychol Klin* 2020; 20: 274–282.
- Mulligan C, Hale J, Shipon-Blum E: Selective mutism: identification of subtypes and implications for treatment. *JEHD* 2015; 4: 79–96.
- Rozenek EB, Orlof W, Nowicka ZM et al.: Selective mutism – an overview of the condition and etiology: is the absence of speech just the tip of the iceberg? *Psychiatr Pol* 2020; 54: 333–349.
- 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.

Starke A, Subellok K: Wenn Kinder nicht sprechen – selektiver Mutismus. *Sprachförderung und Sprachtherapie* 2015; 4: 2–7.
Steinhausen, HC, Juzi C: Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 606–614.
Steinhausen HC, Wachter M, Laimböck K et al.: A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 751–756.

Wong P: Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgmont)* 2010; 7: 23–31.
World Health Organization: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 11th ed., World Health Organization, 2019.
World Health Organization: *The World Health Report 2008. Primary health care – now more than ever*. World Health Organization, Geneva 2008.