

# Selektivni mutizam u predškolskoj dobi

---

**Bogović, Helena**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2019**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:713587>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-02**

*Repository / Repozitorij:*

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**UČITELJSKI FAKULTET**  
**ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

**HELENA BOGOVIĆ**  
**ZAVRŠNI RAD**

**SELEKTIVNI MUTIZAM U**  
**PREDŠKOLSKOJ DOBI**

**Zagreb, srpanj 2019.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**UČITELJSKI FAKULTET**  
**ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**  
**(Čakovec)**

**PREDMET: RAZVOJNA PSIHOLOGIJA**

**ZAVRŠNI RAD**

**Ime i prezime pristupnika: Helena Bogović**

**TEMA ZAVRŠNOG RADA: Selektivni mutizam u predškolskoj dobi**

**MENTOR: doc. dr. sc. Tea Pahić**

**Zagreb, 2019.**

## SADRŽAJ

SAŽETAK.....	1
1. UVOD.....	3
2. TEORIJSKI DIO.....	5
2.1. Selektivni mutizam.....	5
2.2. Simptomi.....	7
2.3. Etiologija.....	8
2.3.1 Obiteljski čimbenici.....	10
2.3.2. Temperament.....	13
2.3.3. Trauma.....	17
2.4. Komorbiditet selektivnog mutizma i drugih anksioznih poremećaja.....	18
2.4.1. Anksiozni poremećaji.....	18
2.5. Metode liječenja.....	22
3. ZAKLJUČAK.....	28
LITERATURA.....	29
KRATKA BIOGRAFIJA.....	33
Izjava o samostalnoj izradi rada.....	34

## SAŽETAK

Selektivni mutizam, kao jednog od rijetkih anksioznih poremećaja, karakterizira konstanta selektivnost u govoru djeteta u određenim socijalnim situacijama. Kod djece prisutnost selektivnog mutizma predstavlja prepreku u razvijanju socijalnih kompetencija kroz interakciju s osobama u svom okruženju. Kako bi djeca sa selektivnim mutizmom, koja odbijaju verbalnu komunikaciju, lakše komunicirala sa okolinom radi zadovoljavanja vlastitih potreba i želja, koriste neverbalni način komunikacije kod kojeg nije prisutna tako visoka razina anksioznosti. Unatoč tome što glavni uzrok navedenog poremećaja još uvijek nije u potpunosti utvrđen postoje mnogi čimbenici koji utječu na njegovu pojavnost. Čimbenici se mogu podijeliti u dvije osnovne kategorije, a to su okolinski i biološki, pri čemu se na biološke čimbenike ne može utjecati zbog njihove već predodređene genetske podloge. Pod obiteljske čimbenike, kao jedne od vrlo važnih okolinskih čimbenika, između ostalog ubraja se i obiteljska povijest bolesti koja ima značajan utjecaj na psiho-socijalni razvoj djeteta. Kada se djeca suoče sa životnim događajem koji je za njih bio traumatičan, selektivni mutizam se u takvim situacijama javlja kao posljedica ili kao način na koji se djeca nose s osjećajima povezanim s traumom. Djetetov temperament utječe na interakcije roditelja i djeteta te može biti predispozicija za pojavu anksioznih poremećaja, isto tako i selektivnog mutizma. Unatoč tome što su čimbenici međusobno drugačiji, simptomi koji je javljaju kao posljedica imaju zajedničku karakteristiku, odnosno kod svakog djeteta sa selektivnim mutizmom javlja se osjećaj pretjerane anksioznosti. Kako neki od čimbenika također pripadaju anksioznim poremećajima, njihovom prisutnošću najčešće dolazi do komorbiditetnih stanja sa selektivnim mutizmom. Kada su uz selektivni mutizam prisutna komorbiditetna stanja, dijete pokazuje simptome oba poremećaja što otežava njihovo liječenje ili pravilno dijagnosticiranje. U današnje vrijeme postoje brojne metode liječenja među kojima se najuspješnijom pokazala kombinacija kognitivno bihevioralne terapije uz lijekove. Kroz psihoterapijske pristupe radi na se mijenjanju djetetovog reagiranja i nošenja sa socijalnim situacijama.

Ključne riječi: selektivni mutizam, anksiozni poremećaji, komorbiditetna stanja, liječenje

## **SUMMARY**

Selective mutism, as one of the anxiety disorders, is characterized by constant selectivity in child's ability of speaking. Among children attendance of selective mutism represent an obstacle in developing social competency through interaction with people in their surroundings. Children with selective mutism, that refuse verbal communication, would communicate easier using nonverbal communication where level of present anxiety is not that high in way to satisfy their needs and desires. Even though the main cause of this disorder is not entirely established it is known that there are many factors that can effect appearance. Factors can be divided in two basic categories, such as environmental and biological factors, whereat on biological factors can not be affected because of theirs already predestined genetically base. In family factors, as one of very important environmental factors, is also included history of family disease which has been shown as very significant influence on child psycho-social development. When children face some kind of traumatic event in life, selective mutism can be appeared in this situation as outcome or as the way children bear with feeling associated with trauma. Child temperament affects parent's interactions with child and can be predisposition for appearance of anxiety disorders, as well as selective mutism. Despite that the factors are mutually different the symptoms that appears have mutual characteristics, apropos at every child with selective mutism appears the feeling of excessive anxiety. Some factors also belong in anxiety disorders so with their appearance the final outcome is comorbid state with selective mutism. When there is presence both of selective mutism and comorbid state, child is showing symptoms of both disorders which makes difficult to treat them or make right diagnosis. Nowadays there are many methods of treatment and as a most successful has been shown combination of cognitive behavioral with medicaments. Through psychotherapy experts are trying to change child's reactions and way of carrying with social situations.

Key words: Selective mutism, anxiety disorders, comorbidity, therapy

## 1. UVOD

Anksioznost je emocija koja predstavlja normalnu ljudsku reakciju na stvarnu opasnost ili kao upozorenje na nove situacije. Kada anksioznost ometa normalno funkcioniranje osobe tada se govori o anksioznom poremećaju. Jedan od rijetkih anksioznih poremećaja koji se javlja kod djece predškolske dobi je selektivni mutizam (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Konstantna nemogućnost govora kod djece, otežana socijalizacija i slabo razvijene socijalne kompetencije samo su neki od najuočljivijih pokazatelja prisutnosti selektivnog mutizma (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Kod navedenog poremećaja uzrok i posljedica snažno se isprepliću, što otežava njegovu dijagnostiku ali i liječenje. Definicija selektivnog mutizma značajno se mijenjala kroz povijest paralelno sa razvojem znanosti. Interdisciplinarni pristup ovom poremećaju jedini je način njegovog liječenja i kontroliranja utjecaja simptoma na dijete tijekom odrastanja (Dodig-Ćurković i sur., 2013).

Selektivni mutizam se obično javlja u razdoblju između 3. i 5. godine života, a prevalencija selektivnog mutizma vrlo je niska (od 0,18 do 1,90 %). Unatoč ranom javljanju ovog poremećaja, njegovo dijagnosticiranje je u kasnijoj životnoj dobi (od 5 do 8 godine) zbog kompleksnosti prepoznavanja (Dodig-Ćurković i sur., 2013). Selektivni mutizam se svrstava u psihičke poremećaje kod djece ako se javlja u trajanju najmanje mjesec dana (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Kod djece selektivni mutizam ne spada pod poremećaje govora i nije posljedica neznanja jezika. Selektivni mutizam je definiran kao značajna i stalna nemogućnost govora u socijalnim situacijama u kojima se kod djece javlja osjećaj anksioznosti (Dodig-Ćurković i sur., 2013).

Neka od vidljivih obilježja djece sa selektivnim mutizmom su narušena verbalna i neverbalna komunikacija, neobični pokreti tijela, napetost gornjeg dijela tijela i izraza lica te slab kontakt očima s drugim osobama (Kotrba, 2014). Kod pojave selektivnog mutizma mogu biti vidljiva i različita popratna obilježja kao što su: pretjerana sramežljivost, socijalna izolacija i povlačenje, negativizam, kompulzivne crte, ispadi bijesa te blago suprotstavljanje (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Zbog izbjegavanja aktivnosti koje uključuju govor, djeca sa selektivnim mutizmom imaju značajno manje prilika za usvajanje socijalnih i jezičnih vještina što negativno utječe na

akademska postignuća. Selektivni mutizam može imati značajan utjecaj na buduće obrazovno ili radno dostignuće te socijalne kontakte kod djece ukoliko nije na vrijeme dijagnosticiran i primijenjena metoda liječenja (Nowakowski i sur., 2009).

Postoji više različito uvjetovanih čimbenika pojave selektivnog mutizma, no simptomi koji se javljaju kao posljedica u većini slučajeva imaju zajedničke karakteristike i osjećaje koji su vezani za navedeni poremećaj. Kada se kao simptom javi drugi poremećaj najčešće se govori o jednom od anksioznih poremećaja, neki od njih su socijalna fobija, generalizirani anksiozni poremećaj te separacijski anksiozni poremećaj (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Čimbenici se mogu podijeliti na genetsko uvjetovane te okolinske, pri čemu se na okolinske čimbenike može utjecati. Kada se govori o genetskim čimbenicima misli se na genetsko nasljeđe te temperament, dok se pod okolinske čimbenike ubrajaju trauma i stres, obiteljski čimbenici te anksiozni poremećaji.

U današnje vrijeme postoje brojne metode liječenja kojima se utječe na djetetov psiho-socijalni razvoj. Kombinacija dviju terapija, kognitivna i bihevioralna terapija, se smatra jednom od najučinkovitijih terapijskih pristupa. Kao cilj navedene metode navodi se poboljšanje kvalitete života pri čemu je usmjerenost na ublažavanje prisutnih simptoma (Živčić-Bećirević, 2010) te se preporučuje za djecu sa selektivnim mutizmom (Oerbeck i sur., 2018). Bihevioralnom terapijom želi se povećati učestalost verbalne komunikacije djece sa selektivnim mutizmom kako bi im se ukazalo na važnost i funkciju govora. (Sulkowski, Pence, Carlson, Storch, 2014).

Zbog svega navedenog cilj ovog rada bio je sustavno proučiti dostupnu literaturu o selektivnom mutizmu te predložiti simptome, čimbenike te dostupne načine liječenja.



## 2. TEORIJSKI DIO

### 2.1. Selektivni mutizam

U današnje vrijeme učestalost psihičkih poremećaja kod djece je sve veća. Poticajno obiteljsko okruženje značajno doprinosi pravilnom razvoju djeteta, dok s druge strane njegovo izostajanje dovodi do mogućeg razvoja poteškoća (Britvić, 2010). Na ovakvo stanje u ranoj dobi značajno utječe i genetska podloga koja spada u rizične čimbenike za razvoj anksioznih poremećaja. Anksiozni poremećaji spadaju u najučestalije poremećaje kod djece, a karakterizira ih pretjerani osjećaj straha te nemogućnost nošenja sa životnim situacijama (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Selektivni mutizam kao jedan od anksioznih poremećaja, nije dovoljno istražen bez obzira što prvi puta pojavljuje i objašnjava u znanstvenoj literaturi još 1877. godine (Dodig-Ćurković i sur., 2013).

Selektivni mutizam predstavlja psihički poremećaj koji se manifestira kroz nemogućnost govora u određenim socijalnim situacijama (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Pregledom dostupne literature može se zaključiti kako se definicija selektivnog mutizma mijenjala kroz povijest. Istraživanja Američke psihijatrijske udruge, pokazala su kako je manifestacija selektivnog mutizma češća kod djece nego kod odraslih osoba (Jukić i Arbanas, 2014) te varira između 0,18 i 1,90 % (Muris i Ollendick, 2015). Pojava selektivnog mutizma je učestalija kod djevojčica nego kod dječaka u omjeru 2:1 (Diliberto, 2017). Selektivni mutizam javlja se u dobi od 3 do 6 godina, a dijagnosticira se u dobi od 5 do 8 godina kada se očekuje da dijete komunicira s drugima izvan obiteljskog okruženja (Diliberto, 2017).

Selektivni mutizam prvi put je opisan kao „dobrovoljna afazija“ 1877. godine, a tek je kasnije 1934. godine dobio naziv „elektivni mutizam“ te uvršten u MKB-10<sup>1</sup> klasifikaciju (Dodig-Ćurković i sur., 2013). Ukoliko se usporede prva klasifikacija te najnovija DSM-5, vidljiva je razlika u načinu gledanja uzroka i manifestacija selektivnog mutizma.

---

<sup>1</sup> Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija

Prema MKB-10 selektivni mutizam je obilježen emocionalno uvjetovanom selektivnošću u govoru koja je povezana s izrazitim osobnim crtama kao što su društvena tjeskoba, otpor, osjetljivost te povlačenje (Dodig-Ćurkovići sur., 2013).

Prema novom DSM-5 klasifikacijskom sustavu selektivni mutizam je definiran kao značajna i stalna selektivnost u govoru, odnosno nemogućnost govora u socijalnim situacijama te je svrstan u anksiozne poremećaje (Dodig-Ćurkovići sur., 2013). Prema navedenom klasifikacijskom sustavu, selektivni mutizam ima značajan utjecaj na obrazovno ili radno dostignuće te socijalne kontakte. Selektivni mutizam nije posljedica neznanja jezika, ne spada pod poremećaje govora jer djeca imaju zadržanu sposobnost govora u određenim situacijama i ne javlja se tijekom psihotičnih poremećaja. Da bi se selektivni mutizam prema DSM-5 klasifikaciji mogao dijagnosticirati mora trajati najmanje mjesec dana (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Anksiozni poremećaji, pa tako i selektivni mutizam, imaju genetsku predispoziciju. Rizik za obolijevanje od anksioznih poremećaja, ukoliko postoji bolestan rođak u prvom koljenu je 5 do 16 % (Norrholm i Ressler, 2009). Anksiozni poremećaji su povezani s mutacijom mnogih gena, a neki od njih su COMT, adenozin 2 A receptor te brojni drugi receptori (Martin i sur., 2009). Kao odgovor na vanjski podražaj, aktivira se neuralna mreža straha. Ona je kod ovih slučajeva pretjerano aktivna te se uključuje već na bezopasne podražaje. Posljedica aktivacije je pojačana aktivnost autonomnog živčanog sustava, porast razine hormona te simptoma anksioznosti (Hollander i Simeon, 2006). U anksioznim poremećajima skraćena je latencija REM faze spavanja i stadij 4 spavanja (Kaplan i Sadock, 1998).

Zajednička obilježja većine djece sa selektivnim mutizmom su prosječna ili nadprosječna inteligencija, neobični pokreti tijela, narušena verbalna komunikacija ili odgovaranje s latencijom, narušena neverbalna komunikacija, napetost gornjeg dijela tijela te napeti izrazi lica kada je dijete anksiozno, osjetljivost i slab kontakt očima s drugim osobama (Kotrba, 2014). Kod djece sa selektivnim mutizmom mogu biti vidljiva različita popratna obilježja, neka od njih su strah od posramljivanja, pretjerana sramežljivost, socijalna izolacija i povlačenje, negativizam, kompulzivne crte, ispadi bijesa te blago suprotstavljanje (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Djeca sa selektivnim mutizmom, zbog rijetkog sudjelovanja u interakcijama te izbjegavanjem aktivnosti koje uključuju govor, imaju značajno manje prilika za usvajanje socijalnih i

jezičnih vještina, što je vidljivo u slabijim akademskim postignućima (Nowakowski i sur., 2009). Osim privrženosti sa članovima obitelji (Kolvin i Fundudis, 1981), kao posljedica svega navedenog, javljaju se poteškoće u uspostavljanju odnosa s vršnjacima (Cline i Baldwin, 2004).

Najčešća metoda koja se koristi s obzirom na dob pojave selektivnog mutizma je anketa SMQ (*Selective Mutism Questionnaire*). SMQ je jedini dostupan instrument napravljen za praćenje učestalosti određenog dječjeg ponašanja, odnosno praćenje slučajeva kada dijete u određenim situacijama odbija koristiti govor, onda kada se to od njega očekuje. Navedenu anketu rješavaju roditelji odgovaranjem na 17 ili više pitanja, ovisno o cilju istraživanja. Kroz anketna pitanja se daje odgovor vezan za djetetovo ponašanje u socijalnim situacijama povezanim sa tri bitne komponente; ponašanje u školi, kod kuće s obitelji te u javnosti i socijalnim situacijama (Letamendi i sur., 2010).

U nadolazećem tekstu navedeni su svi čimbenici koji utječu na pojavu selektivnog mutizma u dječjoj dobi.

## **2.2. Simptomi**

Kod djece sa selektivnim mutizmom simptomi su vidljivi kroz emocije koje djeca proživljavaju u određenim socijalnim situacijama. Iako je kod djece prisutna nemogućnost govora, vidljiva je njihova neverbalna komunikacija i ponašanje kojima komuniciraju s okolinom (Kotrba, 2014). Simptomi selektivnog mutizma ne uvjetuju nastanku samo navedenog poremećaja, nego dovode do pojave i brojnih drugih psihičkih poremećaja. Najčešći simptomi su: socijalna anksioznost, separacijska anksioznosti, generalizirani anksiozni poremećaj te specifična fobija. Kada čimbenik nije jedan od poremećaja, simptomi se javljaju u obliku osjećaja.

Djeca sa selektivnim mutizmom odbijaju govoriti u određenim situacijama u kojima se osjećaju napeto, uplašeno i nesigurno (Dodig-Ćurkovići sur., 2013). Socijalna anksioznost kod djece očituje se u manjku socijalnih interakcija zbog kojih djeca imaju česte probleme u obrazovanju. Kada je uz selektivni mutizam prisutna socijalna anksioznost kao posljedica toga, kod djece može doći do oštećenja u socijalnom funkcioniranju (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Djeca sa selektivnim mutizmom, uz odbijanje govorenja u određenim socijalnim situacijama, povučena su i sramežljiva te je kod njih pojačana osjetljivost na buku (Dodig-Ćurković i sur., 2013).

Selektivni mutizam je često povezan sa visokom socijalnom anksioznošću, sramežljivošću, strahom od posramljivanja, negativizmom, ispadima bijesa ili blagim suprotstavljanjem. Kod selektivnog mutizma djeca ne započinju govoriti ili ne odgovaraju kada im se netko obrati, a u situacijama u kojima odbijaju govoriti ponekad koriste neverbalni način komunikacije (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Kod ove je djece izraženija i separacijska anksioznost, odnosno djeca se teško odvajaju od roditelja i ne žele biti sami, na primjer u određenim socijalnim situacijama odbijaju spavati sami. Osim toga, kod djece sa selektivnim mutizmom izražena je emocionalna osjetljivost kao i promjene raspoloženja u obiteljskom okruženju. Kada se djeca sa selektivnim mutizmom nalaze u okruženju u kojem je komunikacija kod njih prisutna, tada vole biti u centru pažnje ili pričaju neočekivano puno.

Kako djeca sa već navedenim poremećajem u određenim situacijama odbijaju verbalni način komunikacije ona se ponekad može ostvariti kroz neverbalni način. Kroz neverbalnu komunikaciju svojim kreativnim izražavanjem kao što su pisanje, likovno izražavanje ili rad na računalu, ona pokušavaju prikazati što je uzrokovalo odsutnost govora u pojedinim situacijama (Dodig-Ćurkovići sur., 2013).

Ponašanja koja djeca koriste tijekom neverbalne komunikacije su pokreti i položaji tijela, kontakt očima, upotreba gesta, izrazi lica, širenje zjenica, udaljenost od druge osobe, a neverbalnu komunikaciju čine i fizička obilježja pojedinca, mirisi, odjeća i drugi. Neverbalnim ponašanjima možemo prenijeti poruku bez da koristimo verbalni način komunikacije (mahanje rukom prilikom pozdrava ili drhtanje glasa kada smo u nevolji) ili regulirati verbalnu komunikaciju (Matsumoto i sur., 2013). Upravo neverbalna komunikacija kao način prenošenja poruke pomaže djeci sa selektivnim mutizmom. Djeca na taj način ostvaruju svoje potrebe i želje te time izbjegavaju za njih stresne socijalne situacije koje im stvaraju tjeskobu. Navedeni način neverbalne komunikacije osim što olakšava komunikaciju za djecu sa selektivnim mutizmom, olakšava komunikaciju i osobama iz djetetove okoline (Omdal i Galloway, 2008).

### **2.3. Etiologija**

Prema dostupnoj literaturi, vidljivo je da glavni uzrok selektivnog mutizma još nije potpuno utvrđen. Razlog tome je relativno mali broj evidentiranih slučajeva ovog poremećaja u populaciji i nedostatak istraživačkih podataka, stoga postoji malo dostupnih

podataka o uspješnosti terapija za djecu sa selektivnim mutizmom (Dodig-Ćurković i sur., 2013). Tablica 1 prikazuje neke od najčešće istraživanih čimbenika koji se povezuju s pojavom selektivnog mutizma. Na temelju istraživačkih nalazaka neke se čimbenike ne može sa sigurnošću utvrditi jesu li oni uzrok pojavnosti ovog poremećaja ili zapravo predstavljaju simptome selektivnog mutizma. Razlog tome može se pripisati pojavnosti novih čimbenika istog ili drugog poremećaja nakon liječenja (Diliberto, 2017).

**Tablica 1.** Prikaz čimbenika koji utječu na pojavu selektivnog mutizma

ČIMBENICI	SIMPTOMI	PREGLED ISTRAŽIVANJA	REFERENCE
<b>Socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija) i specifična fobija</b>	Povlačenje, sramežljivost, izbjegavanje, niska frekvencija govora, bez spontanosti	Istraživanje Oerbeck i sur. iz 2014. godine provedeno je na 24 djece sa selektivnim mutizmom (3.-9. godina). 100% djece zadovoljava kriterije za socijalne fobije (specifična fobija, separacijska anksioznost i drugi anksiozni poremećaji.)	Muris i Ollendick (2015).
<b>Temperament (Neuroticizam/ bihevioralna inhibicija)</b>	Socijalna anksioznost nasuprot prkosnom ponašanju uz izostanak govora	U istraživanju, Black i Uhde 1995. godine, dobiveno je da 10% djece sa selektivnim mutizmom zadovoljava sve kriterije za poremećaj suprotstavljanja i prkošenja.	Muris i Ollendick (2015).
<b>Trauma i stres</b>	Izostanak govora, povlačenje, depresija, anksioznost, izbjegavanje uzroka trauma, teškoće sa koncentracijom, post – traumatski stres	Nova okolina za djecu može biti traumatična (polazak u školu/vrtić, učenje novog jezika). Neke od traumatičnih i stresnih situacija koje mogu dovesti do selektivnog mutizma su: rastava roditelja, rođenje braće i sestara, smrt člana obitelji, situacije opasne za život, ugriz psa, hospitalizacija ili operacija, česta migracija (selidba). (Istraživanja: Adams, 1970; Carr i Afnan, 1989; Conn i Coyne, 2014; Dow i sur., 1995; Hesselman, 1983; Krohn, Weckstein i Wright, 1992; Wright, Miller, Cook i Littman, 1985; Zelenko i Shaw, 2000, prema Diliberto, 2017).	Diliberto (2017).

<p><b>Obiteljski čimbenici (anksiozni poremećaji kod roditelja, depresija)</b></p>	<p>Značajan strah vezan uz jednu ili više socijalnih situacija, ukočenost, povlačenje, sramežljivost</p>	<p>U istraživanju Gutenbrunner i sur. 2001. godine u uzorku od 45 djece sa selektivnim mutizmom utvrđeno je da 9% očeva, 18% majka i 18% braća i sestara imalo selektivni mutizam.</p> <p>U istraživanju Kolvin i Fundudis, (1981., prema Muris i Ollendick, 2015), dokazano je da 21% očeva i 17% majka djece sa selektivnim mutizmom ima depresiju.</p> <p>Isto tako u istraživanju, Capozzi, Manti, DiTrani i sur. (2018), je vidljiva povezanost psihičke povijesti roditelja sa pojavom selektivnog mutizma kod djece te se uz to navodi i važan utjecaj stresnih životnih situacija (30.77%).</p>	<p>Capozzi, Manti, DiTrani, Romani, Vigliante, Sogos (2018).</p> <p>Diliberto (2017).</p> <p>Gutenbrunner, Hennighausen, Herpertz-Dahlmann, Poller, Remschmidt (2001).</p> <p>Muris i Ollendick (2015).</p>
<p><b>Genetski čimbenici</b></p>	<p>Socijalni problemi (socijalna anksioznost)</p>	<p>U istraživanju Stein i sur. 2011. godine istraživala se povezanosti DNA (genetski materija) sa selektivnim mutizmom. Važnost CNTNAP2 gena (contactin-associated protein-like 2-gene) koji je već prije bio povezan sa socijalnim problemima.</p> <p>Istraživanje je pokazalo povezanost CNTNAP2 gena sa socijalnom anksioznošću i selektivnim mutizmom.</p>	<p>Muris i Ollendick (2015).</p>

Među navedenim čimbenicima jednako važnu ulogu imaju okolinski, obiteljski čimbenici i trauma te biološki čimbenici, genetika i temperament koji su svakom pojedincu urođeni i ne mogu se kontrolirati. Okolinski čimbenici predstavljaju složene pokazatelje fizičkog i socijalnog okruženja koji utječu na našu biološku strukturu i psihička iskustva prije i nakon rođenja (Berk, 2008).

### 2.3.1 Obiteljski čimbenici

Da li će emocije koje djeca sa selektivnim mutizmom proživljavaju tijekom suočavanja sa socijalnim situacijama, krenuti u pozitivnom ili negativnom smjeru, ključnu ulogu ima i podrška roditelj te njihove emocionalne reakcije (Berk, 2008). Obitelj predstavlja instituciju staru koliko i sam ljudski rod. Kroz povijest je obitelj bila podložna promjenama i procesu evolucije pod utjecajem vanjskih čimbenika (Britvić, 2010). Kod roditelja djece sa selektivnim mutizmom, utvrđena je visoka razina socijalne fobije. U slučajevima obitelji gdje je zabilježena veća anksioznost roditelja, koja je vidljiva u

reakcijama na socijalne situacije, postoji veća predispozicija pojavnosti selektivnog mutizma kod djece (Diliberto, 2017).

Brojni znanstvenici donose pregled utjecaja obitelji na psihičke probleme. Okruženje u kojem dijete odrasta može se podijeliti na rizične i zaštitne faktore. Od rizičnih se prvenstveno ističu bolest roditelja, bračno neslaganje, psihološki problemi ili odvajanje od roditelja. U zaštitne faktore mogu se ubrojiti svi pozitivni parametri u obitelji (dobro funkcioniranje obiteljskih odnosa i bračnih veza), ali i faktori koji se ne mogu kontrolirati kao što je genetika. Obiteljski odnosi i njihov utjecaj na dijete, u središtu je proučavanja brojnih znanstvenika, a to dokazuje i razvoj psihoterapije te njezina uloga u liječenju (Vulić-Prtorić, 2002).

Socijalno ponašanje temelji se na djetetovom ponavljanju obrazaca ponašanja roditelja, što se pripisuje učenju po modelu i imitacijom. Glavni mehanizam izražavanja emocija (smijeh, plač, strah i slično) je imitacija koja se javlja već u trećem mjesecu života, kada dijete oponaša izraze lica (Starč, Čudina Obradović, Pleša, Profaca, Letica, 2004). Upravo je zato bitno istražiti u kojoj mjeri na zdravlje djeteta, utječe prisutnost različitih psihičkih poremećaja kod roditelja. Kod takvih istraživanja veliku ulogu ima genetika koju ne možemo kontrolirati. Problem se javlja ako nije na vrijeme dijagnosticirano i primijenjeno adekvatno liječenje roditelja. Ukoliko se usporede prisutnost anksioznih poremećaja kod roditelja, te pojavnosti istih ili sličnih kod djece, može se zaključiti kako je poremećaj obiteljski nasljedan s prevalencijom 15 %. Specifičnost anksioznih poremećaja, pa tako i selektivnog mutizma, je nemogućnost osobe da se nosi sa emocijama u stresnim situacijama (Capozzi i sur., 2018).

Istraživanje prema Capozzi i sur. (2018) se provodilo s 58 djece predškolske dobi, od njih je 56 bilo bjelačke rasne pripadnosti. Sva djeca koja su sudjelovala u istraživanju rođena su u Italiji. Od ukupnog broja ispitanika, 26 djece imalo je selektivni mutizam dok je 32 imalo generalizirani anksiozni poremećaj. U istraživanju se gledao i psihološki profil roditelja. Istraživanje je imalo tri glavna cilja. Prvi je bio procijeniti razlike u psihološkim karakteristikama djece sa selektivnim mutizmom i djece s generaliziranim anksioznim poremećajem. Drugi cilj je bio procijeniti razlike u psihološkim karakteristikama roditelja djece sa selektivnim mutizmom i roditelja djece s generaliziranim anksioznim poremećajem, s pretpostavkom da će roditelji djece sa selektivnim mutizmom pokazivati višu razinu anksioznosti i opsesivno kompulzivnog

poremećaja. Treći cilj je bio odrediti povezanost između psiholoških karakteristika roditelja i djece. Autistična i posvojena djeca su zbog nepoznate obiteljske povijesti i djeca s intelektualnim poteškoćama bila isključena iz daljnjeg istraživanja.

Praćenje i procjenjivanje reakcije djece provodilo se kroz tri etape. Prva etapa sadržavala je informacije o povijesti bolesti (obiteljska povijest, broj braće i sestara, demografskim informacijama, stresni životni događaji, informacije o prisutnosti komorbiditeta) i provođenje kliničkog intervjua. Druga etapa uključivala je praćenje reakcije djece kroz promatranje slobodne igre, kretanje, sveobuhvatno znanje jezika i slušnog testa (ako je bilo potrebno). Treća etapa procjenjivanja uključivala je diskusiju i dijagnozu s roditeljima. Dobne razlike među ispitanicima nisu značajno utjecale na rezultate, dok je spolna razlika bila vidljiva. Djevojčice su u većem postotku imale selektivni mutizam. Veća učestalost pojave selektivnog mutizma bila je kod obitelji s jednim djetetom. Poremećaj spavanja i separacijski problemi bili su učestaliji kod djece s generaliziranim anksioznim poremećajem.

Analizom podataka utvrđeno je kako djeca sa selektivnim mutizmom imaju veću razinu povučenosti od djece s generaliziranim anksioznim poremećajem, dok su agresivno ponašanje i eksternalizirani problemi bili učestaliji kod djece s generaliziranim anksioznim poremećajem. Najznačajnija razlika kod rezultata provedenog anketiranja roditelja, bila je u učestalosti stresnih situacija tijekom života, koja je bila učestalija kod roditelja djece sa selektivnim mutizmom. Kod očeva djece sa selektivnim mutizmom, uočena je veća razina anksiozne fobije nego što je to bilo kod očeva djece s generaliziranim anksioznim poremećajem. Razlog ovakvim rezultatima može se objasniti višom razinom anksioznosti kod roditelja čija djeca boluju od selektivnog mutizma, tj. obiteljsko okruženje kojem su djeca bila izložena vjerojatno je doprinijelo razvoju upravo selektivnog mutizma.

Istraživanjem se dokazalo kako selektivni mutizam i generalizirani anksiozni poremećaj s razlogom spadaju u skupinu anksioznih poremećaja te im je anksioznost zajednička karakteristika. Kao nedostatak istraživanja navedena je nemogućnost uspoređivanja skupina sa spomenutim poremećajima u usporedbi s kontrolnom skupinom (Capozzi i sur., 2018).

Stres je samo jedan od simptoma, ali i čimbenika selektivnog mutizma koji su izrazito vidljivi kod oboljelih. Upravo zato je moguće usporediti, u kojoj mjeri obiteljsko



okruženje kroz razinu prisutnog stresa, doprinosi pogoršanju simptoma selektivnog mutizma kod djeteta.

### 2.3.2. Temperament

Temperament se definira kao specifičnost svakog djeteta, koja se očituje kao način na koji osoba izražava emocije i raspoloženje. Isto tako, temperament je sposobnost pojedinca da samoregulira ponašanje za koje se smatra da je biološki određeno (Starc i sur., 2004), a koje nije uvijek pod utjecajem slobodne volje (Vasta, Haith i Miller, 1997). Temperament snažno utječe na interakcije roditelja i djeteta, ovisno o tipu temperamenta djeteta (Starc i sur., 2004).

Bihevioralna inhibicija je jedna od karakteristika temperamenta koja predstavlja rizičan faktor za pojavu anksioznih poremećaja kod djece (Muris, Hendriks, Bot, 2016). Kada je kod djece prisutna bihevioralna inhibicija oni su skloni socijalnom povlačenju, traženju stalne prisutnosti roditelja u svakom trenutku te odbijanju samostalne igre u blizini nepoznatih osoba (Gensthaler i sur., 2016).

Istraživanje prema Muris i sur. (2016) koje je ispitalo povezanost između bihevioralne inhibicije, socijalne anksioznosti i selektivnog mutizma, provodilo se na ne kliničkom uzorku djece. Hipoteza postavljena prije provođenja istraživanja pretpostavljala je kako je visoka razina bihevioralne inhibicije i anksioznosti praćena visokom razinom selektivnog mutizma. Ukupan broj ispitanika, u dobi od 3 do 6 godina, bio je 57 djece i njihovi roditelji. Veliki udio roditelja bio je bjelačke rasne pripadnosti (> 95 %). Nitko od roditelja nije razveden, što znači da su sve obitelji bile funkcionalne. U većini slučajeva, istraživanje se provodilo u domovima obitelji. Dva slučaja se nisu mogla provoditi u domu obitelji te su provedena na drugim lokacijama. Kako bi se izbjegao utjecaj vanjskih faktora, istraživanje se provodilo u tihoj prostoriji za stolom.

U istraživanju su sudjelovali roditelji, dijete te dvije osobe koje su provodile istraživanje. Prije početka istraživanja osobe koje su provodile istraživanje predstavile su se i objasnile što će raditi. Od roditelja se tražilo da ispune ankete vezane za navedene poremećaje, dok dijete razgovara s istraživačima. Razgovor se snimao diktafonom radi lakše kasnije analize govora djeteta. Prva anketa bila je vezana za bihevioralnu inhibiciju i sadržavala je 14 pitanja. Neka od pitanja bila su: „Moje dijete je sramežljivo kada prvi puta upoznaje novo dijete“ i „Moje dijete se uzruja kada ostane samo u novoj situaciji po

prvi put, na primjer u vrtiću“. Pitanja su odgovarana na skali od 1 do 6, gdje je 1 predstavljalo „gotovo nikad“ a 6 je predstavljalo „skoro uvijek“. Veći broj bodova u navedenoj anketi značilo je višu razinu bihevioralne inhibicije.

Druga anketa, koju su roditelji zajedno ispunili, bila je za predškolsku anksioznost. Anketa se sastojala od 30 pitanja za separacijsku anksioznost, socijalnu, generaliziranu, specifične fobije i opsesivno kompulzivne teškoće. Neka od pitanja bila su: „Moje dijete se boji da će on/ona napraviti nešto sramotno pred drugim ljudima“, „Moje dijete bi bilo uzrujano da spava daleko od kuće“, „Moje dijete se boji psa“. Na pitanja se moglo odgovoriti s ocjenom od 0 do 4, gdje 0 predstavlja „nije točno“ dok 4 predstavlja „često je točno“.

Zadnja anketa, koju su roditelji zajedno ispunjavali, bila je anketa vezana za selektivni mutizam. Posljednja anketa, sadržavala je 17 pitanja koja su se odnosila na učestalost nedostatka i odbijanja verbalne komunikacije u različitim situacijama. Neka od pitanja u anketi bila su: „Moje dijete govori u grupi ili pred razredom“, „Moje dijete govori u klubu, timu ili drugim organiziranim aktivnostima izvan škole“. Bila su ponuđena četiri odgovora, gdje je 0 predstavljalo „nikada“ dok je 3 predstavljalo „uvijek“. Niži rezultat na anketi predstavljao je nižu učestalost govornog izražavanja te prisutnu višu razinu selektivnog mutizma kod djeteta.

Dok su roditelji rješavali navedene ankete, znanstvenici/istraživači su s djecom provodili dva testa verbalne komunikacije, koji su od djece zahtijevali monolog. Prvi test govora bio je na temu o školi. Kako bi roditelji dali primjer djeci što se očekuje od njih, imali su monolog o najdražima aktivnostima u slobodno vrijeme. Djeci se dalo nekoliko izraza o kojima se očekivalo da pričaju u svom monologu kao što su; učitelji, druga djece, aktivnosti za vrijeme pauze u učionici i na igralištu. Kada su djeca održala svoj monolog na zadanu temu, istraživači su prešli na drugi test govora. Test se sastojao od osam pitanja, neka od njih bila su: „Što si radio prošle ljetne praznike?“ i „Što si radio za svoju zadnju rođendansku proslavu?“. Tijekom prvih četiri pitanja djeca nisu dobila upute kako odgovoriti i što se očekuje od njih, dok su za drugih četiri pitanja dobila upute. U prvih četiri pitanja istraživači su promatrali spontanost odgovaranja djece nepoznatim osobama. Za sljedeća četiri pitanja istraživači su željeli dobiti što veći postotak odgovora na pitanja.

Navedeni dio istraživanja u kojem su djeca koristila verbalnu komunikaciju snimao se diktafonom, kako bi svaki istraživač zasebno mogao prebrojati broj korištenih riječi

tijekom monologa te analizirati odgovore i riječi u drugom testu govora. Prema odgovorima roditelja pokazalo se kako je veći postotak učestalosti biheviornalne inhibicije, socijalne anksioznosti i selektivnog mutizma kod djevojčica. Značajna razlika bila je u korelaciji dječje dobi i ukupnog broja korištenih riječi tijekom testa. Odnosno, s porastom dječje dobi primijećeno je korištenje više riječi uz pokušaj prikazivanja niže razine selektivnog mutizma.

Analizom podataka dobiveni su rezultati koji pokazuju kako je karakteristika temperamenta, u ovom slučaju, biheviornalna inhibicija bila povezana s višom razinom socijalne anksioznosti, selektivnim mutizmom i drugim anksioznim poremećajima, kao i manjim brojem korištenih riječi tijekom testa govora. Isto tako, dokazana je veća povezanost simptoma socijalne anksioznosti sa simptomima selektivnog mutizma, nego s nesocijalnim anksioznim poremećajima. Nakon analize podataka provedenih anketa vezanih za selektivni mutizam, koje su roditelji rješavali i testa govora u kojem su djeca sudjelovala, uočena je povezanost između većeg broja korištenih riječi i višeg rezultata na anketi (manje prisutnih simptoma selektivnog mutizma). Istraživanje nije dokazalo direktni utjecaj biheviornalne inhibicije na pojavu selektivnog mutizma. Unatoč tome postoji vjerojatnost, ako se kod biheviornalne inhibicije pojavi socijalna anksioznost, može se pojaviti i selektivni mutizam.

Brojni radovi dokazuju prisutnost selektivnog mutizma u ranijoj dobi. Tako je u istraživanju Gensthaler i sur. (2016), cilj bio dokazati da djeca sa selektivnim mutizmom i socijalnom fobijom više pokazuju biheviornalno inhibicijsko ponašanje u prve dvije godine života u odnosu na djecu s internaliziranim poremećajem i djece kontrolne grupe. U istraživanju je sudjelovalo 329 djece u dobi od 3 do 18 godina, među kojima je bilo braće i sestara, blizanaca ili samo jedan bliznac te ostale djece. Veliki udio djece sa selektivnim mutizmom zadovoljavalo je kriterije i za socijalnu fobiju. U skupinu ispitanika s internaliziranim poremećajima spadala su djeca s depresijom, specifičnom fobijom, opsesivno kompulzivnim poremećajem, generaliziranim anksioznim poremećajem, separacijskim anksioznim poremećajem te ostalim anksioznim poremećajima. Raspodjela ispitanika prema spolu bila je približno jednaka. Socioekonomski status kontrolne grupe bio je znatno viši nego kod ostalih. Ispitanici skupine s internaliziranim poremećajima bili su znatno stariji od ispitanika skupine sa selektivnim mutizmom i kontrolne skupine. Nakon razgovora s majkama djece o dijagnozama i povijesti bolesti, majke su rješavale anketu o retrospektivnoj dječjoj

bihevioralnoj inhibiciji koja se odnosila na prve dvije godine djetetovog života. Anketa je sadržavala 20 pitanja.

Analizom provedene ankete dobiven je rezultat koji pokazuje kako djeca i adolescenti sa selektivnim mutizmom i socijalnom fobijom, pokazuju više bihevioralno inhibicijskog ponašanja u prve dvije godine od ostalih skupina. Nakon provedene ankete zaključeno je da na odgovore roditelja utječe sadašnje stanje i ponašanje djece. Postoji mogućnost da se roditelji teže prisjećaju ponašanja djeteta u prve dvije godine te sadašnje ponašanje djece negativno utječe na odgovore roditelja. Analizom podataka dobivenih provedenim istraživanjem došlo se do zaključka da bihevioralna inhibicija u prve dvije godine života predstavlja predispoziciju za pojavu selektivnog mutizma i socijalne fobije, no to nije uvijek slučaj (Gensthaler i sur., 2016).

U sličnom istraživanju prema Diliberto (2017) sudjelovale su 272 majke i njihova djeca, u dobi od 6 do 10 godina, s postavljenom dijagnozom selektivnog mutizma. Prva anketa koju su roditelji rješavali bila je vezana za djetetovo ponašanje te se sastojala od 118 pitanja. U anketi su bila pitanja za eksternalizirane i internalizirane probleme kod djece i adolescenata u dobi od 6 do 18 godina. Od roditelja se tražila informacija o hobijima i sportovima kojima se dijete bavi, vrijeme provedeno u aktivnosti, koliko dobro obavljaju aktivnosti te jesu li aktivni u organizacijama. Isto tako roditelji su dali informacije o broju prijatelja njihovog djeteta, koliko često ulazi u interakciju s drugom djecom, te kako se dijete ponaša u društvu prijatelja te u društvu nepoznate djece. Za istraživanje je bila bitna informacija o akademskoj uspješnosti djeteta te demografske informacije, kao što su dob djeteta, razred, spol i etničko opredjeljenje. Sljedeća anketa, bila je o selektivnom mutizmu s 23 pitanja. Niži rezultati na anketi predstavljali su višu razinu selektivnog mutizma kod djeteta. Roditelje se tražilo da procijene učestalost djetetovog odbijanja korištenja govora u bitnim situacijama kao što su; kod kuće, u školi i u blizini članova obitelji.

Sljedeća anketa, koju su roditelji ispunjavali bila je vezana za temperament djeteta, a sastojala se od 20 pitanja. Navedena anketa sadrži četiri bitne kategorije, od kojih svaka kategorija sadrži pet pitanja. Kategorije u anketi su sramežljivost, društvenost, aktivnost i emocionalnost. Aktivnost određuje koliko brzo dijete reagira te koliko se dijete uključuje u aktivnosti. Sramežljivost reflektira inhibiciju u novim socijalnim situacijama. Društvenost prikazuje preferenciju za socijalne interakcije ili izoliranost. Emocionalnost

prikazuje koliko lako i intenzivno pojedinac reagira u situaciji. Tijekom istraživanja tražila se informacija o vremenskom periodu liječenja djeteta. Roditelje se uputilo na web stranicu, gdje se nalazi više informacija o selektivnom mutizmu. Preko web stranice ostale majke djece sa selektivnim mutizmom pridružile su se istraživanju.

Analiza je pokazala kako su socijalni problemi, iz prve ankete o djetetovom ponašanju povezani s anksioznošću te opozicijskim ponašanjem. Nije bilo značajne razlike u spolu i etničkoj pripadnosti ispitanika. Jedna od hipoteza je pretpostavljala kako je anksiozni poremećaj povezan s aktivnošću djeteta što se pokazalo djelomično točnim (samo u određenim slučajevima). Analiza podataka pokazala je značajne razlike u kompetenciji između djece sa selektivnim mutizmom kao što su; socijalni problemi, socijalna kompetencija, sramežljivost, društvenost, emocionalnost te aktivnost.

Iz navedenih istraživanja vidljivo je kako temperament djeteta, odnosno opozicijsko ponašanje i bihevioralna inhibicija, može biti predispozicija sa pojavu anksioznih poremećaja.

### 2.3.3. Trauma

Posttraumatski stresni poremećaj može nastati kao posljedica izloženosti životno ugrožavajućim iskustvima i situacijama. Traume u djetinjstvu se dijele na dvije temeljne vrste, prva vrsta traume se najčešće susreće kod djece koja su bila izložena napadu snajperista, koja su bila prisutna ubojstvu roditelja ili izložena otmici. Navedenu vrstu traume karakterizira potpuno i detaljno urezano sjećanje na traumatski događaj, kognitivno ponovno proživljavanje te vizualne halucinacije i iluzije. Druga vrsta traume najčešće se susreće kod djece koja su bila izložena višestrukom fizičkom ili seksualnom zlostavljanju ili ratnim stradanjima te kod djece koja su bila žrtve prirodnih katastrofa. (Dodig-Ćurković i sur., 2013).

Postoje slučajevi gdje su djeca, kako bi se lakše nosila sa proživljenom traumom, prestala pričati. Selektivni mutizam u takvim situacijama djeci služi kao način da izbjegnu negativne osjećaje povezane sa proživljenom traumom (Diliberto, 2017).

Zabilježen je slučaj četverogodišnje djevojčice, kod koje je kao posljedica ugriza psa došlo po pojave selektivnog mutizma. U navedenom slučaju djevojčica je nakon ugriza doživjela traumatičan gubitak krvi i postala letargična. Za vrijeme provedeno u bolnici djevojčica je bila na terapiji antibioticima. Djevojčica je prvih nekoliko dana odbijala

govoriti s liječnicima i roditeljima te umjesto verbalne komunikacije koristila neverbalnu komunikaciju, kao što su geste i kimanje glavom. Djevojčici su nakon 15 dana izvadili šavove i otpustili iz bolnice. Na psihijatrijskom promatranju, dva mjeseca nakon ugriza, roditelji djevojčice primijetili su kako djevojčica izbjegava vlasnika psa i mjesto gdje se dogodila traumatična situacija. Djevojčica je izbjegavala razgovor sa psihijatrima i djecom u susjedstvu. Kod djevojčice se javljala anksioznost kada bi ostajala sama te kao druga posljedica javili su se problemi u koncentraciji.

Prema DSM – IV, simptomi koji su je javili kod djevojčice kao posljedice ugriza psa, zadovoljavali su kriterije za selektivni mutizam i posttraumatski stresni poremećaj. Nakon napada psa djevojčica je doživjela značajnu emocionalnu traumu i disfunkciju u ponašanju. U šest mjeseci psihijatrijskog praćenja vidio se pozitivan pomak u verbalnoj interakciji djevojčice te manja količina anksioznosti (Anyfantakis i sur., 2009).

Djetetovo različito reagiranje na određene životne situacije može dovesti do različitih posljedica. Ako dijete, kao što je navedeno u istraživanju, doživi životno ugrožavajuću situaciju kao posljedica može se uz traumu, odnosno posttraumatski poremećaj javiti i anksiozni poremećaj.

#### **2.4. Komorbiditet selektivnog mutizma i drugih anksioznih poremećaja**

Na pojavu komorbiditetnih stanja utječu reakcije djeteta na određenu situaciju ili događaj. Uz selektivni mutizam najčešće se pojavljuju drugi anksiozni poremećaji. Razlog tome su sličnosti unutar anksioznih poremećaja, odnosno javljanje istih ili sličnih osjećaja i simptoma unutar njih (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

##### **2.4.1. Anksiozni poremećaji**

Anksiozni poremećaji su psihički poremećaji koji imaju zajedničke karakteristike kao što su tjeskoba, pretjerani strah, uplašenost, napetost i uznemirenost. Učestalost pojave anksioznih poremećaja je prisutna kod 10 do 20 % djece i adolescenata. Navedene osjećaje prate tjelesni simptomi poput otežanog disanja, vrtoglavice i ubrzanog rada srca (Dodig-Ćurković i sur., 2013). Anksiozne poremećaje moguće je razlikovati ispitivanjem vrsta situacija koje kod osobe izazivaju strah ili izbjegavanje istih (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Anksiozni poremećaji se razlikuju od normalne anksioznosti, koja predstavlja normalnu reakciju na stvarnu opasnost, prema stupnju oštećenja

funkcioniranja osobe (Dodig-Ćurković i sur., 2013). Kako je prema DSM-5 klasifikaciji selektivni mutizam uvršten u anksiozne poremećaje koji međusobno dijele iste simptome, često se govori o njihovom komorbiditetu. Najčešće su to socijalna fobija, generalizirani anksiozni poremećaj, separacijski anksiozni poremećaj te specifična fobija (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Slučaj djevojčice, kod koje se kao posljedica na određene događaje u životu javio selektivni mutizam, separacijska anksioznost i specifična fobija, pratio se od predškolske dobi sve do adolescencije. Simptomi navedenih poremećaja kod djevojčice započeli su nakon šišanja kose u dobi od četiri godine, nakon čega je djevojčica prestala pričati. Djevojčica je imala napadaj panike svaki put kada bi njezina majka otišla ili ju ostavila u školi. Djevojčica je odbijala govoriti 45 dana, nakon čega je prvo progovorila sa sestrom, zatim s drugim članovima obitelji. Godinu dana nakon toga, kod djevojčice su se ponovno pojavili već navedeni poremećaji kao posljedica stresne situacije, u kojoj je djevojčici ukraden bicikl. Tri mjeseca kasnije, djevojčica je započela koristiti verbalnu interakciju samo sa članovima obitelji. Djevojčica je odbijala razgovor s osobama koji nisu članovi njezine obitelji. Djevojčica je unatoč svemu navedenom, redovito pohađala školu gdje je imala prijatelje s kojima je komunicirala preko e-maila te mimikom. Kada je djevojčica morala verbalno komunicirati, njezina majka je to odrađivala umjesto nje te je time djevojčica izbjegavala dovođenje u socijalne situacije gdje bi bila prisutna pojava anksioznosti. Kod djevojčice se nije javila socijalna anksioznost, dok su drugi anksiozni poremećaji bili prisutni, već navedena separacijska anksioznost i specifična fobija (Castro, Morikawa, Ramos Asbahr, Turkiewicz, Zadrozny Gouvêa da Costa, 2008).

Istraživanje Levin-Decanini i sur. (2013) vezano za komorbiditete anksioznih poremećaja provedeno je na uzorku od 229 ispitanika. Dob ispitanika bila je od 2 do 19 godina te se provodilo u razdoblju od 2002. do 2010. godine. Od ukupnog broja ispitanika 50,30 % bilo je muškog spola. Isto tako 55,30 % svih ispitanika izjasnilo se kao pripadnici bijele rase. Ispitanici su morali imati barem jedan anksiozni poremećaj. Primarni razlog istraživanja bio je istražiti načine liječenja selektivnog mutizma. Nakon obavljena dva dijagnostička intervjua, ispitanici su bili podijeljeni u tri kategorije, a ovisno o komorbiditetnim stanjima procijenjenim prema DSM – IV kategorizaciji. MA grupa od 155 ispitanika, obuhvaćala je dijagnoze anksioznih poremećaja prema DSM- IV kriterijima. Neki od poremećaja prisutnih u navedenoj skupini bili su generalizirani

anksiozni poremećaji, opsesivno kompulzivni poremećaj, socijalna anksioznost, separacijsko anksiozni poremećaj te nespecifični anksiozni poremećaj (mogućnost simptoma više anksioznih poremećaja). Druga grupa ispitanika MA/ADHD sadržavala je 47 djece koja su uz poremećaje navedene za prethodnu grupu imala prisutan ADHD, dok je SM (selektivni mutizam) grupa uključivala 48 djece. Nakon analiziranja dobivenih informacija od roditelja i učitelja, koja navode različita ponašanja djece u školi i kod kuće, dobiven je konačan broj ispitanika za daljnje istraživanje. Ispitanici koji nisu priložili izvješća, učitelja o ponašanju u školi ili roditelja kod kuće te time zadovoljili kriterije nisu sudjelovali u istraživanju. Kod ispitanika koji su zadovoljili sve kriterije (starosti 3 do 16 godina) u 63,99 % slučajeva dijagnoza je bila anksioznost.

Prevalencija djece s ADHD-om bila je 12,34 % , dok je selektivni mutizam utvrđen kod 9,98 % djece. Zbog velike razlike u postotku rasne pripadnosti, uspoređivala se razlika među pripadnicima bijele rase te pripadnicima ostalih rasa. Nije nađena značajna razlika, kao ni kod usporedbe stupnja obrazovanja roditelja. Kod svakog djeteta u navedenom istraživanju dijagnosticiran je barem jedan anksiozni poremećaj, od kojih je 55,80 % imalo jedno ili više komorbiditetnih stanja. Najučestaliji poremećaj bio je generalizirani anksiozni poremećaj sa zastupljenosti od 16,63 %, odmah nakon njega bila je socijalna anksioznost koja je uočena kod 13,70 % djece. U MA grupi ispitanika 65,08 % nije imalo komorbiditetnih stanja. U grupi MA/ADHD svaki individualni ispitanik, prema definiciji, ima barem jedan komorbiditet. U zadnjoj grupi ispitanika sa selektivnim mutizmom najučestaliji komorbiditet bio je sa socijalnom anksioznošću s prevalencijom od 74,28 %. Rezultati istraživanja pokazali su kako spol, godine i rasna pripadnost nisu imali utjecaj na učestalost pojave poremećaja te njihovim komorbiditetima s drugim poremećajima. Istraživanje je pokazalo kako djeca sa selektivnim mutizmom pokazuju istu razinu anksioznosti kao i djeca s drugim anksioznim poremećajima.

Sljedeće istraživanje Cunningham, McHolm, Boyle (2006) uključivalo je 110 djece, od kojih je 52 djece činilo kontrolnu skupinu. Djeca sa selektivnim mutizmom bila su podijeljena u dvije skupine, djeca s generaliziranim mutizmom koja odbijaju govoriti u svim situacijama i djeca sa specifičnim mutizmom koja odbijaju govoriti u samo određenim situacijama. Djeca su najprije riješila test samopoimanja, koji nije zahtijevao verbalne odgovore. Ista anketa poslana je profesorima navedene djece, postotak odgovorenih bio je 96,3 %. Roditelji su riješili anketu o obiteljskoj povijesti. Informacije



koje su se tražile od roditelja bile su status obitelji, imigracijska povijest, status zaposlenosti, prihodi te povijest anksioznih poremećaja unutar obitelji.

Nakon ankete, roditelji su odgovorili na 15 pitanja o načinu govora djeteta kod kuće, u blizini rodbine i u školi. Dok za djecu kontrolne skupine povijest obiteljskih poremećaja nije bila dostupna. Usporedbom djece sa specifičnim mutizmom i djece s generaliziranim mutizmom, dobio se rezultat koji pokazuje kako je kod samohranog roditelja veća učestalost generaliziranog mutizma. Gledajući prihode, obitelji djece sa specifičnim mutizmom imale su najviše prihode. Prema izvješću roditelja, djeca sa selektivnim mutizmom, obje skupine, pokazuju višu razinu generalizirane anksioznosti i socijalne fobije od kontrolne skupine. Učitelji su izvijestili kako djeca s generaliziranim mutizmom, bez skupine sa specifičnim mutizmom, imaju višu razinu generalizirane anksioznosti nego kontrolna skupina. Roditelji su izvijestili kako skupine djece sa selektivnim mutizmom imaju manje razvijene verbalne i neverbalne socijalne vještine nego kontrolna skupina.

Učitelji su izvijestili kako su djeca sa selektivnim mutizmom manje kompetentna u verbalno socijalnim situacijama. Iako djeca sa specifičnim mutizmom govore u određenim situacijama, roditelji su ih ocijenili s istom razinom anksioznosti i socijalne fobije kao djecu sa generaliziranim mutizmom.

Istraživanje prema Cohan i sur. (2008) provodilo se na 130 ispitanika, u dobi od 5 do 12 godina. Od roditelja su se tražile informacije o prisutnim simptomima selektivnog mutizma te povijest duševnih bolesti, anksioznih poremećaja, poremećaja komunikacije i pervazivnim poremećajima. Na početku istraživanja roditelji su ispunili anketu o ozbiljnosti simptoma selektivnog mutizma. Ispitanici su podijeljeni u tri skupine, srednje anksiozni – opozicijsko ponašanje (1), anksiozni sa zakašnjelom komunikacijskom razvoju (2) i isključivo anksiozni (3).

Analizom rezultata utvrđena je najviša razina socijalne anksioznosti u drugoj skupini, dok su anksiozni problemi bili najučestaliji kod treće skupine. Bihevioralni problemi u prvoj skupini ispitanika bili su najučestaliji. Istraživanje je dokazalo povezanost simptoma anksioznih poremećaja te samim time i selektivnog mutizma kao anksioznog poremećaja. Rezultati istraživanja pokazali su visoku razinu učestalosti socijalne anksioznosti kao komorbiditeta selektivnog mutizma. Isto tako, analizom podataka uočilo se kako je kod djece sa selektivnim mutizmom i bihevioralnim

problemima česta pojava visoke razine socijalne anksioznosti. Za djecu sa zakašnjelim razvojem govora, kako je već navedeno, razina socijalne anksioznosti je visoka. Kao hipotezu za navedeni rezultat istraživanja, navodi se kako roditelji znaju krivo procijeniti radi li se o zakašnjelom razvoju govora ili govorne teškoće kao posljedice anksioznosti ili stresa u nepoznatim i novim situacijama.

Iz navedenih istraživanja vidljivo je kako su selektivni mutizam i ostali anksiozni poremećaji povezani zajedničkim simptomima te se iz tog razloga češće javljaju u komorbiditetu. Najčešći anksiozni poremećaji koji se javljaju uz selektivni mutizam su socijalna fobija, separacijski te generalizirani anksiozni poremećaj. Kod djece s anksioznim poremećajima, iz navedenih istraživanja, utvrđene su manje razvijene socijalne i govorne kompetencije, što znači da anksiozni poremećaji djeluju na dijete na više razvojnih područja.

## **2.5. Metode liječenja**

Zbog svih navedenih čimbenika i simptoma, koji se povezuju sa selektivnim mutizmom, potrebno je pravovremeno dijagnosticirati i primijeniti metode liječenja poremećaja. Pregledom literature vidljivo je kako postoje brojni načini kojima se može utjecati na razvoj djeteta, a zajedničko im je djelovanje na njegov psiho-socijalni razvoj. Od svih postupaka ističe se upotreba psihoterapije, kognitivno bihevioralna terapija te kombinirana terapija kod koje se uz kognitivno bihevioralni ili psihoterapiju koriste lijekovi. Takvim postupcima liječenja, moguće je promijeniti djetetov način reagiranja na socijalno okruženje te njegovo lakše nošenje sa poteškoćama u društvenom aspektu.

Istraživanje koje su proveli Cunningham, McHolm, Boyle i Patel (2004) dokazano je kako su, od strane roditelja i učitelja, djeca sa selektivnim mutizmom procijenjena kao mnogo manje socijalno asertivna u odnosu na kontrolnu skupinu (djeca su se rjeđe predstavljala i uključivala u grupne aktivnosti, započinjala razgovore te pozivala prijatelje u svoj dom). Nužno je što prije započeti s terapijom kako bi se spriječile negativne posljedice selektivnog mutizma na cjelokupni razvoj djeteta.

Za liječenje selektivnog mutizma preporučuje se psihoterapijski pristup. Psihoterapija je psihološka metoda liječenja psihičkih poremećaja koja se na osnovi indikacije primjenjuje planski i s određenim terapijskim ciljem (Jurcan, 2016). Ako se jedan od primijenjenih terapijskih pristupa ne pokaže kao uspješan, preporučuje se uvesti

neselektivni inhibitor pohrane serotonina. Istraživanja pokazuju uspješnost liječenja uporabom Fluoksetina kod komorbidnih anksioznih poremećaja. Povremeno se koristi grupna terapija kako bi se kod djece smanjila anksioznosti i strah kod roditelja te se istovremeno pomaže i djeci sa selektivnim mutizmom (Dodig-Ćurković i sur., 2013).

Farmakoterapija zbog mogućih nuspojava nije prvi izbor kada je u pitanju liječenje djece i adolescenata (Dodig-Ćurković i sur., 2013). Prije primjene navedenog terapijskog pristupa potrebno je poznavati biološke specifičnosti kod djece. Lijekovi koji se primjenjuju u liječenju djece treba odobriti dječji i adolescentski psihijatar. Psihofarmakološka terapija se uvodi u liječenje kod pojavljivanja teških simptoma anksioznosti koji značajno narušavaju funkcioniranje djeteta (Kušević, 2009).

Kombinacija dviju terapija koje se u današnje vrijeme smatraju najučinkovitijima su kognitivna i biheviorna terapija. Kognitivna terapija mijenja kognitivne procese koji kasnije utječu na promjene u ponašanju, dok biheviorna mijenja ponašanje koje dovodi do kognitivnih promjena. Navedena metoda liječenja pokazala se učinkovitom te kratko traje. Prednost navedene metode je usmjerenost na ublažavanje simptoma i poboljšanje kvalitete života (Živčić-Bećirević, 2010). Kognitivno biheviorna metoda liječenja preporučuje se za djecu sa selektivnim mutizmom (Oerbeck, Overgaard, Stein, Pripp, Kristensen, 2018). Biheviornom terapijom kod djece se želi povećati broj verbalne komunikacije, pojačati vokalizacija te prikazati im važnost i funkciju govora. Prvi zadatak koji se djeci dodjeljuje jest korištenje jedne određene riječi u socijalnim situacijama. Kada djeca s vremenom uspiju koristiti zadanu riječ u socijalnim situacijama, određuju se cijele rečenice (Sulkowski, Pence, Carlson, Storch, 2014).

Prema Egberts i Seifert (2014) preporučene terapije za liječenje selektivnog mutizma kod djece su kognitivno biheviorna, grupna obiteljska terapija, psihosocijalna i upotreba psihofarmakoloških sredstava. Uporaba antidepresiva kao metoda liječenja više se ne koristi zbog mogućnosti komorbiditeta selektivnog mutizma, depresije i anksioznosti, u takvim slučajevima navedeni lijekovi nisu se pokazali uspješnima.

Navedeni slučaj, Castro i sur. (2008) djevojčice sa selektivnim mutizmom, separacijskom anksioznosti i specifičnom fobijom liječen je različitim metodama. Prva metoda liječenja je bila psihodinamska terapija uz Paroxetin koja je trajala 12 mjeseci bez napretka. Druga metoda koja se koristila 10 mjeseci bila je kognitivno biheviorna metoda koja je pokazala male neznačajne pomake. Zatim su uz navedenu metodu odlučili

koristiti Sertralin, nakon 3 mjeseca pomak je bio vidljiv na razini anksioznosti. Djevojčica je u javnosti počela verbalno komunicirati, iako je to i dalje bilo ograničeno na komunikaciju s članovima obitelji i prijateljima. Slučaj djevojčice je pokazao kako je veći napredak kada se zajedno koriste psihoterapija i farmakološka terapija.

U istraživanju Oerbeck i sur. (2018) pratio se utjecaj liječenja kognitivno bihevioralnom metodom na djecu sa selektivnim mutizmom do godinu dana nakon provedene terapije. U terapiji je sudjelovalo 24 djece sa selektivnim mutizmom, u dobi od 3 do 9 godina. Od ukupnog broja sudionika 9 djece bilo je predškolske dobi, dok je ostalih 15 bilo osnovnoškolske dobi. U terapiji je sudjelovalo 6 bilingvalne djece. Tražile su se informacije uže i šire obiteljske zajednice vezane za obiteljsku povijest bolesti. Analizom dobivenih informacija o obiteljskoj povijesti, 10 od 24 obitelji je imalo člana u obitelji sa selektivnim mutizmom te u 23 obitelji, jedan ili oba roditelja u svom djetinjstvu imala su simptome socijalne anksioznosti. Za određivanje i primjenu terapije uključeno je bilo 21 iskusnih kliničkih terapeuta. Za anketu se koristila globalna klinička ljestvica pojavljivanja koju su ispunjavale majke djece. Navedena ljestvica anketiranja se koristila i za kasnije praćenje napretka djeteta, kroz terapiju i nakon nje. Kako bi se dobile najtočnije informacije o djetetovom ponašanju i njegovom korištenju verbalne komunikaciju u školi, učitelje se također uključilo u ankete tijekom procesa liječenja, kako bi se mogao pratiti djetetov napredak. Anketni upitnik o djetetovom korištenju verbalne komunikacije u školi ispunjavali su učitelji, dok su roditelji ispunjavali anketni upitnik o selektivnom mutizmu (SMQ).

Anketni upitnici su ispunjavani četiri puta:

1. Prije terapije (T1)
2. Tri mjeseca nakon terapije (T2)
3. Šest mjeseci nakon terapije (T3)
4. Godinu dana nakon završetka terapije (T4).

Analizom podataka dobivenih odgovora na upitnike uočeno je značajno poboljšanje između T1 i T2 prema procjeni roditelja i učitelja. Nešto manje poboljšanje, ali ipak značajno, bilo je vidljivo nakon svake sljedeće analize podataka. Od ukupnog broja djece, nakon terapije, 12 djece (50%) više nije ispunjavalo kriterije za selektivni mutizam, dok je četvero djece počelo koristiti verbalnu komunikaciju ali samo u nekim situacijama. Navedenih četvero djece kategorizirani su pod selektivni mutizam u remisiji.

Ostalih osmero djece još uvijek je zadovoljavalo kriterije za selektivni mutizam. Terapija je pokazala kako je veći napredak bio uočen kod mlađe djece, sedmero djece od ukupno devet u dobi od 3 do 5 više nije zadovoljavalo kriterije za selektivni mutizam.

Terapiju koju su provodili Oerbeck i sur. (2018) uz promatranje učinaka terapije provodilo se u razdoblju od 5 godina. Dio ukupnog broja sudionika, odnosno 24 djece od 32, bilo je iz prethodno navedenog slučaja liječenja selektivnog mutizma. Dob djece na početku terapije bila je 3 do 9 godina, dok je na završetku procesa praćenja bila 8 do 14 godina. Prema podacima dobivenima od strane roditelja devetero djece bilo je bilingvalno te je kod 11 članova obitelji bila utvrđena prisutnost selektivnog mutizma. Za svu djecu je korištena ista metoda liječenja, kognitivno bihevioralna terapija, koju su provodili klinički terapeuti.

Kako bi lakše kategorizirali napredak djece koristile su se tri kategorije selektivnog mutizma:

1. Potpuna remisija: djeca više ne ispunjavaju kriterije za selektivni mutizam te slobodno pričaju u školi
2. Djelomična remisija: Djeca pričaju slobodno u nekim okolnostima u školi, dok u drugim još uvijek odbijaju
3. Selektivni mutizam: djeca koja zadovoljavaju kriterije za dijagnozu selektivnog mutizma

Korišteni su se anketni upitnici kako bi roditelji, učitelji i djeca mogli procjenjivati svoj napredak nakon terapije. Prije terapije (T1), tri mjeseca nakon terapije (T2), šest mjeseci nakon terapije (T3), godinu dana nakon završetka terapije (T4) te pet godina nakon provedene terapije (T5) ispunjavali su se upitnici o procjeni djetetovog ponašanja. Uz upitnike navedene u prethodnom slučaju liječenja, neki od dodatnih upitnika bili su: upitnik o kvaliteti života djeteta koji se sastoji od sedam bitnih stavki te drugi upitnik koji je bio namijenjen za djecu i njihovu procjenu napretka.

Nakon 5 godina praćenja napretka djece 70 % djece više nije zadovoljavalo kriterije selektivnog mutizma te su svrstani u kategoriju potpune remisije. Kod drugog dijela djece, odnosno 17% od ukupnog broja, uočen je napredak te su svrstani u kategoriju djelomične remisije selektivnog mutizma. Ostatak djece, odnosno 13 % i dalje je zadovoljavalo kriterije selektivnog mutizma te je svrstano u treću kategoriju.

Analizom rezultata u prethodnom istraživanju uočeno je kako mlađa djeca pokazuju veći napredak te je ovim istraživanjem to potvrđeno. Od 16 djece koja su nakon praćenja svrstana u kategoriju potpune remisije njih 14 na početku terapije bilo je u dobi od 3 do 5 godina. Kod navedenih 11 obitelji s povijesti selektivnog mutizma 5 djece više nije ispunjavalo kriterije selektivnog mutizma. Spolna razlika kod djece s potpunom remisijom nije bila značajna. Kod 7 djece s komorbiditetom, nakon praćenja napretka 2 djece više nije zadovoljavalo uvjete za selektivni mutizam. Napredak djece, procijenjen od strane roditelja i učitelja ispunjavanjem anketnih upitnika, bio je značajan i u porastu.

Slučaj praćenja utjecaja terapije na dijete sa selektivnim mutizmom prema Domachevsky i sur. (2016) uključivao je 36 djece u dobi od 5 do 15 godina. Djecu se pratilo najmanje godinu dana nakon završetka terapije. Prva metoda mjerenja učestalosti simptoma selektivnog mutizma kod djece bio je intervju sa roditeljima i djecom o anksioznim poremećajima, kako bi se dobio dovoljan broj informacija o dijagnozi djeteta. Zatim su roditelji rješavali upitnik o selektivnom mutizmu u kojem su odgovarali na 17 pitanja o ponašanju njihovog djeteta u socijalnim situacijama. Zbog nemogućnosti sakupljanja potrebnih informacija od roditelja, terapiju je nastavilo 24 djece. Od ukupno 48 roditelja, njih 37 je rođeno u Izraelu dok su 11 roditelja bilo imigranti. Od ukupno 24 djece, samo 19 je završilo kognitivno bihevioralnu terapiju. Zbog određenih okolnosti terapije djece nisu trajale jednako. Unatoč tome, nije pronađena razlika u napretku djece kod kojih je kognitivno bihevioralna terapija trajala kraće te kod djece kod kojih je trajala duže. Nakon praćenja napretka 84% djece više nije zadovoljavalo kriterije za selektivni mutizam. U uzorku djece u navedenom istraživanju utjecaja terapije, selektivni mutizam javio se u dobi od 3 godine, unatoč tome djeca su tek nakon 6. godine pristupila liječenju kognitivno bihevioralnom terapijom. U istraživanju se navodi kako bi djeca trebala pristupiti terapijama već u dobi od 3 godine radi dokazano boljeg napretka kod mlađe djece.

Autori Andaloro i sur. (2015) donose slučaj zabilježen u Italiji gdje se je kod 17 godišnje djevojke pojavio selektivni mutizam. Djevojka se nakon dvije godine boravka u njemačkoj školi vratila u Italiju te počela odbijati verbalnu komunikaciju. Nakon nekog vremena djevojka je počela pričati na materinjem jeziku uz pogreške pri pravilnom izgovaranju. Zbog pažnje koju je svojim govornim pogreškama privlačila kod djevojke se pojavila anksioznost te kako bi izbjegla osjećaj straha od pogreške odbijala je govoriti. Tijekom intervjua o anksioznim poremećajima, gdje se procjenjivala razina anksioznosti

kod djevojke, postavljena joj je dijagnoza za selektivni mutizam i socijalnu fobiju. Kada se radi o starijem djetetu potrebne su različite metode liječenja. Kognitivno bihevioralna terapija u kombinaciji sa Paroxetin-om pokazala se uspješnom u navedenom slučaju. Spomenuti slučaj spada u rjeđe pojave selektivnog mutizma kod adolescenata i odraslih osoba, za razliku od učestalije pojave selektivnog mutizma kod predškolske djece. Upravo zbog toga pravovremeno otkrivanje i dijagnosticiranje svih poremećaja kod djece uz primjenu adekvatnih metoda liječenja je bitno kako bi se djeci ponudio bolji način nošenja sa određenim životnim situacijama.

### **3. ZAKLJUČAK**

Pregledom dostupne literature donesen je zaključak kako se kroz nova istraživanja i literature mijenja stav o pojavi i ozbiljnosti selektivnog mutizma kod predškolske djece. Iako glavni uzrok pojave selektivnog mutizma nije određen, kroz dostupnu literaturu može se uvidjeti kako pojava selektivnog mutizma kod djece može doći u različitim razdobljima života te kao posljedica djetetovog reagiranja na određene životne situacije.

Otežavajuća okolnost za rano primjećivanje selektivnog mutizma kod djece je poistovjećivanje selektivnog mutizma sa temperamentom djeteta, koje se u većini slučajeva odnosi na sramežljivost. Kako se selektivni mutizam često javlja u kombinaciji sa drugim anksioznim poremećajem, zbog sličnosti simptoma se teže primjećuje.

Novija istraživanja o primjeni metoda liječenja uzimaju u obzir nove spoznaje o svim razinama razvoja djece. Više se pažnje pridaje metodama koje aktivno uključuju dijete u proces smanjena razine anksioznosti u socijalnim situacijama te mu pomažu pronaći način kako da se tijekom takvih situacija nosi sa vlastitim osjećajima. Svaki pojedinac se suočava s različitim životnim izazovima te na njih reagira na različit način, međutim istraživanja jasno pokazuju da je oporavak kod djece sa selektivnim mutizmom brži i efikasniji što se ranije pristupi tretmanu.



## LITERATURA

Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM – 5*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Andaloro, C., Cocuzza, S., Di Mauro, P., Maiolino, L., Pavone, P., Serra, A. (2015). A Selective Mutism Arising from First Language Attrition, Successfully Treated with Paroxetine – CBT Combination. *Psychiatry Investig.* 12(4), 569-572.

Anyfantakis, D., Botzakis, E., Mplevrakis, E., Symvoulakis, E. K., Arbiros, I. (2009). Selective mutism due to a dog bite trauma in a 4-year-old girl: a case report. *Journal of medical case reports*, 3, 100.

Berk, L. E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada slap.

Britvić, D. (2010). Obitelj i stres. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 46(3), 267-272.

Capozzi, F., Manti, F., Di Trani, M., Romani, M., Vigliante, M., Sogos, C. (2018). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry.*, 27, 775–783.

Castro, L. L., Morikawa, M., Ramos Asbahr, F., Turkiewicz, G., Zadrozny Gouvêa da Costa, C. (2008). Selective mutism and the anxiety spectrum – a long-term case report. *Rev Bras Psiquiatr.* 30(2), 168-76.

Cline, T., Baldwin, S. (2004). *Selective Mutism in Children: Second Edition*. London: Whurr Publishers Ltd.

Cohan, L. S., Chavira, A. D., Hitchcock, C., Roesch, S. C., Shipon-Blum, E., Stein, M. B. (2008). Refining the Classification of Children with Selective Mutism: A Latent Profile Analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 37(4), 770–784.

Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H., Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45 (8), 1363–1372.

Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 15(5), 245 – 255.

Diliberto, R. A. (2017). Temperament and Behavior Factors in a Community Sample of Youth with Selective Mutism. UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones. 2963, <https://digitalscholarship.unlv.edu/thesesdissertations/2963>

Dodig - Ćurković, K., Benić, D., Boričević Maršanić, V., Ćurković, M., Delalle, M., Franić, T., Grgić, M., Kovač, V., Kralik, K., Mimica – Matanović, S., Petek Erić, A., Pivac, N., Radić, J., Radić, M., Zebić, P. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentske dobi*. Osijek: Svjetla grada.

Domachevsky, S., Ginton, L., Gothelf, D., Gothelf, A., Kushnir, J., Lang, C., Nir, Z. (2016). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *Eur J Pediatr*. 175, 481-487.

Egberts K., Seifert J. (2014) *Elective (Selective) Mutism*. In: Gerlach M., Warnke A., Greenhill L. (eds) *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents*. Springer, Vienna.

Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M., Schwenck, C. (2016). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 1113- 1120.

Gerlach, M., Warnke, A., Greenhill, L., (2014). *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents: Basic Pharmacology and Practical Applications*, Egberts, K., Seifert, J. *Elective (Selective) Mutism*. 439-442. Vienna: Springer

Gutenbrunner, C., Hennighausen, K., Herpertz-Dahlmann, B., Poller, M., Remschmidt, H. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251, 284–296

Jurcan, G. (2016). Psihoterapija. <  
[https://www.zdravobudi.hr/clanak/1195/psihoterapija?fbclid=IwAR0ERi8FJpmjdX7t6jROm-BCEhQN8AN5TZXfHqmgruSn8mmV7L\\_nwEEzMSU](https://www.zdravobudi.hr/clanak/1195/psihoterapija?fbclid=IwAR0ERi8FJpmjdX7t6jROm-BCEhQN8AN5TZXfHqmgruSn8mmV7L_nwEEzMSU) > Pristupljeno: 26.6.2019.

Hollander E., Simeon D. (2006). *Anksiozni poremećaji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Kaplan H. I., Sadock B. J. (1998). *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kolvin, I., Fundudis, T. (1981). Elective mute children: psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22 (3), 219-232.
- Kotrba, A. (2014). *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators & Parents*. Eau Claire, WI: Pesi Publishing & Media.
- Kušević, Z. (2009). *Primjena antidepresiva u dječjoj i adolescentnoj dobi* U: Mihaljević Peleš A, Šagud M. Antidepresivi u kliničkoj praksi. Zagreb: Medicinska naklada.
- Letamendi, A. M., Chavira, A. D., Hitchcock, C. A., Roesch, S. C., Shipon-Blum, E., Stein, M. B., Roesch, S. C. (2010). The Selective Mutism Questionnaire: Measurement Structure and Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.47(10), 1197–1204.
- Levin-Decanini, T., Connolly, S. D., Simpson, D., Suarez, L., Jacob, S. (2013). Comparison of behavioral profiles for anxiety related comorbidities including ADHD and selective mutism in children. *Depression and Anxiety*, 30(9), 857–864.
- Martin EI, Kerry RJ, Binder E, Nemeroff CB (2009). The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology. *Psychiatr Clin North Am*. 32, 549–575.
- Matsumoto, D., Frank, M.G., Hwang, H.S. (2013). *Reading People: Introduction to the World of Nonverbal Behavior*. U D. Matsumoto, M.G. Frank, H.S. Hwang (ur.), *Nonverbal Communication: Science and Applications* (str. 3-14). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Muris, P., Hendriks, E., Bot, S. (2016). Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child psychiatry and human development*, 47(1), 94–101.
- Muris, P., Ollendick, T.H. (2015). Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 18, 151–169.
- Norrholm, S. D., Ressler, K. J. (2009). Genetics of anxiety and trauma-related disorder. *Neuroscience*, 164(1), 272-287.

Nowakowski, M.E., Cunningham, C.C., McHolm, A.E., Evans, M.A., Edison, S., St. Pierre, J., Boyle, M.H., Schmidt, L. (2009). Language and Academic Abilities in Children with Selective Mutism. *Infant and Child Development*, 18(3), 271-290.

Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., Kristensen, H. (2018). *Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 997- 1009.

Omdal, H., Galloway, D. (2008). Could Selective Mutism be Re-Conceptualised as a Specific Phobia of Expressive Speech? An Exploratory Post-hoc Study. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 74-81.

Starč, B., Čudina Obradović, M., Pleša, A., Profaca, B., Letica, M. (2004). *Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi*. Zagreb, Golden Marketing-Tehnička knjiga.

Sulkowski, M. L., Pence, L. S., Carlson, J. S., Storch, A. E. (2014). Treating Selective Mutism with Exposure Therapy: A Case Study. Research Gate; [https://www.researchgate.net/publication/264582640\\_Treating\\_Selective\\_Mutism\\_with\\_Exposure\\_Therapy\\_A\\_Case\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/264582640_Treating_Selective_Mutism_with_Exposure_Therapy_A_Case_Study), preuzeto: 15.2.2019.

Vasta, R., Haith, M., Miller, S. A. (1997). *Dječja psihologija*, Jastrebarsko: Naklada Slap.

Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 5(1), 31-51.

Živčić-Bećirević, I. (2010). *Bihevioralno-kognitivna terapija anksioznih poremećaja*. U: *Begić D.(Ur.) Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*, Medicinska naklada, 57-62.

## **KRATKA BIOGRAFIJA**

Moje ime je Helena Bogović. Rođena sam 4.6.1997. u Varaždinu. Živim u Varaždinu gdje sam stekla svoje osnovno i srednjoškolsko obrazovanje. Pohađala sam Dječji vrtić Varaždin, objekt Biškupec, Treću osnovnu školu Varaždin te Drugu gimnaziju Varaždin, opći smjer.

Nakon uspješno završene srednje škole i položene mature 2016. godine, upisala sam preddiplomski studij Ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja na Učiteljskom fakultetu u Zagrebu, odsjek Čakovec.

Obranom završnog rada, dobivam poticaj za daljnje studiranje te usvajanje novih znanja koje ću moći primijeniti u svom radu u ustanovi za rani i predškolski odgoj i obrazovanje.

Završni rad posvećujem svojoj obitelji koja mi od početka pruža veliku podršku u mojem obrazovanju.

### Izjava o samostalnoj izradi rada

Ja, Helena Bogović, izjavljujem da sam ovaj završni rad na temu Selektivni mutizam u predškolskoj dobi, izradila sama pomoću vlastitog znanja, znanstvene literature i uz pomoć mentorice.