SPOLUPRÁCE MEZI LOGOPEDEM (SLP) A MANŽELSKÝM A RODINNÝM TERAPEUTEM (MFT) V LÉČBĚ SELEKTIVNÍHO MUTISMU: ZPRÁVA O PŘÍPADOVÉ STUDII

COLLABORATION BETWEEN A SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST (SLP) AND A MARRIAGE AND FAMILY THERAPIST (MFT) IN TREATING SELECTIVE MUTISM: A CASE STUDY REPORT

Henriette W. Langdon, Ed.D., F-CCC-SLP, BCS-CL¹

Maxine B.L. Starr, Ph.D., licencovaný manželský a rodinný terapeut²

Přeložila: Mgr. Petra Valentová, MBA

¹ Emeritní profesorka na Státní universitě v San Jose, San Jose, Kalifornie, USA

Spolumajitelka, Sunflower Therapies, Rancho Cucamonga, Kalifornie, USA

9267 Haven Ave Suite 145 Rancho Cucamonga, CA. 91730. USA

Henriette.Langdon@sjsu.edu

² Spolumajitelka, Sunflower Therapies, Rancho Cucamonga, Kalifornie, USA (MFT)

Abstrakt

V tomto článku představujeme postupy, které byly uplatněny ve spolupráci s logopedem (SLP) a manželským a rodinným terapeutem (MFT) při léčbě osmiletého bilingvního dítěte s diagnózou selektivního mutismu. Zabýváme se popisem charakteristik dětí, u nichž je selektivní mutismus diagnostikován, a poskytujeme přehled různých lékařských přístupů.

Abstract

In this article, we provide an intervention plan that was implemented with the collaboration of a speech and language pathologist (SLP) and a marriage and family therapist (MFT) for an 8-year-old bilingual child who was diagnosed with Selective Mutism. A description of characteristics of children diagnosed with Selective Mutism and a review of various intervention approaches are provided.

Klíčová slova

selektivní mutismus, postupy v rámci selektivního mutismu, spolupráce mezi SLP a MFT, případová studie

Keywords

selective mutism, intervention for selective mutism, collaboration between SLPs and MFTs, case study

Popis dětí se selektivním mutismem

Odhaduje se, že šest z 1 000 dětí je postiženo diagnózou *selektivního mutismu*, pro který je charakteristické, že dítě v určitých situacích nehovoří, ale v jiných ano. Tato porucha není vyvolána ani zanedbáváním dítěte, ani jeho zneužíváním a je evidována v *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch], čili DSM-5, jako 313.23 F94.0 (APA, 2013). Porucha byla poprvé zaznamenána v roce 1897 (dříve se také označovala jako „afázie voluntaria“ nebo „elektivní mutismus“ [Zuma, 2017]). Tato porucha není způsobena jednou příčinou, její příčiny jsou multifaktoriální (Cohan, Price, Stein, 2006). Jedním z příznaků problému může být, že dítě bývá velmi výřečné doma, ale ne ve škole, s přáteli nebo učiteli. Mnoho badatelů uvádí, že tato porucha zahrnuje i související psychologickou složku, jako

Henriette W. Langdon, Ed.D.,
F-CCC-SLP, BCS-CL

Maxine B. L. Starr, Ph.D.,
Licensed Marriage and Family Therapist

např. úzkostné poruchy, sociální fobie, separace a obsedantně kompulzivní poruchy (Beidel, Turner, 2007; Black, Uhde, 1995).

Zdá se, že se porucha více vyskytuje u dívek a nastupuje přibližně v 5 letech věku (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Elizur, Perednik, 2003; Black, Uhde, 1995; Dummit a kol., 1997; Steinhausen, Juzi, 1996). Porucha však může být identifikována i dříve, jakmile se dítě začne objevovat mimo domácí prostředí (ve 2 až 3 letech věku) (Viana, Biedel, Rabian, 2009). Výrazněji se projeví, když děti začnou navštěvovat centra denní péče, předškolní nebo školní třídy, kde se očekává, že budou hovořit v jiném než domácím prostředí. Děti, které pocházejí z dvojjazyčných rodin, by však neměly být diagnostikovány jako postižené mutismem, pokud se porucha neprojeví u obou z jejich jazyků. Léčba se obecně zaměřuje na psychologický aspekt poruchy a zahrnuje spolupráci odborníků, jako jsou psychologové, psychiatři, manželští a rodinní terapeuti, sociální pracovníci nebo jiní odborníci zabývající se duševním stavem. Většina literatury dokládá, že aplikace samotné řečové terapie není účinná (Swartz, Shipon Blum, 2005). Ačkoli do léčebného procesu lze kromě logopedů zahrnout i sociální pracovníky, psychology a poradce, jen velmi málo odborníků se zabývá rolí manželských a rodinných terapeutů (MFT), kteří jsou pro práci s dětmi a jejich rodinami vyškoleni a kteří také mohou spolupracovat s logopedy (SLP).

V tomto článku začneme přehledem různých přístupů při léčbě selektivního mutismu a odborníků, kteří danou terapii poskytli. Na konci článku jsme pak zařadili případovou studii, jež dokládá spolupráci mezi SLP, MFT a rodinou a prokazuje, že mutismus by měl být léčen za pomoci specializovaných odborníků a rodiny.

Přehled různých léčebných přístupů k mutismu

Cohan, Chavira a Stein (2006) provedli rešerši odborné literatury publikované mezi lety 1990 a 2005, která uváděla různé léčebné přístupy k dětem se selektivním mutismem, jež vykazovaly řadu symptomů charakteristických pro toto onemocnění. Ve svém přehledu odborné literatury Wong (2010) uvedla mnoho doprovodných onemocnění, která provázejí tuto poruchu, jako např. enuréza, fekální inkontinence, obsedantně kompulzivní porucha, řečová a jazyková porucha a autismus. Vzhledem

k různorodosti doprovodných onemocnění musely být i terapeutické přístupy velmi individualizované a díky početně malému vzorku, jenž využívaly výzkumné studie, bylo velmi obtížné provést jakékoli zobecnění závěrů. Navrhované přístupy spadaly do ranku psychodynamických (herní terapie) a behaviorálních terapií (tj. pozitivní/negativní motivace; symbolické procedury; utváření a pobízení). Dále se uvádí spolupráce s rodinou (včetně rodiny a sourozenců), stejně jako s učiteli, včetně lékařské terapie ke snížení symptomů úzkosti. Avšak léčba výhradně používající léky nemusí být vždy tak účinná jako kombinace léků podpořených behaviorální a rodinnou terapií (Wright, Cuccaro, Leonhardt a kol., 1995). Diliberto a Kearney (2016) navrhli různé přístupy založené na třech hlavních psychologických profilech, které byly identifikovány u jedinců se selektivním mutismem: úzkostné, úzkostné – mírně vzdorovité a úzkostné se zpožděnou komunikací. Ve své studii zahrnuli 57 dětí, jejichž průměrný věk byl 6,7 let; vědcům se podařilo identifikovat charakteristiky dvou hlavních faktorů: úzkosti a opozičního vzoru. Děti, které bylo možné zařadit do úzkostného profilu, vykazovaly následné prvky ve svém chování: preferovaly být samy, byly ustrašené, stažené do sebe a zažívaly náhlé změny nálad. Ty, jež bylo možné zařadit do vzdorovitého profilu, se hodně hádaly, vyžadovaly hodně pozornosti, byly tvrdohlavé, mrzuté a vztekly. Badatelé naznačují, že by odborníci měli popisovat studenty či žáky pomocí specifických deskriptorů, aby určili požadovaný léčebný postup. Například pro žáky, kteří zapadají do prvního profilu, mohou být prospěšná cvičení se čtením nahlas ve třídě a relaxační techniky doplněné o cvičení sestávající z interakce s neznámými osobami v domácím prostředí. Další přístupy, jež popisují jako kreativní výrazovou terapii prostřednictvím hry, dramatu a umění, by mohly být užitečné pro žáky, kteří se bojí, že budou odsuzováni, nebo pociťují potřebu sebeobran. V každém případě je však zřejmé, že spolupráce mezi školou a domácím prostředím je důležitá. Johnson a Wintgens (2015) uvádějí, že zapojení rodičů do léčby mutismu je poměrně mladým fenoménem. Konkrétně autoři zmiňují studii Vecchia a Kearnyho (2009), kde bylo dosaženo příznivějších výsledků při posilování důvěry dětí v mluvení, když to byli rodiče, kdo své děti povzbuzoval a vybízel k účasti na situacích, které na ně kladly neustále zvyšující se nároky, na rozdíl od postupu, kdy byly děti chváleny,

pokud promluvíly na veřejnosti, nebo pokárány, jestliže nemluvíly, když byly vyzvány. Bylo navrženo, aby rodiče se svými dětmi mluvili o jejich obavách a aby došlo ke vzniku rodičovských podpůrných skupin. Také by měl být přehodnocen termín selektivní ve výrazu selektivní mutismus. V daném kontextu to znamená, že se dítě samo rozhodlo nemluvit, když ve skutečnosti děti se selektivním mutismem nemluví, protože určitý kontext jejich daného stavu způsobuje, že se cítí nepříjemně a mají strach. Johnson a Wintgens (2015) proto navrhuji přejmenování poruchy na situační mutismus.

Novější přístup k léčbě dětí se selektivním mutismem je zavedení CBT, jinak známé jako terapie kognitivního chování. Léčba pomocí CBT je založena na předpokladu, že kognitivní faktory, jako je např. duchovní systém, upravují duševní a psychický stres. Tato léčba byla propagována badateli Beckem (1970) a Ellisem (1962). Nedávná analýza dat výzkumu zabývajících se jeho účinností při léčbě několika psychologicky vyvolaných problémů, jako např. zneužívání návykových látek, deprese, schizofrenie, insomnie a poruchy příjmu potravy, odhalila pozitivní výsledky. Hoffman a kol. (2012) uvádějí konkrétní výsledky, jichž dosáhli při léčbě výše uvedených poruch a mnoha dalších psychologických problémů. V nedávné retrospektivní analýze, zaměřující se na specifitější cíle, kterou provedli Lang, Nir, Gothelf a kol. (2016) na dětech postižených mutismem, bylo prokázáno, že u dětí, které se zúčastnily studie a byly léčeny pomocí postupů kognitivně behaviorální terapie, došlo k významnému snížení sociální úzkosti a fobií. Badatelé svou studii založili na rozhovorech s rodiči celkem 36 dětí, u nichž byl původně diagnostikován selektivní mutismus, který byl léčen pomocí CBT. Poznamenali však, že do léčby musí být zapojen i logoped (SLP). Shum (2002) uvádí několik strategií, jimiž se SLP mohou řídit, aby pomohli žákovi/studentovi s jeho dalším rozvojem, který jde za hranice terapie. Například, jakmile si žák/student zvykne na komunikaci s psychologem nebo odborníkem na duševní zdraví, Shum doporučuje, aby mu SLP pomáhal při navázání vztahu během komunikace (v interakci jeden-na-jednoho) ve třídě. Například doporučuje spárovat daného žáka/studenta s někým, koho si ve třídě oblíbil, aby spolu dokončovali různé aktivity, pracovat na rozvoji řeči pomocí přijetí komunikace prostřednictvím kreseb, psaní a nakonec i slov.

Rozsah tohoto článku nám neumožňuje se podrobněji zabírat návrhy pro práci SLP v rámci léčebného procesu. Tyto návrhy je možné dohledat v dalších informačních zdrojích (ASHA, n. d.). Poté, co u dítěte došlo ke zvýšení úrovně komfortu a ono je schopno lépe a svobodněji komunikovat ve třídě, by se měl tým odborníků spolupracujících na léčbě zaměřit na to, aby bylo dítě schopno zobecnit svou komunikaci s okolním prostředím, jako např. v obchodě s potravinami, restauraci nebo třeba při telefonním rozhovoru s kamarádem (Kotrba, 2014).

Jen velmi málo výzkumů, které jsme měli možnost prozkoumat, se zaměřuje na specifika zapojení odborníka na duševní zdraví, jenž je vyškolen v otázkách rodinné dynamiky, a jeho spolupráci s SLP v prostředí školy, s učitelem a rodinou, aby pomohl při práci s dítětem, u něhož byl diagnostikován selektivní mutismus, tak, aby to překračovalo rámec prostého sezení a zabíráno se výsledky vyšetření. Zůstává tak jediná otázka: Poté, co odborník vyhodnotí dítě, u kterého by mohl být diagnostikován selektivní mutismus, jak má tým odborníků spolupracujících na léčbě efektivně zasáhnout a komunikovat, aby došlo k provedení klinicky vhodné léčby? Ačkoliv psychologové a další odborníci zabývající se duševním zdravím prochází obdobným školením v různých terapeutických přístupech, výcvik odborníků na poli MFT velmi silně zdůrazňuje filozofii „znovu obnoveného povědomí veřejnosti o hodnotě a významu rodinného života, ale i znepokojení nad neustále rostoucím tlakem vyvíjeným na rodiny v rychlé se měnícím světě kolem nás“ (AAMFT, 2018), kterou si i osvojili. Podle Kotrby (2014) je důležité, aby si všichni členové týmu odborníků podílejících se na léčbě (mezi něž lze velmi dobře zařadit i SLP a MFT) navzájem kladli následující otázky: Jak se dítě projevovalo ve školním prostředí? Jak se dítě projevovalo v klinickém prostředí? Jak dítě postupuje ve své snaze o dosažení svých současných cílů? Jak jinak můžeme danému dítěti pomoci nebo jaké další možné postupy bychom mohli použít, abychom danému dítěti pomohli dosáhnout pokroku v jeho cílech? Je doporučován přístup založený na zohlednění silných stránek daného dítěte – je třeba dítě posoudit nad rámec slov, které je dítě schopné říci, a zohlednit právě jeho silné stránky, aby bylo možné odhadnout, jak mohou pozitivně ovlivnit výsledky léčby.

Případ Pamela

Pamelu, osmiletou dívku hispánského původu, doporučil k posouzení její učitel z druhé třídy. Skutečnost, že odmítala mluvit ve škole, vedla k tomu, že si z ní její vrstevníci dělali legraci, špatně navazovala sociální vztahy a její učitelé a SLP byli celkově frustrováni (byla zařazena do kategorie „řečové problémy“, aby jí mohla být poskytnuta pomoc). Pamelina matka, která hovoří jen španělsky, byla neoblomná a říkala, že dívka doma mluví a odmítá mluvit jen ve škole. Uvedla, že Pamela přestala mluvit, když dva roky před tím nastoupila do školy. Pamela opakovala první třídu, protože měla problémy stíhat učivo. (Pamela byla umístěna do třídy, v níž byly pouze anglicky hovořící děti) Během sezení v rodině spolupracovala; avšak kontakt se zaměstnanci školy nenavazovala.

I když bylo po dvou měsících poradenství dosaženo minimálního pokroku, zdálo se, že Pamelu těší spolupráce s MFT (v rámci interakce jeden-na-jednoho), protože se vždy usmívala a byla ochotna zapojit se do aktivit, které jí terapeut nabídl. Během těchto sezení se hovořilo španělsky. Po počátečním dvouměsíčním období se MFT pokusil o postupy, jako jsou například terapie, která by usnadnila budování vztahů, navození pocitu pohody při dialogu, krátká kognitivně behaviorální terapie, včetně nastolení vhodných sociálních dovedností, jako je vnímání a vyjadřování svých přání a potřeb; stejně jako o poskytování psychologicko-pedagogické výchovy zabývající se běžnými emocemi a jejich vyjadřováním a zapojení Pameliny matky, pokud to bylo vhodné, do sezení v pracovní MFT. Pamela se také ráda zapojovala do interakce jeden-na-jednoho se SLP, který hovoří pouze anglicky, ale ani s jedním specialistou nekomunikovala slovně. Kromě toho se zdálo, jako by „ztuhla“ během logopedických sezení s jinými dětmi. Nedostatek pokroku donutil oba odborníky, aby si uvědomili, že je nutná užší spolupráce mezi nimi, rodičem a učitelem. Tým se tedy rozhodl vyzkoušet nové techniky, které navrhl MFT a jež měly zmírnit stres z mluvení, jako např. autentické pohyby, které spočívají v tom, že danou chvíli jste s klientem a modelujete a/nebo imitujete jeho pohyby (Chodorow, 2010). Tyto techniky, jež navrhl terapeut, zlepšily neverbální reakce Pamelu, jako je kývnutí na souhlas a několik odpovědí v délce dvou až tří slov v obou jazycích.

Strategie se ukázaly být velmi nápomocné při zmírnění její úzkosti a docílily toho, že začala mluvit šeptem. Přestože

Pamela ještě stále komunikuje především pomocí gest, velmi dobře reagovala, když specialisté přinesli hudební nástroje jako např. tamburínu; a nakonec začala reagovat i slovně. Během dvou měsíců výrazně vzrostla její schopnost reagovat na SLP a byla zaznamenána i vyšší frekvence slyšitelné řeči. Aby došlo ke snížení tlaku, který na ni byl vyvíjen, aby hovořila, muselo dojít ke spolupráci s jejím učitelem, ředitelkou, matkou a jejím logopedem. Úroveň, kdy byla Pamela spokojená a zároveň mluvila, byla podpořena pomocí použití technik, jako jsou např. aktivní představitost, arteterapie, autentické pohyby nebo terapeutické ticho. Jako velmi důležitá se také ukázala změna prostředí, kde se terapie konala. Jakmile se SLP a MFT podařilo zkoordinovat své snahy s Pamelinou matkou, aby se terapie konala v domácím prostředí (kde se Pamela cítila uvolněně a velmi pohodlně a mohla svobodněji komunikovat), drasticky se změnilo Pamelino chování (nálada) doma i ve škole. Jakmile uviděla, že do místnosti vstupují SLP i MFT, které již znala, celá se rozzářila a usmívala se. Dokázala ukazovat na předměty ve svém pokoji a vysvětlit v angličtině i ve španělštině, které jsou její oblíbené panenky a hry. Sama iniciovala rozhovory s oběma odborníky a celkově došlo ke snížení fyzických příznaků úzkosti, které předtím vykazovala (např. opakované pohyby rukou, nedostatečný oční kontakt), protože nyní mohla efektivněji sdělovat svá přání a potřeby. Prostřednictvím spolupráce s odborníky, Pamelinou matkou, učiteli a zaměstnanci školy a díky uvědomění si Pameliny silných stránek se podařilo spojit pocit bezpečí v jejím domově spolu s výkonem ve škole. Následně Pamela začala ve škole prospívat, navazovala nové přátelské vztahy a zlepšila se i její schopnost vyjádřit svá přání a potřeby, protože byla schopna zlepšit úroveň pocitu pohodlí a spokojenosti, který zažívala ve školním prostředí.

Uvědomujeme si, že je třeba provést další výzkum, který by tento model využití spolupráce a interdisciplinární léčby zopakoval s větším počtem subjektů. Avšak i tento jeden případ může posloužit ke zdůraznění důležitosti spolupráce mezi odborníky věnujícími se logopedii a duševnímu zdraví, jakož i rodinnými a manželskými terapeuti. Tito všichni vrátili hlas dítěti, u něhož byl na počátku diagnostikován selektivní mutismus.

Literatura

- American Association of Marriage and Family Therapists. About Marriage and Family Therapists. [online], 2018, Retrieved 24 March 2019 from https://www.aamft.org/About_AAMFT/About_Marriage_and_Family_Therapists.aspx.
- American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2018.
- American Speech and Language Association (n. d.). Selective mutism. Portal. [online] <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942812§ion=Treatment>
- BECK, A. T. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 1970, s. 184–200.
- BEIDEL, D. C., TURNER, S. M. *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social anxiety disorder* (2nd ed.), 2007 Washington, DC: American Psychological Association.
- BERGMAN, R. L., PIACENTINI, J., MCCracken, J. T. Prevalence and description of selective mutism in a school sample. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2002, 41 (8), s. 938–946.
- BLACK, B., UHDE, T. W. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002, 43, (7), s. 847–856.
- COHAN, S. L., CHAVIRA, D. A., STEIN, M. B. Practitioner review. Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Related Disciplines*, 2006, 47(11), s. 1085–1097.
- COHAN, S. L., PRICE, J. M., STEIN, M. B. Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2006, 27, s. 341–355.
- CHODOROW, J. *Various lectures on Jungian Psychotherapy II.*, Course taught at Pacifica Graduate Institute, Carpinteria, CA, Fall 2010.
- DILIBERTO, R. A., KEARNEY, C. A. Anxiety and oppositional behavior among youth with selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 2016, 59, s. 16–23.
- DUMMIT, E. S., 3rd, KLEIN, R. G., TANCER, N. K., ASCHE, B., MARTIN J., FAIRBANKS, J. A. Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 1997. 36 (5), s. 653–660.
- ELIZUR, Y., PEREDNIK, R. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families. *Journal of the American Academy Child Adolescence Psychiatry*, 2003, 42(12), s. 1451–1459.
- ELLIS, A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Stuart., 1962.
- HOFMANN, S. G., ASNAANI, A., VONK, I. J. J., SAWYER, A. T., FANG, A. *The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analysis*. *Cognitive Therapy Research*, 2012, 36 (5), s. 427–440.
- JOHNSON, M., WINTGENS, A. *The selective mutism resource manual*. Brackley, UK: Speechmark Publishing Ltd., 2015.
- KOTRBA, A. *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators Parents*. [online], Eau Claire, WI: PESI Publishing & Media. 2014, Retrieved 24 March 2019 from <http://libproxy.chapman.edu/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,cookie,url&db=e000xna&AN=919944&site=ehost-live>.
- LANG, C., NIR, Z., GOTHELF, A., DOMACHEVSKY, S., GINTON, L., KUSHNIR, J., GOTHELF, D. The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *European Journal of Pediatrics*, 2016, 175 (4), s. 481–487. doi: 10.1007/s00431-015-2651-0.
- SCHWARTZ, R. H., SHIPON-BLUM, E. “Shy” child? Don’t overlook selective mutism: recognize this social anxiety disorder and treat it early to help prevent long-term dysfunction. [online], *Contemporary Pediatrics*, 2005, 22, 30–6. Available online at: <http://link.galegroup.com/apps/doc/A134782065/AONE>
- SHUM, R. L. *Selective mutism: an integrated approach*. [online], 2002, September 1. Retrieved from <https://doi.org/10.1044/leader.FTR1.07172002.4>.
- STEINHAUSEN, H. C. E., JUZI, C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35(5), s. 606–614.
- VECCHIO, J., KEARNY, C. A. Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behavioral Therapy*, 2009, 40 (4), s. 380–392.
- VIANA, A. G., BEIDEL, D. C., RABIAN, B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 2009, 29, s. 57–67.
- WONG, P. Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Innovations in clinical neuroscience*, 2010, 7, s. 23–31. doi: 10.1037/t03750-000.

WRIGHT, H. H., CUCCARO, M. L., LEONHARDT, T. V., KENDALL, D. F., ANDERSON, D. H. Case study: fluoxetine in the multi-modal treatment of a preschool child with selective mutism. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34 (7), s. 857–862.

ZUMA, L. The silent minority: Supporting students with selective mutism using systemic perspectives. *Support for Learning*, 2017, 32, s. 352–374.