

**Mgr Alicja Pałac-Nożewska**

ORCID 0000-0002-3988-2835

*Centrum Wsparcia SensiKid*

*Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna TOP w Warszawie*

*Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie*

## **EFEKTYWNE METODY PRACY Z DZIECKIEM Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM**

### **Streszczenie**

Celem artykułu jest przedstawienie rzetelnych metod pracy z dziećmi i młodzieżą z mutyzmem wybiórczym. Skupiono się na analizie potwierdzonych naukowo metod terapeutycznych zaburzeń lękowych. Scharakteryzowano najważniejsze aspekty terapii mutyzmu wybiórczego. Szczególną uwagę poświęcono pracy brytyjskich logopedek Maggie Johnson i Alison Wintgens.

**Słowa kluczowe:** mutyzm wybiórczy • mutyzm selektywny • zaburzenia lękowe • terapia dziecka z mutyzmem wybiórczym.

### **EFFECTIVE METHODS FOR SUPPORTING CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM**

#### **Abstract**

The purpose of the article is to present reliable methods of working with children and adolescents with selective mutism. The focus is on the analysis of scientifically proven methods of treating anxiety disorders. The most important aspects of the therapy of selective mutism are characterized. Special attention is paid to the work of British speech therapists Maggie Johnson and Alison Wintgens.

**Keywords:** selectives mutism • anxiety disorder • child therapy with selective mutism.

## Wstęp

Mutyzm wybiórczy (MW) lub inaczej mutyzm selektywny (SM) jest konsekwentną niemożnością mówienia w określonych sytuacjach społecznych, w których oczekiwane jest posługiwanie się mową, pomimo mówienia w innych sytuacjach. Mutyzm wybiórczy jest zaburzeniem lękowym, fobią i rozumiemy go jako lęk przed mówieniem<sup>1</sup>. Lęk przed mówieniem najczęściej pojawia się między 2–5 rokiem życia i poważnie zakłóca funkcjonowanie życia rodzinnego<sup>2</sup>.

Zaburzenia lękowe są bardzo powszechnymi problemami emocjonalnymi. Jednak u dzieci, które boją się mówić wywołują silny stres i dotkliwe cierpienie. Mutyzm wybiórczy ma negatywny wpływ na wiele dziedzin życia dziecka, w tym funkcjonowanie społeczne, wyniki w nauce i relacje rodzinne. Ogranicza zdolność dziecka do efektywnej komunikacji z nauczycielami, personelem i/lub rówieśnikami oraz pogarsza osiągnięcia w nauce. W związku z tym skuteczna interwencja w dzieciństwie ma kluczowe znaczenie<sup>3</sup>.

## Terapia mutyzmu wybiórczego

W ostatnich latach opracowano liczne programy do terapii zaburzeń lękowych, niestety cały czas brakuje konkretnych informacji na temat leczenia mutyzmu wybiórczego. Z uwagi na bardzo duże podobieństwo i współwystępowanie MW i fobii społecznej zwanej również lękiem społecznym<sup>4</sup>, nie powinno nikogo dziwić, że

---

<sup>1</sup> <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/167946871>, [dostęp: 02.09.2020].

<sup>2</sup> P. Muris, T. H. Ollendick, *Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5*, „Clinical Child and Family Psychology Review” 28.02.2015, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-015-0181-y> [dostęp: 17.04.2022].

<sup>3</sup> J. M. Furr, *Exposure therapy for childhood selective mutism: Principles, practices, and procedures* [w:] T. S. Peris, E. A. Storch, J. F. McGuire (red.), *Exposure therapy for children with anxiety and OCD*, Amsterdam 2020, s. 113–142.

<sup>4</sup> P. Muris, T. H. Ollendick, *Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder*, „Clinical Child and Family Psycholo-

najskuteczniejszą formą terapii MW jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT)<sup>5</sup>. Terapia CBT i leczenie farmakologiczne są również najlepiej opisanymi w literaturze metodami terapeutycznymi<sup>6</sup>. Tymczasem w Polsce przez wiele lat oferowano dzieciom szereg nieskutecznych lub mało skutecznych terapii: pomocy, która nie wychodzi poza gabinet, turnusy wakacyjne, powszechną akceptację zaburzenia lub przekonanie, że rozmowa z jedną osobą, przeniesie się automatycznie na inną<sup>7</sup>. W pracy z MW nie jest również skuteczna Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, trening umiejętności społecznych (TUS), socjoterapia, grupowe zajęcia terapeutyczne dla dzieci nieśmiałych, terapia EEG Biofeedback czy terapia SI, choć mogą stać się oddziaływaniami wspomagającymi<sup>8</sup>.

W ciągu ostatnich kilku lat w Polsce dokonał się znaczący postęp w podejściu do mutyzmu wybiórczego. Maggie Johnson i Alison Wintgens dokonały pewnego uporządkowania i syntezy pracy w nurcie poznawczo-behawioralnym. Opracowały metodę znaną w Polsce jako „metoda małych kroków”. Metoda ta została opracowana głównie w oparciu o techniki behawioralne. „Małe kroki” zawierają jednak w sobie także elementy poznawcze. W tego rodzaju terapii uwzględniamy również wpływ negatywnych myśli na samopoczucie, konieczność relaksacji czy pozytywnej wizualizacji. Techniki „małych kroków” mają potwierdzoną 96% skuteczność<sup>9</sup>.

---

gy Review”, 19.01.2021, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33462750/> [dostęp: 18.04.2022].

<sup>5</sup> B. Oerbeck, *Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 22.01.2018, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-018-1110-7> [dostęp: 22.04.2022].

<sup>6</sup> K. R. Østergaard, *Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy – a systematic review*, „Nordic Journal of Psychiatry” 15.02.2018, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08039488.2018.1439530> [dostęp: 17.04.2022].

<sup>7</sup> M. Bystrzanowska, *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Kraków 2017, s. 65.

<sup>8</sup> A. Pałac-Nożewska, *Skuteczne metody pracy z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym*, „Forum Logopedy” 25.11.2020, <https://forumlogopedy.pl/artikul/skuteczne-metody-pracy-z-dzieckiem-z-mutyzmem-wybiorczym> [dostęp: 19.04.2022].

<sup>9</sup> M. Johnson, A. Wintgens, *Mutyzm wybiórczy. Kompendium wiedzy*, Gdańsk 2018, s. 531.

Wszystkie skuteczne metody i techniki pracy z mutyzmem wybiórczym zakładają, że praca nad tym zaburzeniem musi odbywać się w miejscu występowania lęku, czyli wszędzie tam, gdzie dziecko nie mówi np.: w szkole, przedszkolu, na placu zabaw, sklepie itd. W terapii dziecka z MW oczekuje się ścisłej współpracy i zaangażowania rodziców. Jednakże, aby terapia była skuteczna najbliżsi muszą poznać to zaburzenie i zdobyć odpowiednią wiedzę, aby nieumyślnie go nie wzmacniać i przerwać cykl unikania<sup>10</sup>. Rodzice są uczeni między innymi, w jaki sposób i jakie pytania mają zadawać dziecku, aby odnosić sukcesy w ekspozycji i tego, że zawsze muszą odczekać 5 sekund, zanim dziecko odpowie<sup>11</sup>. Najbliżsi prowadzą oddziaływania terapeutyczne pracując z dzieckiem w terenie: sklepach, kawiarniach, wyjazdach, w odwiedzinach u przyjaciół czy bibliotece. Niegdyś uważano, że najskuteczniejsza jest terapia skupiająca się na pracy z dzieckiem wyłącznie w gabinecie terapeutycznym. W ten sposób pracowali głównie psychoterapeuci w nurcie psychodynamicznym stosując przeważnie technikę zabawy i arteterapii, aby wyłonić jakiś nieświadomy konflikt. Na skutek tej terapii powstało wiele mitów jak np.: to, że dziecko chce ukarać rodziców swoim niemówieniem lub MW jest spowodowany jakąś rodzinną tajemnicą. Dodatkowo okazało się, że terapia behawioralna jest skuteczniejsza niż psychoanalityczna<sup>12</sup>. Aktualna wiedza wskazuje na to, że najskuteczniejsze oddziaływania skupiają się na pracy z dzieckiem wtedy, gdy zaangażowani są rodzice, specjalista oraz koordynator w placówce. Koordynator, czyli terapeuta prowadzący to osoba, która prowadzi terapię dziecka na terenie danej placówki: żłobek, przedszkole, szkoła. Koordynatorem najczęściej zostaje przeszkolony specjalista: pedagog, psycholog, logopeda lub wychowawca dziecka<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> A. Cotter, M. Todd, E. Brestan-Knight, *Parent-Child Interaction Therapy for Children with Selective Mutism (PCIT-SM)* [w:] L. N. Nice (red.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy. Innovations and Applications for Research and Practice*, Cham 2018, s. 116.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 122.

<sup>12</sup> B. P. Stone, *Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis*, „School Psychology Quarterly” 2002, nr 2 (17), s. 168–190.

<sup>13</sup> A. Pałac-Nożewska, *Skuteczne metody...*, op. cit.

Specjalista może być również koordynatorem zewnętrznym i prowadzić terapię dziecka z MW.

Wszystkie działania terapeutyczne muszą uwzględniać etap komunikacyjny, na którym znajduje się dziecko. Maggie Johnson i Alison Wintegns<sup>14</sup> wyróżniają osiem etapów swobodnego mówienia.

Etap 0. Dziecko nieobecne – nie wychodzi ze swojego pokoju, ukrywa się gdzieś lub obserwuje z oddali.

Etap 1. Dziecko nieruchome – nie bierze udziału w żadnych aktywnościach, nie porusza się, nie podejmuje prób szukania pomocy, wycofuje się do swojego pokoju.

Etap 2. Dziecko uczestniczy w zajęciach, ale bez komunikowania się – np. układa puzzle, rysuje, bierze podawane mu rzeczy, spełnia prośby, które nie wymagają mówienia, podczas zajęć grupowych bezdźwięcznie porusza ustami lub wykonuje razem z dziećmi określone ruchy.

Etap 3. Dziecko komunikuje się niewerbalnie i na piśmie – odpowiada lub inicjuje rozmowę poprzez gesty: wskazywanie palcem, kiwanie, kręcenie głową, klepanie ręką, rysowanie, pisanie, wyraz twarzy.

Pomost komunikacyjny – dziecko toleruje sytuację, gdy ktoś inny słyszy jego głos (nie szept, nie zakrywa ust), dziecko rozmawia z rodzicem w obecności innej osoby.

Etap 4. Dziecko mówi za pośrednictwem drugiej osoby – odpowiada na pytania innej osoby, które przekazuje mu np.: rodzic. Mówi więc do drugiej osoby, ale za pomocą np.: rodzica, zwykle nie patrzy jeszcze na tę osobę.

Etap 5. Dziecko używa głosu – posługuje się dźwiękami np.: śmiechem, wyrazami dźwiękonaśladowczymi, nuceniem, potakivaniami: „yhy”, „eche”, „hm”.

Etap 6. Dziecko używa pojedynczych słów - odpowiada pojedynczymi słowami na pytania lub używa ich podczas ustrukturalizowanych zajęć.

Etap 7. Dziecko używa zdań – odpowiada na pytania używając zdań, może zdarzyć się spontaniczne zadawanie pytań.

<sup>14</sup> M. Johnson, A. Wintegns, *Mutyzm wybiórczy...*, op. cit., s. 103.

Etap 8. Dziecko rozmawia swobodnie – komunikacja jest dwukierunkowa, polega na spontanicznym wyrażaniu uwag przez dziecko, może być jeszcze problem z zadawaniem pytań, a poza sesjami może nie inicjować kontaktów ze wszystkimi. Za luźną, nieskrępowaną komunikację można uznać etap 8+.

Maggie Johnson i Alison Wintgens twierdzą, że aby terapia mutyzmu wybiórczego była skuteczna najpierw należy zdobyć wiedzę na temat tego, czym jest fobia<sup>15</sup> przeprowadzić szczerą rozmowę na temat lęku przed mówieniem tzw. mowa motywująca<sup>16</sup> przygotować otoczenie wolne od lęku<sup>17</sup> oraz usunąć czynniki podtrzymujące mutyzm wybiórczy<sup>18</sup> Johnson i Wintgens podzieliły techniki pracy z mutyzmem wybiórczym na formalne i nieformalne<sup>19</sup>.

Metody zaproponowane przez Johnson i Wintgens wywodzą się głównie z terapii behawioralnej (Rycina 1), dokładnie warunkowania klasycznego i łączą ze sobą techniki wygaszania bodźca lękowego (ekspozycja *in vivo*) oraz desensytyzację (desensybilityzacja, odczulanie, odwrażliwianie, przeciwwarunkowanie)<sup>20</sup>. Metody terapii behawioralnej lęków i fobii wykorzystujące warunkowanie klasyczne należą do grupy zwanej terapią ekspozycyjną, gdyż w ich trakcie pacjent wystawiany jest na kontakt z bodźcem lub sytuacją lękotwórczą<sup>21</sup>. Kontakt ten może mieć miejsce w wyobraźni, w rzeczywistości wirtualnej (systematyczne odwrażliwianie i terapia implozywna), lub odbywać się w miejscu, w którym lęk rzeczywiście występuje (zatapianie). W terapii lęków i fobii stosuje się także specyficzną formę modelowania, wykorzystującą mechanizm naśladowania, zachodzący w procesie uczenia się przez obserwację,

<sup>15</sup> Ibidem, s. 18.

<sup>16</sup> Ibidem, s. 102.

<sup>17</sup> Ibidem, s. 148.

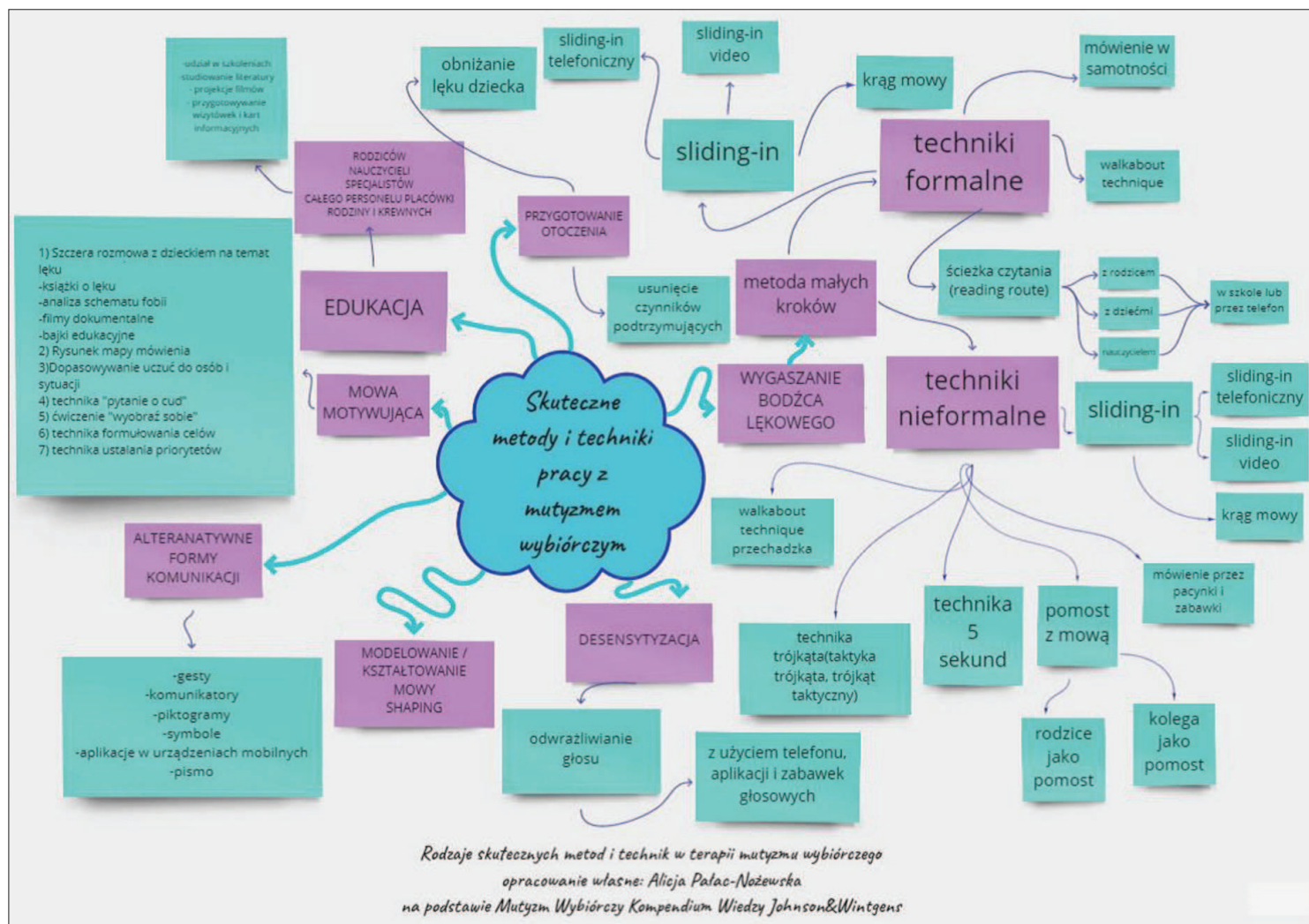
<sup>18</sup> Ibidem, s. 172.

<sup>19</sup> Ibidem, s. 198–199.

<sup>20</sup> A. Kokoszka, *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej. Podstawowe zasady i przykłady z praktyki klinicznej z opisami Arthura Freemana, Francka Dattilia i Tullia Scrimalego*, Kraków 2009, s. 80.

<sup>21</sup> P. Babel, *Terapia behawioralna zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania* [w:] „Psychologia rozwojowa” 2011, nr 3 (16), s. 35.

**Rycina 1.** Rodzaje skutecznych metod i technik w terapii mutyzmu wybiórczego



tj. modelowanie uczestniczące<sup>22</sup> i dziecko konfrontuje się z coraz bardziej lękorodnymi sytuacjami<sup>23</sup>.

Podstawową metodą „małych kroków” jest wygaszanie bodźca lękowego<sup>24</sup>. Metoda wygaszania bodźca lękowego polega na powolnym wystawianiu dziecka na bodziec lękotwórczy do momentu, aż siła reakcji lękowej zostanie zredukowana do minimum<sup>25</sup>. Ekspozycja in vivo wykorzystuje terapeutę jako źródło poczucia bezpieczeństwa, w jego obecności stopniowo kontaktuje się różnymi sytuacjami coraz bardziej lękorodnymi, poczynając od tych budzących najmniejszy lęk<sup>26</sup>.

Jedną z form takiej terapii jest metoda sliding-in, która za pomocą małych kroków wystawia daną osobę na to, co jest przyczyną lęku, tak długo, aż reakcja lękowa się zmniejszy<sup>27</sup>. Z kolei desensytyzacja (systematyczne odwrażliwianie)<sup>28</sup>, powoduje, że lęk zaczyna być kojarzony w inny sposób niż pierwotnie. W tym celu ustala się hierarchię lęków i zaczyna pracę poczynając od tego, co wywołuje najslabszą reakcję. Terapię tę łączy się zwykle z relaksacją – w sytuacji takiego wypracowanego spokoju pacjent wyobraża sobie to, co budzi lekki niepokój. Ćwiczenie to powtarza się tyle razy, aż odczucie strachu maleje i kontynuuje tak długo, aż kolejne lęki zostaną zneutralizowane<sup>29</sup>. Kontakt z bodźcem lękowym ma miejsce w wyobraźni dziecka<sup>30</sup>, które wyobraża sobie kolejne kroki terapii np.: dziecko wyobraża sobie, że podchodzi do kogoś, wyobraża sobie jak liczy z panią, wyobraża sobie jak pani odsłuchuje jego głos. Dziecko przyzwyczaja się stopniowo do swoich myśli<sup>31</sup>. Ponie-

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> A. Kokoszka, *Wprowadzenie do terapii...*, op. cit., s. 80.

<sup>24</sup> M. Johnson, A. Wintgens, *Mutyzm wybiórczy...*, op. cit., s. 223.

<sup>25</sup> P. Babel, A. M. Ziółkowska, *Terapia behawioralna zaburzeń lękowych* [w:] „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2014, nr 23, s.4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1230281314000105> [dostęp: 20.04.2022].

<sup>26</sup> A. Kokoszka, *Wprowadzenie do terapii...*, op. cit., s. 80.

<sup>27</sup> M. Johnson, A. Wintgens, *Mutyzm wybiórczy...*, op. cit., s. 602.

<sup>28</sup> Ibidem, s. 222.

<sup>29</sup> <https://www.pokonajlek.pl/leczenie-leku/> [dostęp: 19.04.2022].

<sup>30</sup> P. Babel, *Terapia behawioralna...*, op. cit., s. 35.

<sup>31</sup> M. Johnson, A. Wintgens, *Mutyzm wybiórczy...*, op. cit., s. 222.



waż wiele dzieci z MW boi się dźwięku i brzmienia własnego głosu, wówczas ta metoda sprawdza się do jego odwrażliwiania.

Modelowanie (kształtowanie mowy, shapping<sup>32</sup> polega na stopniowym „kształtowaniu” mowy dziecka, aby mogło wyjść poza komunikację niewerbalną. Dziecko wykonuje demonstrowane przez terapeutę komunikaty.

Johnson i Wintgens<sup>33</sup> podzieliły swoje metody na techniki formalne i nieformalne. Techniki nieformalne są przeznaczone głównie dla mniejszych dzieci poniżej 5–6 roku życia, ale także dzieci starszych. Polegają one na wykorzystaniu szeregu różnych oddziaływań, o których nie informujemy dziecka. Pacjent nie zdaje sobie sprawy z tego, że bierze udział w jakiejś interakcji terapeutycznej. Metody są wykorzystywane w ten sposób, aby wyglądały na naturalne oddziaływania społeczne. Techniki formalne<sup>34</sup> przeznaczone są zwykle dla dzieci po 5–6 roku życia i wymagają ich większego zaangażowania. Dziecko musi być dokładnie poinformowane jakie zadania będzie wykonywać, a ich wykonanie może (ale nie musi) zostać nagrodzone. Johnson i Wintgens opracowały metodę sliding-in, która polega na stopniowym wślizgiwaniu się osoby, z którą dziecko ma rozmawiać. Metodę tę, zawsze rozpoczyna się od obecności rodzica (lub innej osoby, z którą dziecko swobodnie rozmawia) razem z dzieckiem. Dziecko ma możliwość stopniowego osvajania się z osobą, stanowiącą źródło lęku. Po wycofaniu rodzica, koordynator zaczyna wprowadzać nową osobę np. koleżankę, z którą dziecko wcześniej nie rozmawiało i cały proces się powtarza. Sliding-in zwykle realizuje się kilka razy w tygodniu po około 15–20 min i można pracować nim zarówno w wersji formalnej jak i nieformalnej. W metodzie formalnej bardzo ważne jest wyjaśnienie dziecku celu takich spotkań i przygotowanie odpowiedniej tzw. tabeli, drabinki z kolejnymi celami.

Drabinki to najważniejszy komponent pokonywania lęków<sup>35</sup>. Drabinki to metoda pozwalająca krok po kroku pokonać lęk. Pa-

<sup>32</sup> Ibidem, s. 223.

<sup>33</sup> Ibidem, s. 203.

<sup>34</sup> Ibidem, s. 605.

<sup>35</sup> R. M. Rapee, *Lęk u dzieci. Poradnik z ćwiczeniami*, Kraków 2017, s. 181.

cient przechodzi przez poszczególne etapy od najłatwiejszych do tych, które budzą największy lęk<sup>36</sup>. Metodą, którą wykorzystuje sliding-in jest krąg mowy<sup>37</sup>. Metoda pozwala zwiększyć liczebność grupy, z którą dziecko rozmawia. Dziecko i koordynator siedzą w kręgu i liczą na zmianę, albo wymieniają 5 bohaterów z bajki. Na umówiony sygnał wchodzi nowa osoba, zajmuje miejsce i włącza się do liczenia. Ważną metodą zaproponowaną przez Johnson i Wintgens jest technika trójkąta (taktyka trójkąta lub trójkąt taktyczny)<sup>38</sup>, która jest szczególnie pomocna do wprowadzania nowych osób. Polega ona na tym, że rodzic (lub koordynator, nauczyciel, specjalista) prowadzi z dzieckiem z MW oraz kolegą, jakby dwie oddzielne rozmowy. Jednocześnie stara się włączać kolegę i umożliwić własnemu dziecku mówienie w obecności kolegi. Potem staje się pośrednikiem w rozmowie między dziećmi. Kieruje rozmową w obie strony tak, że dzieci mają wrażenie jakby rozmawiały ze sobą. Kolejną metodą zaproponowaną przez Johnson i Wintgens jest technika 5 sekund<sup>39</sup>. Ta bardzo ważna technika mówi o tym, że nie wolno odpowiadać za dziecko. Kiedy ktoś zadaje dziecku pytanie i ono nie odpowiada należy odczekać 5 pełnych sekund. Potem powtarzamy pytanie do dziecka lub zadajemy pytanie z opcją wyboru „A” czy „B” lub parafrazujemy pytanie, tak aby dziecko mogło odpowiedzieć tylko „tak” lub „nie” (ewentualnie pokręcić głową). Znowu czekamy 5 sekund, zwracając się twarzą do dziecka, tak aby nie mogło szeptać. Jeśli nie ma odpowiedzi kontynuujemy rozmowę lub zmieniamy temat, a do dziecka mówimy np.: powiesz mi później. Metodą z powodzeniem wykorzystywaną w szkole, ale nie tylko, jest ścieżka czytania (reading route)<sup>40</sup> przeznaczona dla dzieci, zwłaszcza z MW dyskretnym. Można realizować ją indywidualnie, ale też w grupach. W zależności od dziecka, w przeciągu kilku sesji można przejść stopniowo do komunikacji werbalnej.

<sup>36</sup> Ibidem, s. 136.

<sup>37</sup> M. Johnson, A. Wintgens, *Mutyzm wybiórczy...*, op. cit., s. 258.

<sup>38</sup> Ibidem, s. 197-198.

<sup>39</sup> Ibidem, s. 590.

<sup>40</sup> Ibidem, s. 615-616.

Bardzo istotne w pracy z dziećmi i młodzieżą z mutyzmem wybiórczym jest generalizacja mowy. Generalizacja i utrzymanie efektów oraz praca nad przełamywaniem leków są równorzędnym pod względem istotności celem terapii behawioralnej. Generalizacja efektów terapii oznacza występowanie zachowania poddawanej interwencji w różnych sytuacjach i środowiskach oraz wobec wielu osób, a nie wyłącznie w środowisku terapeutycznym i wobec terapeuty. Z kolei utrzymanie określa stopień, w jakim zachowanie poddawane interwencji jest przejawiane przez dziecko po jej zakończeniu<sup>41</sup>.

Na koniec warto jeszcze wspomnieć o bardzo popularnej ostatnio terapii on-line. Terapia on-line w nurcie CBT znacznie poprawia radzenie sobie z lękiem<sup>42</sup>. Naukowcy z Singapuru przeprowadzili skuteczne interwencje terapeutyczne wykorzystując kontakt z dziećmi poprzez Internet. Stworzyli oni program „Potulna mysz” składający się z komponentów CBT takich jak: psychoedukacja, restryktoryzacja poznawcza, umiejętności społeczne oraz ćwiczenia ekspozycji. Pokazywali prezentacje Microsoft PowerPoint, na której dostarczona została psychoedukacja na temat lęku, a także różne zadania do wykonania np.: nagrywanie i odtwarzanie prostych wiadomości, uzupełnianie zeszytów ćwiczeń. Dzieci dostawały różne prace domowe, które miały przesyłać przez Internet. Wszystkie zadania zaczynały się od najniższego obciążenia komunikacyjnego: od zadań niewerbalnych do werbalnych. W terapię byli ściśle zaangażowani rodzice, którzy musieli towarzyszyć swoim dzieciom na placach zabaw, w sklepach czy restauracjach. Praca opierała się również na graniu w gry on-line z terapeutą, w których otrzymywali ściśle wskazówki co do radzenia sobie z różnymi stresującymi sytuacjami. Badacze podkreślają, że kluczowe w terapii jest zaangażowanie i coaching rodziców. Podobnie uważa Maggie John-

<sup>41</sup> P. Bąbel, *Terapia behawioralna ...*, op. cit., s. 35.

<sup>42</sup> Y. P. Ooi, *Web-based CBT for the Treatment of Selective Mutism: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial in Singapore*, „Journal of Speech Pathology & Therapy” 30.05.2016, <https://www.omicsonline.org/open-access/web-based-cbt-for-the-treatment-of-selective-mutism-results-from-a-pilot-randomized-controlled-trial-in-singapore-jspt-1000112.pdf> [dostęp: 18.04.2022].

son<sup>43</sup> uważa, że praca online przynosi ogromne korzyści, pozwala przedłużyć ekspozycję i utrwalić poczynione postępy, kiedy nie jest ona możliwa na żywo. Ponadto aplikacje internetowe pozwalają na wprowadzenie do kręgu rozmówców osób, z którymi komunikacja nigdy nie byłaby możliwa.

## Zakończenie

Niniejszy artykuł nie wyczerpuje problematyki metod terapii mutyzmu wybiórczego u dzieci. Koncentruje się na najpopularniejszych i najbardziej skutecznych metodach pracy, potwierdzonych również osobistymi doświadczeniami autorki w terapii mutyzmu wybiórczego<sup>44</sup>. Wczesna diagnoza i interwencja w pracy z dziećmi i młodzieżą z mutyzmem wybiórczym daje bardzo dobre rezultaty. Należy jednak pamiętać, że aby praca ta była skuteczna, należy najpierw zdobyć wiedzę na temat tego, czym jest lęk przed mówieniem<sup>45</sup>. Koncepcja przedstawiona przez Maggie Johnson i Alison Wintgens porusza większość zagadnień dotyczących skutecznej terapii mutyzmu wybiórczego.

## Bibliografia

1. Bąbel P., *Terapia behawioralna zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania* [w:] „Psychologia rozwojowa” 2011, nr 3 (16), s. 27–38.
2. Bąbel P., Ziółkowska A. M., *Terapia behawioralna zaburzeń lękowych* [w:] „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2014, nr 23, s. 3–9, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1230281314000105> [dostęp: 20.04.2022].
3. Bourne E. J., *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zabu-*

---

<sup>43</sup> M. Johnson, *Praca online z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi w czasie pandemii*, „Forum Logopedy” 26.11.2020, <https://forumlogopedy.pl/arttykul/praca-online-z-dziecmi-mlodzieza-i-doroslymi-w-czasie-pandemii> [dostęp: 20.04.2022].

<sup>44</sup> A. Pałac-Nożewska, *Skuteczne metody ...*, op. cit.

<sup>45</sup> A. Cotter, M. Todd, E. Brestan-Knight, *Parent-Child...*, op. cit., [w:] L. N. Nice (red.), *Handbook...*, op. cit., s. 114.

- rzeniami lękowymi, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
4. Bystrzanowska M., *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Impuls Oficyna wydawnicza, Kraków 2017.
  5. Creswell C., Willetts L., *Przezwyciężanie lęków i zmartwień twojego dziecka. Przewodnik samopomocy w oparciu o techniki poznawczo-behawioralne*, Alliance Press, Gdynia 2014.
  6. Cotter A., Todd M., Brestan-Knight E., *Parent-Child Interaction Therapy for Children with Selective Mutism (PCIT-SM)* [w:] *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy. Innovations and Applications for Research and Practice*, (red.) Niec L. N., Springer, Cham 2018.
  7. Furr J. M., *Exposure therapy for childhood selective mutism: Principles, practices, and procedures* [w:] T. S. Peris, E. A. Storch, J. F. McGuire (red.), *Exposure therapy for children with anxiety and OCD*, Elsevier Academic Press, Amsterdam 2020, s. 113–142.
  8. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/167946871>, [dostęp: 02.09.2020].
  9. Johnson M., *Praca online z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi w czasie pandemii*, „Forum Logopedy” 26.11.2020, <https://forumlogopedy.pl/artukul/praca-online-z-dziecmi-mlodzieza-i-doroslymi-w-czasie-pandemii> [dostęp: 20.04.2022].
  10. Johnson M., Wintgens A., *Mutyzm wybiórczy. Kompendium wiedzy*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2018.
  11. <https://www.pokonajlek.pl/leczenie-leku/> [dostęp: 19.04.2022].
  12. Kokoszka A., *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej. Podstawowe zasady i przykłady z praktyki klinicznej z opisami Arthura Freemana, Franka Dattilia i Tullia Scrimalego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
  13. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference. American psychiatric association*, Gałęcki P. (red.), Edra, Urban & Pa.rtner, Wrocław 2017.
  14. Muris, P., Ollendick, T. H., *Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5*, „Clinical Child and Family Psychology Review” 28.02.2015, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-015-0181-y> [dostęp: 17.04.2022].
  15. Muris, P., & Ollendick, T. H., *Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder*, „Clinical Child

- and Family Psychology Review”, 19.01.2021, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33462750/> [dostęp: 18.04.2022].
16. Oerbeck B., *Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 22.01.2018, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-018-1110-7> [dostęp: 22.04.2022].
  17. Østergaard K.R., *Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy – a systematic review*, „Nordic Journal of Psychiatry” 15.02.2018, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08039488.2018.1439530> [dostęp: 17.04.2022].
  18. Pałac-Nożewska A., *Jak formułować zalecenia do opinii i orzeczeń. Wskazówki dla pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych*, „E-biuletyn Specjalne Potrzeby Edukacyjne” 2020, nr 4 (19), s. 21–33.
  19. Pałac-Nożewska A., *Skuteczne metody pracy z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym*, „Forum Logopedy” 25.11.2020, <https://forumlogopedy.pl/artykul/skuteczne-metody-pracy-z-dzieckiem-z-mutyzmem-wybiorczym> [dostęp: 19.04.2022].
  20. Stone B. P., *Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis*, „School Psychology Quarterly” 2002, nr 2 (17), s. 168–190.
  21. Rapee R. M., *Lęk u dzieci. Poradnik z ćwiczeniami*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
  22. Schwenck, C., Gensthaler, A., Vogel, F., *Anxiety levels in children with selective mutism and social anxiety disorder*, „Current Psychology” 18.11.2019, <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-019-00546-w> [dostęp: 20.04.2022].
  23. Schwenck, C., *Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism*, „European Child Adolescent Psychiatry” 24.04.2021, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01777-8> [dostęp: 17.04.2022].
  24. Ooi Y. P., *Web-based CBT for the Treatment of Selective Mutism: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial in Singapore*, „Journal of Speech Pathology & Therapy” 30.05.2016, <https://www.omicsonline.org/open-access/webbased-cbt-for-the-treatment-of-selective-mutism-results-from-a-pilotrandomized-controlled-trial-in-singapore-jspt-1000112.pdf> [dostęp: 18.04.2022].