

Selektivni mutizam

Vučemilović-Grgić, Andrea

Master's thesis / Diplomski 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:147:837443>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-26**

Repository / Repozitorij:

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



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

ANDREA VUČEMILOVIĆ-GRGIĆ

DIPLOMSKI RAD

SELEKTIVNI MUTIZAM

Zagreb, srpanj 2019.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
Zagreb

PREDMET: Problemi u ponašanju

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnice: Andrea Vučemilović-Grgić

TEMA DIPLOMSKOGA RADA: Selektivni mutizam

MENTOR: izv. prof. dr. sc. Siniša Opić

Zagreb, srpanj 2019.

Sadržaj

Sažetak.....	3
Summary	3
1. UVOD	4
2. DEFINICIJA SELEKTIVNOGA MUTIZMA	5
3. POVIJESNI PREGLED.....	5
Tablica 1. Razumijevanje selektivnoga mutizma od 1877. do 2013. godine.....	7
4. ETIOLOGIJA	8
5. KOMORBIDITET.....	9
6. SIMPTOMI DJECE SA SELEKTIVNIM MUTIZMOM	10
5.1. Karakteristike u ponašanju	10
7. SELEKTIVNI MUTIZAM I STIDLJIVOST.....	12
6.1. Normalna sramežljivost.....	13
6.2. Problematična sramežljivost	13
7. SOCIJALNO UKLJUČIVANJE DJECE SA SELEKTIVNIM MUTIZMOM U PREDŠKOLSKU USTANOVU..	14
8. TIPOVI SELEKTIVNOGA MUTIZMA	15
8.1. Simbiotički mutizam	15
8.2. Govorno-fobični mutizam	15
8.3. Reaktivni mutizam	16
8.4. Pasivno-agresivni mutizam.....	16
9. TEORIJSKI MODELI SM-a.....	17
9.1. Selektivni mutizam kao varijanta anksioznoga poremećaja	17
9.2. Model obiteljske disfunkcionalnosti.....	17
9.3. Psihodinamska teorija	18
9.4. Selektivni mutizam kao posljedica traume.....	18
9.5. Bihevioralne teorije	19
10. TRETMAN SELEKTIVNOGA MUTIZMA.....	20
Tablica 2. Faze selektivnog mutizma	21
10.1. Psihodinamski tretman.....	24
10.1.1. Art terapija	25
10.1.2. Terapija glazbom	25

10.1.3. Terapija igrom	26
10.2. Kognitivno-bihevioralne tehnike	26
10.2.1. Bihevioralna terapija Lindsey R. Bergman.....	27
10.2. Multidimenzionalni tretman selektivnog mutizma	28
10.4. Terapijska intervencija kod kuće i u školi koju je razvila Hanne Kristensen.....	30
10.5. Višestruki pristupi.....	31
11. FARMAKOTERAPIJA	32
12. STUDIJA SLUČAJA.....	33
13. ZAKLJUČAK.....	36
14. LITERATURA.....	37
15. IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI DIPLOMSKOGA RADA.....	41

Sažetak

U radu je navedena definicija selektivnoga mutizma i prikazana je povijest poremećaja te testiranje poremećaja do danas. Također, opisan je komorbiditet selektivnog mutizma te je objašnjeno na koji se način taj poremećaj može prepoznati kod djece. Budući da selektivni mutizam često uspoređuju sa sramežljivošću, u radu je detaljno opisano kako te dvije pojave možemo razlikovati. Nadalje, opisano je kako djecu sa selektivnim mutizmom uključiti u predškolsku ustanovu. Predstavljeni su razni tipovi selektivnog mutizma (simbiotički, govorno-fobični, reaktivni te pasivno-agresivni) i teorijski modeli. U radu su opisani tretmani pomoću kojih možemo liječiti selektivni mutizam te farmakoterapija za koju se smatra da je isključena jer ne postoje dokazi koji potvrđuju uspješnost liječenja.

Ključne riječi: selektivni mutizam, komorbiditet, tipovi, tretman

Summary

Through the final paper we get acquainted with definition of selective mutism, history of disorder and how the disorder has been treated to date. In addition with mentioned we learn about comorbidity of selective mutism and how disorder itself can be recognized in children. Since selective mutism is often compared to timidity, the paper throughly describes how these two phenomen can be distinguisher. Furthermore, it is described how children with selective mutism can be included in the preschool institution. Various types of selective mutism (symbiotic, speech phobic mutism, reactive mutism and passive- aggressive) and theoretical models are presented in this paper. Along with mentioned the paper describes treatments which are used to medicate selective mutism and pharmacotheraphy which is considered as excluded due to no confirmation evidence for efficacy of the treatment.

Keywords: selective mutism, comorbidiy, types, treatment

1. UVOD

Selektivni mutizam poremećaj je koji je već dulje poznat, ali se tijekom povijesti označavao različitim terminima. Pojam selektivni mutizam prvi je uveo njemački liječnik Kussmaul 1877. godine. Dijagnosticira se najčešće u djetinjstvu te je prema tome bio svrstan u skupinu poremećaja koji se prvi put dijagnosticiraju u dojenačkoj dobi i djetinjstvu. Novija istraživanja pokazuju da je selektivni mutizam češći kod djevojčica nego kod dječaka. Također, češće se javlja kod djece koja dolaze iz dvojezičnih obitelji, etničkih manjina te obitelji u kojima je netko od članova imao spomenuti poremećaj. Prijelazi u djetetovu životu prijelomni su za pojavljivanje simptoma selektivnoga mutizma, kao što je primjerice polazak u školu. Postoje razne terapije za liječenje selektivnoga mutizma, poput psihodinamskoga tretmana, bihevioralnoga tretmana, kognitivno-bihevioralnoga tretmana, multidimenzionalnog tretmana, terapijskih intervencija te višestrukih kombiniranih tretmana. Neki znanstvenici navode i farmakoterapiju kao jednu od vrsta liječenja, no do danas nema dovoljno empirijskih dokaza koji bi potvrdili uspješnost takve terapije. Često se selektivni mutizam uspoređuje sa sramežljivošću. Simptomi su dosta slični, no razlika je u tome što mutizam dijete koči u svakodnevnim situacijama. Ako se ne liječi, selektivni mutizam može imati negativne posljedice na dijete, kao što su anksioznost i depresija, socijalna izolacija, nisko samopouzdanje, slabi akademski uspjeh i slično. Roditelji imaju jednu od najvažnijih uloga pri liječenju i uključivanju u socijalne odnose. Pri uključivanju djeteta u socijalne odnose vrlo je bitno da ih vršnjaci ne odbacuju i ne izoliraju.

2. DEFINICIJA SELEKTIVNOGA MUTIZMA

Selektivni je mutizam poremećaj koji se sve češće pojavljuje kod predškolske djece, a karakteriziran je kao nemogućnost govora u pojedinim socijalnim situacijama u kojima se dijete ne osjeća sigurno i zaštićeno, već ugroženo. Djeca najčešće odbijaju govoriti u školi ili u vrtiću. U tipičnim situacijama mogu razgovarati s roditeljima ili njima bliskim osobama. Djeca, također, odbijaju razgovor za vrijeme psihijatrijskoga pregleda, no on se može ostvariti pisanjem, likovnim izražavanjem ili radom na računalu (Dodig-Ćurković, 2013).

3. POVIJESNI PREGLED

Pojam selektivni mutizam prvi je uveo njemački liječnik Kussmaul 1877. godine i opisao ga kao „dobrovoljnu afaziju“ jer je smatrao da je djetetova dobrovoljna odluka da ne govori. Pedesetak godina kasnije, 1934. godine, švicarac Moritz Tramer uveo je pojam „elektivni mutizam“. Termin „elektivnoga mutizma“ podrazumijevao je odsustvo govora u gotovo svim socijalnim situacijama zbog odbijanja djeteta da govori, dok se termin „selektivnoga mutizma“ odnosi na odsutstvo govora u određenim socijalnim situacijama i u većoj mjeri podrazumijeva nemogućnost djeteta da govori (Dodig-Ćurković, 2013). Davne 1987. godine DSM-III okarakterizirao je elektivni mutizam kao uporno odbijanje govorenja u važnim situacijama. Kao rezultat toga, djecu se u školi zbog ponašanja tretiralo kao problem i ignoriralo ih se, ismijavalo ili kažnjavalo zbog toga što nisu govorila. Roditelji djece sa SM-om često su bili na meti kao loši roditelji jer nisu prikladno disciplinirali svoju djecu (Dummit i sur., 1997). U istraživanjima je naglašen utjecaj roditeljskoga zlostavljanja ili traume kao uzroka mutizma. Hayden (1980) u svom članku iznio je visok postotak zlostavljane djece koja nisu htjela razgovarati. Također, u članku se iznosi profil zlostavljanoga djeteta sličan profilu djeteta koje pati od selektivnoga mutizma. Roditelji su bili optuženi za zlostavljanje, a u detaljnijim istraživanjima nađena su i izvješća policije i socijalnih službi. U DSM-IV pojavljuje se naziv „selektivni mutizam“ koji je naglašavao da se mutizam događa samo u određenim situacijama, a istraživanja su se bavila problemom anksioznosti. Traume i majčinska prekomjerna zaštita navedene su kao glavni čimbenici pri pojavi selektivnoga mutizma. Tada je nekoliko studija odbacilo vezu zlostavljanja i SM-a, a interes je bio usmjeren prema genetskoj predispoziciji i čimbenicima okoliša. Obiteljske studije pokazuju da su roditelji djece sa selektivnim mutizmom često i sami u prošlosti bili sramežljivi ili tjeskobni (Dummit i sur., 1997). U DSM-u V objavljeno je da se selektivni mutizam prvo

dijagnosticira u ranom djetinjstvu, djetinjstvu ili adolescenciji do poremećaja anksioznosti te se svrstava pod socijalne anksiozne poremećaje (SAD). Dummit i suradnici (1997) podržavaju činjenicu da je selektivni mutizam svrstan u „anksiozni poremećaj“ jer za to postoji mnoštvo dokaza. Međutim, autori ne podržavaju prijedlog da se selektivni mutizam svrsta pod socijalne anksiozne poremećaje. Socijalna fobija se ne dijagnosticira dok simptomi nisu prisutni barem šest mjeseci. Shipon-Blum (2007) smatra da bi to povećalo rizik od odgođene ili neadekvatne dijagnoze i neodgovarajućega liječenja, što bi dovelo do povećanoga rizika od depresije, nedostatka samopoštovanja i odbijanja škole.

Selektivni mutizam najčešće se javlja u dječjoj dobi, a najosjetljivija su djeca u dobi od 4 do 8 godina. Brojna istraživanja pokazuju da se mutizam češće javlja kod djevojčica nego kod dječaka (Dodig-Ćurković, 2013). Djeca najčešće razgovaraju s roditeljima i s nekoliko osoba koje odaberu i s kojima se osjećaju sigurno, no također ponekad odbijaju i razgovarati s pojedinim ukućanima. U većini slučajeva djeca ne razgovaraju u vrtiću, u školi ili s nepoznatim osobama. Djeca s mutizmom većinom funkcioniraju normalno i imaju razvijene sposobnosti i vještine u skladu sa svojom dobi. Brojna istraživanja pokazuju da pojava selektivnoga mutizma kasnije može biti povezana s raznim oblicima socijalne anksioznosti, anksioznosti i sramežljivosti (Krmek, 2006). Mutizam se veže uz probleme s okolinom u kojoj se dijete nalazi, a gubitak govora događa se u blizini nepoznatih ljudi koji pridaju djetetu previše pozornosti. Okarakteriziran je odabranom komunikacijom djeteta s odabranim osobama u odabranim situacijama (Kern, Starosta, Cook, Bambara & Gresham, 2007).

Pojam mutizma predstavlja nit između poremećaja u govoru i jeziku te dječje psihopatologije, što se pokazalo vrlo zanimljivim područjem dječje psihijatrije. U posljednje vrijeme sve je češći porast slučajeva selektivnoga mutizma. Budući da djeca za vrijeme psihijatrijskoga pregleda odbijaju razgovarati, komunikacija se odvija crtanjem, pisanjem, radom na računalu, razgovorom o osjetljivim temama kao što su smrt roditelja, zloupotreba droga, seksualno zlostavljanje, problemi u sklapanju prijateljstva s drugom djecom, nemogućnost poštovanja autoriteta odraslih ili anksioznost vezana uz roditelje (Dodig-Ćurković i sur., 2013).

Da bi se selektivni mutizam prepoznao i dijagnosticirao, često može proći i do dvije godine, a kako bi se dijagnosticirao, simptomi bi trebali trajati najmanje mjesec dana. Djeca s mutizmom često komuniciraju gestama, kimanjem glavom, mimikom ili bez reakcije čekaju da odrasli odgonetnu što oni žele. Takva djeca većinom žele razgovarati, ali im osjećaj straha, neugode sramežljivosti i anksioznosti to ne dopušta. Problem mutizma je taj što se nekada

ovaj poremećaj ne prepoznaje sve do djetetova polaska u školu. Neki autori smatraju da je često uzrok selektivnoga mutizma genetska predispozicija. Navode da se djeca rađaju sa „zakočenim“ temperamentom, što znači da se od rođenja plaše nepoznatih i novih situacija. Postoje istraživanja koja kao uzrok selektivnoga mutizma navode promjene u određenim područjima mozga. Unatoč biološkim i genetskim uzrocima od velike je važnosti utjecaj okoline i situacija koje za djecu predstavljaju stres (Krmek, 2006).

Tablica 1. Razumijevanje selektivnoga mutizma od 1877. do 2013. godine

Selektivni mutizam poznat je dulje vremena, no tijekom povijesti bio je različito terminološki svrstavan. Prvi liječnik koji je uveo pojam *aphasia voluntaria* (dobrovoljna afazija) bio je liječnik Adolph Kussmaul. Prema DSM-V 2013. godine selektivni mutizam konačno se shvaća kao anksiozni poremećaj.

1877.	1934.	1994.	2013.
Neurolog	dječji psihijatar	DSM-IV:	DSM-V
Adolph Kussmaul	Moritz Tramer	Selektivni mutizam klasificiran je kao poremećaj koji se dijagnosticira u ranom djetinjstvu i adolescenciji.	Selektivni mutizam klasificiran je kao anksiozni poremećaj.
<i>Aphasia voluntaria</i>	<i>Elective mutism</i>		

Izvor: Oerbeck i sur., str. 2

4. ETIOLOGIJA

Do sada nije pronađen nijedan uzrok selektivnoga mutizma. Međutim, razumijevanje ovoga poremećaja mijenja se tijekom godina, od tvrdoglavosti djeteta do nedostatka sposobnosti govorenja u različitim situacijama. Kao i za većinu dječjih psihijatrijskih poremećaja, pretpostavlja se da je riječ o međudjelovanju genetskih, temperamentalnih, neurorazvojnih i okolišnih čimbenika (Oerbeck i sur., 2016).

Genetski faktori –odnose se na društvenu suzdržanost te socijalnu anksioznost u obiteljima (Black & Udhe, 1995). Pronađena je specifična varijacija gena koja je povezana sa selektivnim mutizmom i sa socijalnim anksioznim poremećajem.

Temperament – karakteristike ponašanja poput straha i izbjegavanje u nepoznatim situacijama povezane su s većim rizikom za kasniji anksiozan poremećaj. Istraživanja su pokazala da postoji povezanost između socijalnog anksioznog poremećaja i selektivnog mutizma (Oerbeck i sur., 2016).

Neurorazvojni faktori – djeca sa selektivnim mutizmom imaju nekoliko neurorazvojnih stanja. Najrasprostranjeniji su govorni i jezični problemi, ali česti su i poremećaji eliminacije te motorna kašnjenja. Također, postoje preklapanja s poremećajima iz autističnoga spektra te niži intelektualni kapaciteti, iako većina djece ima IQ unutar normalnih vrijednosti (Kristensen, 2000; Cohan i sur., 2006b).

Okolišni faktori – selektivni mutizam često je zastupljen kod dvojezične djece. On se može pojaviti kod prijelaza kao što su polazak u školu i upoznavanja novih ljudi, a takve su situacije posebno teške za mutističnu djecu. Nasuprot sramežljivoj djeci koja će se tijekom vremena opustiti, mutistična djeca nastavljaju biti nijema i povučena (Oerbeck i sur., 2016).

5. KOMORBIDITET

Djeca sa selektivnim mutizmom često imaju i simptome drugih anksioznih poremećaja, osobito socijalni anksiozni poremećaj. Istraživanja su pronašla ovu komorbidnost u oko 90% slučajeva (Oerbeck i sur., 2016).

Poremećaj anksioznosti kod razdvajanja dosta je čest, osobito kod mlađe djece, no odbijanje škole vrlo je rijetko. Neurorazvojna su stanja česta. Najrasprostranjenija su stanja govorni i jezični problemi, poremećaji eliminacije i motorna kašnjenja. Selektivni mutizam pronađen je u kombinaciji s poremećajima iz autističnoga spektra u 10 % slučajeva. Poremećaj je pažnje/hiperaktivnosti rijedak (Kristensen, 2000).

Došlo je do određenih kontroverzi u vezi s razumijevanjem ponašanja koja se uočavaju kod djece sa selektivnim mutizmom. Djeca s mutizmom opisana su kao tvrdoglava, sramežljiva, povučena, stoga je značajan pomak u DSM-V gdje se selektivni mutizam shvaća kao poremećaj anksioznosti, a ne kao manifestacija oporbenoga ponašanja. Dosadašnja najveća studija (provedena na uzorku od 130-ero djece) o djeci sa selektivnim mutizmom pokazala je da je najistaknutija značajka ovoga problema socijalna anksioznost. Oerbeck (2016) tvrdi da gotovo polovica djece ima granične kliničke ocjene za probleme govora i jezika, a to se smatra važnim jer ti problemi kod takve djece mogu proći nezapaženo. 45% djece pokazalo je granične kliničke rezultate u opozicijskom ponašanju. Samo 12 % imalo je „čistu“ socijalnu anksioznost. Oerbeck i suradnici (2016) pretpostavljaju da je suprotnost koju pokazuju djeca sa selektivnim mutizmom često prisutna samo u situacijama u kojima je potrebna verbalna komunikacija.

6. SIMPTOMI DJECE SA SELEKTIVNIM MUTIZMOM

Većina djece s mutizmom ima genetsku predispoziciju za anksioznost. Vjeruje se da su takva djeca naslijedila gen od bilo kojega člana obitelji. Neki od simptoma javljaju se od najranije dobi, primjerice pretjerana anksioznost pri separaciji od roditelja, česti napadaji bijesa i plača, ćudljivost, problemi sa spavanjem, jako izražena stidljivost. Iako od 20 do 30% djece sa selektivnim mutizmom ima i teškoće s govorom, anksioznost je uzrok mutizma, a ne govorne smetnje. Kombinacija stresa i visoka razina anksioznosti zbog nemogućnosti verbalizacije dovode do mutizma. Djeca sa selektivnim mutizmom često imaju težak temperament. Istraživanja su pokazala da su djeca s teškim temperamentom sklonija tjeskobi i anksioznosti. Kao rezultat istraživanja većina simptoma prevladava u socijalnim situacijama kao što su rođendanske dječje zabave, škola, obiteljska okupljanja i slično. Kod 30% djece sa selektivnim mutizmom javljaju se govorne i jezične abnormalnosti poput kašnjenja u jezičnom razvoju (Shipon-Blum, 2013). Neka djeca dolaze iz dvojezičnih/ višejezičnih obitelji, često putuju s obiteljima i provode vrijeme u stranim zemljama te su tijekom svoga jezičnoga razvoja izložena stranim jezicima. Takva djeca često imaju strah od socijalnih situacija i govorenja pred drugima jer su nesigurna u svoje znanje i vještine. Takva stanja mogu uzrokovati selektivni mutizam (Shipon-Blum, 2013).

5.1. Karakteristike u ponašanju

U trenucima anksioznosti dijete teško uspostavlja vizualni kontakt, može se dogoditi da okrene glavu ili ignorira onoga koji mu se obraća. U takvim situacijama osoba može pomisliti da dijete to radi namjerno, no ono naprosto nije u mogućnosti uzvratiti pogled. Dijete ne pokazuje osmijeh i djeluje ozbiljno kada osjeti anksioznost. Većinu vremena dijete u vrtiću ili školi osjeća anksioznost te mu je teško pokazivati osjećaje. Kada pomisli da ga netko promatra, dijete postaje nespretno. Na postavljeno pitanje ili pozdrav dijete ne odgovara, no ne namjerno. Ako i odgovori na postavljeno pitanje, to radi vrlo sporo. Pritisak koji se čini nad djetetom da bi nešto govorilo samo pogoršava situaciju i povećava dječju anksioznost. Djeca sa selektivnim mutizmom imaju tendenciju da se brinu više od drugih. Jako su osjetljiva na afektivnom planu.

Autorica Shipon-Blum (2013) navodi neke od promjenjivih obrazaca ponašanja koji se mogu manifestirati kao nefleksibilnost, tvrdoglavost, nestrpljivost, napadaji bijesa i plača. Iskustva

su pokazala da selektivni mutizam može i ne mora utjecati na rezultat akademskoga obrazovanja. Mnoga djeca mogu postići visoko obrazovanje.

Stoga nije atipično za djecu sa selektivnim mutizmom da su bojažljiva, stidljiva, senzorno osjetljiva, sa čestim emocionalnim promjenama i govornim poteškoćama. Ono što je ključno za razumjeti SM je da mnogi od ovih simptoma ne postoje u socijalno sigurnim situacijama za dijete, primjerice kod kuće s roditeljima. Naglasak treba biti na uzrocima zbog kojih selektivni mutizam nastaje. Ne postoje dokazi da selektivni mutizam nastaje zbog zlostavljanja djeteta, zanemarivanja ili traume.

Shipon-Blum (2013) objašnjava da je selektivni mutizam najčešće dijagnosticiran između treće i osme godine. Gledajući unazad, kod dojenčadi se primjećuje tjeskoba u socijalnim situacijama, a odraslu se djecu prikazuje kao „samo sramežljivu“.

Rana dijagnoza i intervencija ključni su za prevladavanje selektivnoga mutizma, bez obzira na vrstu programa liječenja. Znanstvenici navode da je liječenje ovoga poremećaja najučinkovitije ako započne čim simptomi postanu očiti, čime se minimizira količina negativnoga pojačanja za takva ponašanja (Stone & Kratochwill, 2002). Shipon- Blum (2007) objašnjava da je rana intervencija od velike važnosti jer je brži odgovor na liječenje i bolja ukupna prognoza. Ako dijete dulje ostane nijemo, njegovo ponašanje može postati uvjetovan odgovor u kojem se dijete doslovno navikava na neverbalizaciju kao način života.

Dr. Shipon-Blum (2013) kaže da je bitno da djeca s dijagnosticiranim selektivnim mutizmom što prije krenu na terapije jer će imati bolje prognoze za kasniju dob. Ako se ne liječi, selektivni mutizam može imati negativne posljedice tijekom života, a neke od njih su:

- anksioznost i depresija
- socijalna izolacija i povlačenje
- nisko samopoštovanje i samopouzdanje
- slabo akademsko obrazovanje ili odbijanje odlazaka u školu
- neuspjeh u poslovnom svijetu
- korištenje lijekova s drogom ili alkoholom
- tinejdžerska i neplanirana trudnoća
- suicidalne misli i mogući suicid.

Nadalje, Chansky (2004) ističe da neliječena anksioznost povezana sa selektivnim mutizmom također može dovesti do štetnih utjecaja na zdravlje, uključujući srčane, imunološke i respiratorne probleme. Stoga rana intervencija pruža više mogućnosti za uspješno liječenje te, dugoročno gledano, zdravije i funkcionalnije djetete.

7. SELEKTIVNI MUTIZAM I STIDLJIVOST

Camposano (2011) kaže kako je veliki broj djece sa selektivnim mutizmom imao pogrešnu dijagnozu ili je njihovo ponašanje okarakterizirano kao stidljivost. Kao dodatan problem navodi činjenicu da pedijatri, učitelji i odgojitelji, kao osobe izvan obiteljskoga okruženja koje bi mogle prepoznati poremećaj, često ovu djecu svrstavaju u kategoriju sramežljive djece.

Često se sramežljivost može zamijeniti sa selektivnim mutizmom. Razlika je u intenzitetu poteškoća, no najvažnije je da, za razliku od sramežljivosti, selektivni mutizam onemogućuje djetetu normalno svakodnevno funkcioniranje. Ako se mutizam ne dijagnosticira na vrijeme, to može imati ozbiljne posljedice na djetetovo samopouzdanje, samopoštovanje, obrazovanje i socijalni razvoj (Dodig-Ćurković i sur., 2013).

S obzirom na to da je poremećaj teže uočiti, javljaju se neka ponašanja i osobine ličnosti koja su povezana sa selektivnim mutizmom. Uz izostanak govora najčešće se pojavljuje povećana osjetljivost na zvukove, primjerice buka, gužva i osjetljivost na dodir, izrazita anksioznost povezana sa separacijom od roditelja te nemogućnost samostalnoga spavanja. Djeca su vrlo osjetljiva i emocionalna, za razliku od ponašanja kod kuće gdje mogu biti nefleksibilna, ćudljiva te vrlo razgovorljiva. Lako se rasplaču, vole dominirati i kontrolirati. Po noći se javlja nekontrolirano mokrenje ili izvršavanje velike nužde u krevet. Kod neke djece može se primijetiti sklonost prema umjetnosti i kreativnosti, a kod djece starije od šest godina javlja se zabrinutost i strah. Takva ponašanja i osobine ličnosti iznose roditelji, odgajatelji djece te učitelji koji su primijetili neke od tih karakteristika (Krmek,2006).

6.1. Normalna sramežljivost

Većina ljudi sramežljivost iskusi u djetinjstvu te nauči prevladati strah i nelagodu komuniciranja s drugima usvajajući socijalne vještine. Točnije, uče kako pristupiti drugima te kako se ponašati u društvu. Međutim, postoje ljudi koji svoju sramežljivost nose sa sobom čitav život kao teret kojega se ne mogu riješiti. Ono što je za druge normalan susret i komunikacija, za sramežljive ljude to je situacija od koje imaju strah i koju pokušavaju izbjeći. Pritom se preznojavaju. U nekim situacijama sramežljivost je posve normalna pojava (Marić, 2006).

6.2. Problematična sramežljivost

Problematična sramežljivost javlja se kada neprestano očekujemo odbijanje drugih ljudi. Najveći ljudski strah je ne biti prihvaćen i biti izbačen iz društva. Sramežljivost je nevidljiva, ali bolna zapreka koja nas sprječava u zadovoljavanju potrebe za druženjem i interakcijom. Osobe s ovim problemom proživljavaju neugodu pri susretima i interakcijom s drugim ljudima. Sramežljiva djeca u školi stalno šute, čak i kada ih učitelj nešto pita. Sramežljivi studenti odbijaju ići na ispite, a sramežljivi odrasli imaju problema na radnom mjestu, pogotovo ako radno mjesto podrazumijeva kontakt s drugim ljudima. Javljaju se razne tjelesne promjene, primjerice lupanje srca, znojenje, crvenilo, napadaji panike, drhtanja, osjećaji mučnine i drugo (Marić, 2006).

7. SOCIJALNO UKLJUČIVANJE DJECE SA SELEKTIVNIM MUTIZMOM U PREDŠKOLSKU USTANOVU

Dječji vrtić dužan je stvoriti uvjete za rast i razvoj te obrazovanje svakoga djeteta. Dužan je uspostaviti suradnju s roditeljima te dopunjavati obiteljski odgoj. U dječjem vrtiću ostvaruje se redoviti program odgoja, njege, prehrane, zdravstvene zaštite i socijalne skrbi djece predškolske dobi koji je prilagođen razvojnim potrebama djece. Za djecu s teškoćama u razvoju organiziraju se posebni programi i uvjeti koje pripisuje ministar obrazovanja. Uključivanjem u redoviti predškolski sustav odgoja i obrazovanja djeci se daje mogućnost ostvarivanja odgovorne i produktivne uloge u društvu (Bouillet, 2010).

Pri uključivanju djeteta sa selektivnim mutizmom u razne socijalne situacije veliku ulogu imaju upravo roditelji. Budući da djeca s mutizmom odbijaju razgovor s odgojiteljima, stručnim suradnicima ili drugom djecom, roditelji bi trebali takvo dijete uputiti u druge načine komunikacije osim govora, primjerice gestama, mimikom, crtežima, slovima i slično. Djetetu je potrebno olakšati i prostor mu učiniti ugodnim i pozitivnim. Djeca sa selektivnim mutizmom bore se s anksioznošću te se bi smjela u radu u skupini osjećati napetost i strah, već uvidjeti mogućnost komunikacije s drugima na neki drugi način. U integraciji je važno da djecu, unatoč teškoćama, ne izoliraju i odbacuju njihovi vršnjaci jer im je bitna međusobna potpora, zajedničko učenje i igra. Bouillet (2010) smatra da je uloga vršnjaka od velike važnosti za dijete s komunikacijskim teškoćama. Smatra da je najvažniji odnos među vršnjacima prijateljstvo zbog stabilnosti kojoj pridonosi, a to je sposobnost komunikacije, rješavanje sukoba, empatija te fizička bliskost. Zbog sve više slučajeva selektivnoga mutizma u vrtićima odgojitelji su dužni više i iscrpnije istraživati, ali i napraviti individualan plan podrške. Individualan plan podrške zahtijeva pomoć stručnih suradnika i roditelja. Komunikacija s roditeljima od velike je važnosti zbog informacija koje roditelji posjeduju, a koje su korisne u odgojiteljevu sastavljanju plana.

Prema istraživanjima o akademskim i socijalnim kompetencijama djece sa selektivnim mutizmom, djeca mogu napredovati vrlo uspješno. Učitelji u školama trebali bi gradivo prilagođavati djeci te pronaći načine na koje bi djeca iskazala svoje vještine bez da govore. Za većinu uzoraka u istraživanjima selektivnoga mutizma učenici u školama nisu smatrani problemom (Cline & Baldwin, 1994).

8. TIPOVI SELEKTIVNOGA MUTIZMA

Hayden (1980) je u svom istraživanju primijetio četiri tipa selektivnog mutizma: simbiotski mutizam, govorno-fobični mutizam, reaktivni mutizam te pasivno-agresivni mutizam. Svi rezultati prikazani su u postocima.

8.1. Simbiotski mutizam

Prema Haydenu (1980) sva djeca u ovoj kategoriji pokazala su snažan simbiotski odnos sa skrbnikom (84%), najčešće s majkom. Skrbnik je bio dominantan, ispunio je sve djetetove potrebe te je često otvoreno pokazivao ljubomoru na djetetove druge odnose, osobito izvan kuće. U obiteljskim odnosima, jedan je roditelj bio dominantniji, dok je jedan bio pasivniji ili odsutniji. Unatoč simbiotskom prijanjanju, sramežljivosti i osjetljivoj vanjštini, ovo dijete bilo je negativno u svom ponašanju, točnije bilo je sklono kontroliranju. Mutizam je djeci poslužio u manipulativne svrhe, osobito u odnosima s odraslima. Međutim, primijećeno je da je dijete kada je počelo govoriti najviše poteškoća imalo u uspostavljanju razgovora s drugim odraslim osobama koje su imale jasan kontrolni učinak na njegov život.

8.2. Govorno-fobični mutizam

Ovakav tip mutizma je, prema Haydenu (1980), bio najdramatičniji i najlakši za identificirati. Ova skupina karakterizirana je kao aktivan strah od slušanja vlastitoga glasa, korištenje ritualnoga ponašanja u govoru te kao motivacija za povratak govora. Govor ili slušanje vlastitoga glasa na uređaju za snimanje kod djeteta je izazvalo niz ponašajnih reakcija poput ubrzanih otkucaja srca, plitkoga disanja, znojenja i drhtanja. Dijete je često pokušavalo napustiti sobu ili je odbijalo slušati pokrivajući uši rukama. Fobija govora bavila se ritualnim ponašanjem u pokušaju da se potakne na razgovor ili da se zaštiti sebe i druge od učinka vlastitoga govora. Većina tih rituala bili su fizički pokreti poput dodirivanja dijelova tijela, geste rukama itd. Sva su djeca ta ponašanja smatrala „čarolijama“ koje bi poništile učinke njihova govora. Također, jedna od karakteristika djeteta s govorno-fobičnim mutizmom je opsesivno-kompulzivno ponašanje. Prilikom istraživanja Hayden (1980) spominje kako su sva djeca prije početka terapije pospremala papire na određeni način, na određeno mjesto te nisu bila koncentrirana na terapiju ako im se to nije dopustilo pospremanje papira.

8.3 Reaktivni mutizam

Ovakav tip mutizma karakteriziran je činjenicom da je dijete pogođeno jednim ili nizom traumatskih događaja. Hayden (1980) opisuje događaj gdje je djevojka bila silovana u dobi od četiri godine te od toga trenutka nije razgovarala s muškarcima. U drugom slučaju, tijekom obiteljske rasprave dijete je udarano po licu i rečeno mu je: „Šuti i više nikad ne otvaraj usta“, što je dijete i učinilo. Povrede usta ili grla česte su u reaktivnom mutizmu. Događaji koji su izazvali mutizam bili su trauma koja je obilježila dijete. Osim mutizma, ova djeca imala su simptome umjerene do teške depresije, uključujući pokušaje suicida te ovisnost o drogama. Takvo dijete nije imalo izraz lica, nosilo je lice s maskom koja se rijetko mijenjala s poticajima okoline.

8.4 Pasivno-agresivni mutizam

Skupina pasivno-agresivne djece okarakterizirana je tišinom kao glavnim oružjem izražavajući jasno, ali jako tiho neprijateljstvo. Ovakva djeca pokazala su antisocijalna ponašanja koja su ponekad bila iznenađujuće agresivna. Nisu imala izražajan izraz lica te su bila majstori u kontroli osjećaja (nisu nikada pokazivala ranjivost). Dijete je imalo povremena razdoblja intenzivnoga uzbuđenja koja su se činila neopravdana te češća razdoblja intenzivne agresije. Upotreba mutizma izgledala je kao pokušaj da se odabere nešto što bi dijete moglo kontrolirati i upotrijebiti za manipuliranje u manje kontroliranom svijetu oko sebe (Hayden, 1980).

9. TEORIJSKI MODELI SM-a

9.1. Selektivni mutizam kao varijanta anksioznoga poremećaja

Ovo shvaćanje podrazumijeva biološku predispoziciju i utjecaj faktora okruženja kao dviju vrsta etioloških faktora koji objašnjavaju pojavu SM-a (Anstendig, 1999). Nesposobnost govorenja u različitim socijalnim situacijama izraz je socijalne anksioznosti. Autori Black i Uhde (1992) smatraju da se selektivni mutizam može usporediti sa socijalnom fobijom, odnosno da je mutizam zapravo socijalna fobija. Mnoga istraživanja pokazala su da je socijalna fobija združena sa SM-om. Neosporno je da su značajke socijalne fobije strah od negativne procjene drugih te strah da će se napraviti ili reći nešto što će dovesti do poniženja. Usporedno, pojava SM-a opisuje da djeca u socijalnim situacijama, zadržavajući govor, pokušavaju kontrolirati anksioznost. Ovakvo tumačenje podrazumijeva da je SM istovremeno i osnovni način samoobrane (Anstendig, 1999).

9.2. Model obiteljske disfunkcionalnosti

Autori (Dow i sur., 1995; Anstendig, 1999; Kryanski, 2003) svoju teoriju zasnivaju na neuravnoteženosti obitelji naglašavaju dva faktora vezana uz obiteljsko funkcioniranje: strah od otkrivanja bitnih obiteljskih tajni i otpor prema majci koja izražava prekomjerno zavisno ponašanje prema djetetu. Neuravnoteženost obiteljskih modela djeteta sa SM-om karakteriziraju ogromna emotivna povezanost djeteta i majke, prisustvo pasivnoga oca i stidljivost ostalih članova obitelji. Ovakvi odnosi otežavaju individualni razvoj djeteta te razvoj socijalnih odnosa sa ljudima izvan obitelji. U ovakvim obiteljima roditelji imaju važnu ulogu jer kontroliraju negativne stavove prema socijalnom okruženju te ih projektiraju na dijete koje onda postaje nepovjerljivo prema sredini. Dijete na taj način prima poruku da je prisustvo roditelja neophodno za preživljavanje (Anstendig, 1999).

9.3. Psihodinamska teorija

Rane psihodinamske teorije selektivni su mutizam smatrale manifestacijom oralne ili analne fiksacije, točnije neriješenoga nesvjesnoga konflikta. Neka od tumačenja podrazumijevala su nesvjesnu želju za kažnjavanjem roditelja (Maier, 1979; Parker i sur., 1960), odgovor na situaciju u obitelji, primjerice prisustvo strogoga, odbijajućega oca (Youngerman, 1979) kao i reakciju na doživljenu traumu u djetinjstvu, primjerice seksualno zlostavljanje djeteta, ranu hospitalizaciju te razvod roditelja (Browne i sur., 1963). Teoretičari psihodinamske teorije objašnjavaju da pojava simptoma SM-a omogućava djetetu da izrazi osjećaje ljutnje i bijesa. Autori psihodinamske teorije opisuju selektivni mutizam kao način obrane koji dijete koristi kako bi izrazilo osjećaje prema roditeljima, najčešće prema majci (Cline & Baldwin, 1994). Novija istraživanja psihodinamske teorije poremećaj opisuju kao unutarnje konflikte vezane uz potiskivanje procesa tuge, prenatalno neprijateljstvo, strah od nepoznatoga te oštećene odnose (Shreeve, 1991).

9.4. Selektivni mutizam kao posljedica traume

Rane teorije navodile su da su traumatska iskustva (smrt voljene osobe, zlostavljanje u obitelji) okidači za pojavu SM-a kod djeteta (Dow i sur., 1995). Ovi su autori izvijestili o tome da su traumatska iskustva tijekom godina presudna za razvoj govora kod jedne trećine od 37 ispitanika. Međutim, prema većem broju istraživanja, dokazano je da traume nisu povezane s nastankom selektivnog mutizma (Black & Uhde, 1992).

Posttraumatski stresni poremećaj povezan je sa selektivnim mutizmom kao njegov prethodnik (Manassis i sur., 2003; Krohn i sur., 1992). Simptomi koji se pojavljuju kod djece su izbjegavanje misli i osjećaja koji su vezani uz traumu, izbjegavanje bilo koje vrste verbalnoga izražavanja, slabljenje komunikacijskih vještina uz moguće postojanje selektivne amnezije. Prestanak govora vrlo često može biti kopiranje iskustava vezanih uz doživljenu traumu. Wong (2010) opisuje nekoliko slučajeva djece koja su bila zlostavljana u djetinjstvu, a svrstavaju se u kategoriju selektivno mutistične djece.

9.5. Bihevioralne teorije

Bihevioralne teorije objašnjavaju selektivni mutizam kao ponašanja koja su bazirana na učenju negativnim potkrjepljenjem. Smatra se da je utjecaj okoline posljedica poteškoća u govorenju. Autori takvo ponašanje smatraju naučenom strategijom manipulacije, načinom izbjegavanja anksioznosti ili privlačenja pažnje. Problemi u govoru smatraju se zaprekom u spontanom ponašanju u izvanobiteljskim situacijama i u situacijama u kojima se traži prisustvo roditelja. Ponavljanje nelagodnih situacija koje dovode do kočenja govorenja dovodi do toga da se dijete navikava na mutizam. Ako roditelji podržavaju i toleriraju ovakvo ponašanje, ono će se samo zadržati. Selektivni mutizam javlja se i kao posljedica oponašanja bliskih članova obitelji. Ono je rezultat kontinuiranoga obrasca negativnoga potkrjepljenja u kojem djeca uče da je odbijanje govorenja način manipuliranja sredinom te način izbjegavanja anksioznosti (Krysanski, 2003).

10. TRETMAN SELEKTIVNOGA MUTIZMA

Oerbeck i suradnici (2016) smatraju da je liječenje lakše opaziti uz tri skupine faktora:

- Faktor ranjivosti (temperament, genetika, socijalna anksioznost, ponašanje, neurorazvojni poremećaji)
- faktor okidanja (prijelazi, neočekivani događaji, poput polaska u vrtić ili u školu, upotrebljavanje novoga jezika)
- faktor održivosti (ponašanje osoba koje okružuju „nijemo“ dijete – jedno ponašanje je izbjegavanje, govorenje u ime djece i prihvaćanje njihove nemogućnosti da se poboljšaju u komunikaciji, dok je drugo očekivanje komunikacije koju dijete ne može ispuniti u takvim situacijama).

Specijalisti selektivnog mutizma tretiraju svoje pacijente koristeći S-CAT metodu (Social Communication Anxiety Therapy). S-CAT metoda svjetski je priznata metoda koju je razvila dr. Elisa Shipon- Blum. Temelji se na shvaćaju da je selektivni mutizam poremećaj anksioznosti te da je ono puno dublje od ne-govorenja. Program liječenja uključuje tehnike za smanjivanje tjeskobe, metode za izgradnju samopoštovanja i samopouzdanja te strategije koje pomažu u socijalnoj udobnosti i napredovanju komunikacije. Tretman se razvija holističkim ili cjelovitim pristupom djetetu pod vodstvom stručnjaka za selektivni mutizam, stručnjaka za vanjsko liječenje, roditelja te školskog osoblja. Dr. Shipon- Blum ovom metodom uspješno je izliječila više od 5000 pacijenata diljem svijeta. S-CAT metoda zahtijeva odgovore na ova tri važna pitanja:

1. Zašto se kod djeteta razvio selektivni mutizam?
2. Koji su glavni i pojačani faktori selektivnoga mutizma (razlozi zašto postoji selektivni mutizam, primjerice stil roditeljstva)?
3. Koja je razina komunikacije djeteta u različitim okruženjima?

Faze selektivnog mutizma određuju osnovnu razinu ugone u komunikaciji djeteta te razvijaju individualizirane strategije kako bi pomogli djetetu da napreduje u govoru i u svim aspektima života (Shipon- Blum, 2013). Ljestvica ugodne komunikacije opisuje različite faze socijalne komunikacije koje su moguće za djecu koja imaju dijagnosticiran selektivni mutizam. Vrijeme u ordinaciji nije dovoljno za dijete. Uredsko okruženje koristi se za razvoj strategija i pripremu djeteta za stvarni svijet. Strategije i intervencije razvijaju se na temelju mjesta na kojima se dijete nalazi na ljestvici za određivanje stupnja poremećaja koji će biti prikazan

dalje u radu (Shipon- Blum, 2013). Djeca sa SM-om trebaju razumjeti, osjetiti kontrolu i imati izbor u liječenju (ovisno o dobi). To je kritična komponenta S-CAT programa, davanje izbora djetetu, što pomaže u prenošenju njegove/njezine potrebe za kontrolom. Dr. Shipon- Blum (2013) objašnjava da se igre i ciljevi ritualnim i kontroliranim metodama (primjerice upotrebom strateških karata) koriste kako bi pomogli djetetu razviti socijalnu udobnost i konačno napredovati u govoru. Tihi ciljevi (promjene okoliša) te aktivni ciljevi (temeljeni na izboru i kontroli) koriste se u programu doktorice Shipon- Blum. Smanjenjem tjeskobe i povećanjem samopoštovanja dijete koje pati razvit će potrebne vještine suočavanja kako bi se omogućilo njegovo pravilno funkcioniranje u društvu.

Tablica 2. Faze selektivnog mutizma

U tablici su prikazane faze selektivnoga mutizma. Tablicom se može odrediti stupanj ovoga poremećaja. Faza 0 je faza nekomunikativnosti, dok se u fazi 1, 2 i 3 dijete koristi neverbalnom ili verbalnom komunikacijom. Također, u tablici su opisana ponašanja djeteta u pojedinoj fazi.

FAZE SELEKTIVNOGA MUTIZMA ILI LJESTVICA SOCIJALNE KOMUNIKACIJE
<p>NEKOMUNIKATIVNOST –ni neverbalno ni verbalno, NE društveni angažman</p> <p>FAZA 0 –NE reagira, NE započinje</p> <ul style="list-style-type: none"> – dijete stoji nepomično (ukočeni govor tijela), bezizražajno, pogled očiju čini se ukočen – naizgled se čini da dijete ignorira osobu u interakciji s drugim osobama – „nijemo“ prema drugima – da bi došlo do komunikacije, mora doći do društvenoga angažmana
<p>KOMUNIKATIVNOST (neverbalna i/ili verbalna)</p> <p>FAZA 1 – neverbalna komunikacija (NV):</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1A reagiranje: pokazivanje, kimanje glavom, pisanje, znakovni jezik, gestikulacija, korištenje objekata (primjerice zviždaljke, negovorni augmentativni uređaj) – 1B iniciranje: privlačenje nečije pozornosti usmjeravanjem, gestikuliranjem, pisanjem, korištenjem objekata

FAZA 2 – prelazak u verbalnu komunikaciju (TV)

- 2A reagiranje – na bilo kakav zvuk (životinjski zvukovi npr.), verbalni posrednik ili šapat
- 2B iniciranje – privlačenje pozornosti uz pomoć zvuka

FAZA 3 – verbalna komunikacija (VC)

3A reagiranje – približni govor/ izravni govor (razgovor o djetetu, čitanje, šaputanje..)

3B iniciranje – približni govor/ izravni govor

Izvor: Shipon- Blum, 2013, str 12

Djeca koja boluju od selektivnog mutizma mogu mijenjati stupanj komunikacije na temelju očekivanja. Dijete može ne komunicirati uopće ako se pritom osjeća anksiozno ili neugodno. S druge strane, neka djeca mogu imati odlične neverbalne vještine. Takva djeca zapela su u neverbalnoj fazi te pate od podtipa selektivnoga mutizma koji nazivamo socijalnom fobijom (Shipon- Blum, 2013).

Ono što tretman S-CAT razlikuje od ostalih pristupa je:

1. Program doktorice Shipon- Blum usmjeren je na liječenje djeteta u cjelini, a ne samo na njihovu dijagnozu selektivnoga mutizma.
2. Dokazano je da djeluje brzo. Već nakon tri posjete (ili manje) djeca pokazuju velik napredak u sposobnosti govorenja – kod kuće, u školi, sa strancima.
3. Pacijenti na tretman dolaze na mjesečnoj bazi, a ne tjednoj.
4. Djeci, roditeljima i školskom osoblju pružaju se tablice ciljeva i uspjeha koje se temelje na dokazima.
5. Rezultati su brzi, a s obzirom na rjeđe dolaske djece na tretman, smanjuju se i troškovi liječenja.
6. Tretman S-CAT koristio se uspješno na više od 5000 djece diljem svijeta.

Česta su neslaganja autora o tretmanima ovoga poremećaja zbog nedovoljno jasnih uzroka. Znanstvenici i dalje nisu našli dovoljno dobru empirijsku potvrdu o efikasnosti određenih vrsta tretmana. Mnogi autori smatraju da je tretman poremećaja tretman anksioznih

stanja (farmakoterapijski pristup), dok drugi smatraju da ne postoji razvijen tretman za liječenje selektivnoga mutizma. Javljaju se brojna pitanja vezana uz spontani nestanak simptoma SM-a tijekom razvoja, uz činjenicu da mnoga djeca nisu nikada bila uključena u bilo koji oblik tretmana te da mutizam ostaje i u odrasloj dobi. Neke studije pretpostavljaju da je selektivni mutizam razvojna preteča socijalnih fobija kod odraslih. Sanok i Ascione (1979) opisivali su djecu koja su govorila s niskom frekvencijom kao i djecu koja su selektivno isključena. Također, postavili su hipotezu u kojoj potisnuti govor može biti povezan s problemima u govoru. Ponašanja koja su pokazatelji selektivnog mutizma, a vrlo su malo istražena su učestalost razgovora djeteta s drugim osobama te učestalost spontanoga govora.

Pionek Stone i suradnici (2002) prikazali su analizu 114 studija o selektivnom mutizmu koja se može svesti na tri važna zaključka: 1) veća efikasnost u povlačenju poremećaja postiže se primjenom tretmana nego bez tretmana, 2) tretman bihevioralnog pristupa dovest će do veće efikasnosti nego odsustvo tretmana, 3) ne postoji razlika u efikasnostima između dvije često primjenjivane bihevioralne tehnike (bihevioralni pristup i kombinirani bihevioralni pristup). Kratochwill (1981) navodi kako djeca sa selektivnim mutizmom imaju tendenciju da ustraju i da postaju manje osjetljiva na liječenje tijekom vremena.

Ford i suradnici (1998) navode kako je najčešće prijavljeno liječenje ili metoda promjene za selektivni mutizam pozitivno pojačanje, ignoriranje, snimanje videozapisa ili audiozapisa, psihoterapija, ugovaranje ponašanja, kazna te *time-out*. Istraživanje je pokazalo da su metode liječenja koje roditelji smatraju najučinkovitijima pozitivno pojačanje (31,4%), psihoterapija (9,8%) te ignoriranje(13,1%). Također, prema roditeljima koji su sudjelovali u istraživanju, najmanje učinkovite metode su ignoriranje (27,5%), kažnjavanje (20,9 %), *time-out*(10,5%) i pozitivno pojačavanje (11,1%). Sedamnaest ispitanika (11,1%) izvijestili su da su sve metode neučinkovite. Ovi su nalazi u suprotnostima sa Steinhausenovima (1996) koji je izvijestio da je psihoterapija najčešća i najučinkovitija terapija. Također, lijekovi nisu bili prijavljeni kao jedna od terapija.

Raspored afektivnih poremećaja i shizofrenije za djecu u školskoj dobi, sadašnja i životna verzija, K-SADS-PL (Kaufman, 2013) i intervju anksioznog poremećaja za verziju DSM-IV djeteta i roditelja, ADIS-IV-C, (Albano & Silverman, 1996), najčešći su intervjui. Ovi intervjui namijenjeni su djeci od šest do osamnaest godina, ali adekvatne dijagnoze mogu se dati i djeci mlađoj od šest godina sve dok su koncepti ponašanja i razumijevanja životnih smetnji prilagođeni tako da budu relevantni za predškolsko dijete (Birmaher i sur, 2009).

Može se koristiti i procjena predškolske psihijatrijske dobi, PAPA (Egger & Angold, 2004). Budući da je SM anksiozni poremećaj, ADIS (Anxiety Disorder Interview for DSM-IV Child and Parent Interview) čini se najrelevantnijim. Prema DSM-u, ADIS procjenjuje anksioznost, raspoloženje, upotrebu tvari, tik te sveprisutne razvojne poremećaje. Vrlo je koristan „termometar osjećaja“ koji omogućuje djetetu i roditeljima da izjednače težinu simptoma i ometanje funkcioniranja djeteta. Ocjene anksioznosti koriste se kao pomoć u dijagnostici. Nadalje, mogu se koristiti za samokontrolu (kod starije djece) i nadgledanje anksioznosti kod roditelja te za procjenu odgovora za liječenje tijekom vremena. Mlađa djeca mogu koristiti jednostavnije vizualne modele kao što su ručno nacrtani ili ispisani smješci i uznemirena lica. Ovisno o dobi, može se od djeteta tražiti da pokazuje ili crta zvijezde u situacijama u kojima razgovaraju. Također, mogu se upotrijebiti šareni samoljepljivi blokčići: zeleni za razgovor, žuti za neverbalnu komunikaciju te crveni za šutnju. Starija djeca mogu konstruirati vlastite karte za razgovor (primjerice popis ljudi s kojima razgovaraju te ljude s kojima će raditi, kako bi mogli razgovarati u različitim okruženjima). Kliničari trebaju biti kreativni kako bi uključili dijete u proces (Oerbeck i sur., 2016).

10.1. Psihodinamski tretman

Rani pristupi liječenju selektivnog mutizma uglavnom su izvedeni iz psihodinamskih teorija. Intervencije i tehnike iz ovoga područja terapije bile su najprikladnije jer se selektivni mutizam povijesno promatrao kao rezultat nerazriješenih unutarnjih sukoba ili traumatskih događaja tijekom ranoga djetinjstva (Kratochwill, 1981). Psihodinamski teoretičari opisuju mutizam kao obrambeni mehanizam koji dijete koristi umjesto izražavanja osjećaja izravno prema roditeljima, najčešće prema majci (Cline & Baldwin, 1994). Psihodinamski tretman selektivnog mutizma usredotočen je na razumijevanje korijena poremećaja, što znači da primarni cilj nije izravno rješavanje mutizma (Cohan i sur., 2006). To se postiže pažljivim ispitivanjem djetetovih ranih psihoseksualnih stupnjeva razvoja, kao i odnosa između majke i djeteta, a potom rješavanjem straha. Postoji velika zamka u ovoj vrsti terapijskoga pristupa. Simptomi ovoga poremećaja duboko su ukorijenjeni u tjeskobi. Pritisak na verbaliziranje misli i osjećaja može nadvladati dijete. Shipon-Blum (2007) objašnjava da su psihološki pristupi djelotvorni samo kada se „*ukloni sav pritisak za verbalizaciju i naglasak stavi na pomoć djetetu da se opusti i otvori*“ (Shipon-Blum, 2007:6). Kada se smanji pritisak na verbalizaciju, smanjuje se i anksioznost te tada može doći do terapijskih intervencija.

Namjena tretmana je izbjegavanje slobodnih asocijacija ili odgovora na pitanja, zbog zadržavanja u govoru i verbalnom izražavanju. Weinstein (2001) objašnjava da se pritisak zbog komuniciranja zamijeni s opuštajućom, neobvezujućom atmosferom koja je važna za bolju efikasnost terapijske intervencije. Danas su najčešće psihodinamske projektivne tehnike art terapija, terapija glazbom i terapija igrom.

10.1.1. Art terapija

Art terapija ima mnogo naziva pa je u literaturi moguće pronaći nazive poput ekspresivna terapija (Ayalon, 1987), kreativni susret (Barath i sur., 1996), kreativna terapija, kreativni trening, komplementarna terapija, suportivna terapija, terapija glazbom i slično. Međutim, spomenuti termini ne definiraju u potpunosti ovu vrstu terapijskoga pristupa. Kreativna terapija mnogo je širi pojam od art terapije. Art terapija forma je neverbalnoga izražavanja misli i osjećaja. Temelji se na koncepciji da se različitim medijima iz područja umjetnosti raznim kreativnim procesima liječi i utječe na bolju kvalitetu života (Škrbina, 2013). Art terapija disciplina je koja je primarno utemeljena na području umjetnosti i psihologije. Jung (1964) je veliku važnost pridavao umjetničkim radovima pacijenata. Vjerovao je da je kreativnost osnovni poriv, a oslobađanje kreativnosti osnova za mentalno zdravlje. Autorica Škrbina (2013) navodi da se tehnike art terapije temelje na činjenici da svaki pojedinac posjeduje latentnu sposobnost da vizualizira svoje unutarnje osjećaje. Naglasak se stavlja na slike koje proizlaze iz pacijentove podsvijesti, a sadrži neke konflikte. Pretpostavka je da se konflikti konkretiziraju, što pridonosi njihovom rješavanju.

10.1.2. Terapija glazbom

Glazba je sastavni dio u životu svakoga pojedinca. Spominjala se u raznim područjima, poput učenja u antičkim školama te u biblijskim izvorima. Razvija se tijekom 20. stoljeća kao znanstvena disciplina, a vrhunac doživljava tek posljednjih tridesetak godina. Njezin brzi razvoj dogodio se zahvaljujući razvoju psihoterapije, psihologije glazbe, etnomuzikologije, sociologije, medicine, genetike, edukacijsko-rehabilitacijskih znanosti i mnogih drugih. Razvoj kompjutorske tehnologije omogućio je brzu razmjenu informacija (Radulović i sur., 2003). Glazba je pojedincu jednako važna kao i njegovi hobiji. Ona pomaže u definiranju identiteta i upravljanju interpersonalnim odnosima, jaka je na razini socijalne skupine jer olakšava komunikaciju za koju nam nisu potrebne riječi, raspršuje emocije te podržava razvoj identiteta (Hallam, 2006). Mnogi znanstvenici bavili su se proučavanjem glazbe i utjecajem glazbe na pojedinca. Učinak glazbe ovisi o osnovnim karakteristikama poput tonaliteta, boje zvuka i intenziteta. Glazbom se može postići niz somatskih promjena

poput povišenja krvnog tlaka, znojenja, promjene u temperaturi kože, usporavanje srčane aktivnosti i slično. Osim tjelesnih promjena glazba može potaknuti i psihološke reakcije, primjerice promjene u raspoloženju i osjećajne reakcije (Radulović i sur., 2003). Glazboterapija je psihoterapijska metoda čiji je cilj postizanje pozitivnih promjena u mentalnom i fizičkom zdravlju pojedinca.

10.1.3. Terapija igrom

Gjurković (2016) terapiju igrom objašnjava kao način rada stručne osobe s djetetom kako bi se otklonile psihosocijalne teškoće s kojima se susreću dijete ili njegova obitelj. Cilj je rada pomoći djetetu da se nastavi razvijati na najbolji i najzdraviji način te biti podrška roditeljima na tom putu. Terapija se koristi s djecom u dobi od 3 do 12 godina. S obzirom na to da je terapija igrom kreativna, može se prilagoditi i adolescentima i odraslima. Glavni ciljevi terapije su pomoć djetetu da procesira emocije ili zadovolji emocionalne potrebe koje ga sprječavaju u normalnom razvoju, razvijanje strategija suočavanja s problemom i rješavanje problema, razvijanje djetetova samopouzdanja i samopoštovanja. Terapija djetetu pomaže da prihvati sebe onakvog kakav je, da izražava osjećaje na socijalno prihvatljiv način te da razvija empatiju prema drugima. Terapija igrom korisna je u radu s bilo kojom vrstom problematike (agresivnost djeteta, napetost, anksioznost, depresivnost...) zbog igre kao glavnoga komunikacijskoga sredstva. Prema Gjurković (2016) roditelji bi trebali biti uključeni u individualnu ili skupnu psihoterapiju jer na taj način pridonose kvaliteti djetetova emocionalnoga razvoja.

10.2. Kognitivno-bihevioralne tehnike

Bihevioralne i kognitivno-bihevioralne tehnike najčešće su tehnike koje najveći broj znanstvenika podržava (Anstendig, 1999). Specifične tehnike koje su zasnovane na teorijama učenja uključuju različite vrste potkrjepljenja, samodjelovanje uz pomoć videosnimki djeteta, jačanje samopouzdanja, operantno uvjetovanje, postepeno uključivanje u socijalne situacije koje dovode do anksioznosti djeteta, trening socijalnih vještina koje su praćene verbalnim izražavanjem. Iako se uspjeh intervencija u ponašanju rijetko osporava, bihevioralni pristup terapiji ne stavlja naglasak na tjeskobne misli pojedinca. Neki znanstvenici to smatraju velikim nedostatkom te naglašavaju važnost restrukturiranja misaonih procesa. Kognitivno-bihevioralni pristup liječenju (poznat kao i CBT) praktičan je program liječenja koji uključuje mnoge od bihevioralnih tehnika, poput sustavne desenzibilizacije i slabljenja podražaja. Međutim, ono što razlikuje kognitivno-bihevioralne tehnike od bihevioralnih tehnika je dodatna dimenzija koja naglašava obrazovnu komponentu s ciljem boljeg upravljanja

anksioznošću. Chansky (2004) navodi da tijekom kognitivno-bihevioralnoga pristupa i djeca i roditelji razvijaju specifičan skup vještina za rješavanje misli, fizioloških odgovora te ponašanja povezanih s tjeskobom. Liječenje od djece zahtijeva razgovor o vlastitim problemima (McHolm i sur, 2005). Krajnji je cilj ovoga pristupa pomoći djeci da modificiraju svoje ponašanje koje će im pomoći u preusmjeravanju vlastitih anksioznih strahova i briga na zdrav način (Shipon- Blum, 2007). Važan aspekt kognitivno-bihevioralnoga pristupa je procjena. Mnoge rane sesije posvećene su samoidentificiranju čimbenika koji pridonose dječjoj tjeskobi. Informacije dobivene u ovim intervjuima usmjeravaju tretman i osiguravaju temelj za planiranje terapijskih aktivnosti (Chansky, 2004). Liječnica Shipon- Blum razvila je kontinuum za kontinuirano ocjenjivanje koji se kreće od nekomunikativnoga stupnja do pokretanja verbalne komunikacije. Ovaj kontinuum koristi se za procjenu djetetove razine tjeskobe u raznim okruženjima, kao i za postavljanje i modificiranje ciljeva liječenja. Budući da će se razine anksioznosti i tjeskobe vrlo vjerojatno povećati tijekom bihevioralnih intervencija, djeca se uče opuštanju kako bi upravljala anksioznošću prije primjene takvih tehnika. Te vještine mogu uključivati tehnike disanja, opuštanja mišića ili pričanje priča (Cohan i sur, 2006). Kognitivno-bihevioralno liječenje privuklo je pozornost mnogih znanstvenika. Mnoge studije slučajeva i recenzije pokazale su uspjeh kognitivno-bihevioralnoga liječenja za djecu koja pate od selektivnog mutizma. Mendlowitz i Monga (2007) procijenili su da djeca koja pate od selektivnog mutizma zahtijevaju pet do šest puta više CBT intervencija od djece koja pate od generalizirane tjeskobe ili anksioznosti odvajanja.

10.2.1. Bihevioralna terapija Lindsey R. Bergman

Znanstvenici iz bihevioralne perspektive selektivni mutizam promatraju kao naučeno ponašanje razvijeno kao mehanizam za suočavanje s tjeskobom. Svrha je liječenja smanjiti anksioznost i povećati verbalnu komunikaciju u okruženjima kao što je škola (Cohan i sur., 2006). Ovaj pristup uključuje praksu i pojačanje za govor na suptilan i neprijeteći način. Naglasak se stavlja na opazljivo ponašanje, a ne na razvoj u ranom djetinjstvu (McHolm i sur., 2005). Bihevioristi se oslanjaju na razne tehnike poput oblikovanja, samodeliranja i upravljanja u nepredviđenim okolnostima, kako bi povećali verbalnu komunikaciju i smanjili anksioznost. Oblikovanje (poznatije kao i ritualni zvučni pristup) postupak je u kojem savjetnik pojačava pokrete usta i zvukove koji podsjećaju na govor. Ova strategija uključuje postizanje verbalne komunikacije korak po korak kako bi se smanjila tjeskoba, primjerice šaputanjem, stvaranjem zvukova, ponavljanjem riječi koje je savjetnik rekao, povećanjem glasnoće (Cline i Baldwin, 1994). Druga često korištena strategija za izazivanje govora je

samomodeliranje. Korištenjem audiosnimaka ili videosnimaka dijete govori i odgovara na pitanja u ugodnom okruženju. Snimka se potom uređuje kako bi se prikazalo dijete koje govori u okruženju kao što je škola. Dijete neprekidno sluša snimke, u društvu članova obitelji ili prijatelja, kako bi se naviklo na svoj glas u različitim uvjetima. Blum, Kell i Starr (1998) primjećuju da snimanje može povećati anksioznost te da možda nije prikladno za svu djecu. Upravljanje u nepredviđenim situacijama odnosi se na upotrebu pozitivnoga pojačanja kao poticanja djeteta da prakticira verbalizaciju. Često se koristi sa sustavnom desenzibilizacijom u kojoj savjetnik postavlja ciljeve s odgovarajućim nagradama za svaki završeni zadatak. Ova hijerarhija zadataka kreirana je s obzirom na lokacije, aktivnosti i ljude koji utječu na razinu ugodnosti djeteta (McHolm i sur., 2005). Dok su ostali tretmani bili izbor mnogih savjetnika i znanstvenika, ponašanja djeteta trenutno su uključena u većinu programa liječenja za selektivni mutizam. Ova vrsta liječenja pruža pristup korak po korak, koji se lako može modificirati kako bi odgovarao promjenjivim potrebama djeteta (Camposano, 2011).

Ovo liječenje provode iskusni kliničari s roditeljskim sudjelovanjem pritom koristeći zadatke ocjenjivanja izloženosti u odnosu na podražaje / situacije u strahu (Bergman, 2013). Terapeuti su u bliskoj komunikaciji s učiteljima kako bi se osigurala relevantnost zadataka izlaganja u školi. Studija je uključivala dvadeset jedno dijete (u dobi 4 – 8 godina) te je pokazala značajan porast govora nakon liječenja. Studija je pokazala da 67 % djece koja su primila liječenje više ne ispunjavaju dijagnostičke kriterije za selektivni mutizam te se klinički dobici odražavaju nakon tri mjeseca praćenja. Priručnik Lindsey Bergman sadrži obrasce i grafikone koji su korisni u procjeni i liječenju selektivnog mutizma, uključujući i vježbu izloženosti (Oerbeck i sur., 2016). Ova vrsta liječenja detaljno je proučena i istražena, a brojne su studije pokazale djelotvorne ishode (Camposano, 2011).

10.2. Multidimenzionalni tretman selektivnog mutizma

Camposano (2011) navodi da je prilično teško naći dovoljno jake argumente za multidimenzionalni tretman koji bi uključivao učitelje, vršnjake, roditelje i druge članove obitelji te stručne suradnike. Cohan i suradnici (2006) izvještavaju kako je danas sve više u upotrebi eklektički terapijski pristup u kojem se kombiniraju psihodinamski pristup ili bihevioralni i kognitivno-bihevioralni pristupi sa psihosocijalnom intervencijom. Sve češće se javljaju i multidisciplinarni pristupi koji obuhvaćaju logopedski tretman i tretman u školskom okruženju. Poseban značaj u nadvladavanju selektivnog mutizma pridaje se transferu

postignuća s terapijskih situacija na školski kontekst i komunikaciju s vršnjacima i nastavnicima.

Camposano (2011) izdvaja ulogu učitelja djeteta sa SM kao značajnu ulogu u tretmanu. Budući da se selektivni mutizam češće javlja u školskom okruženju, učitelji su ti koji prvi ukazuju na postojanje problema u komuniciranju. Zbog toga je važna edukacija učitelja za procjenu poremećaja kako bi se izbjeglo pogrešno dijagnosticiranje (primjerice da mutistično dijete tretiraju kao stidljivo dijete). Učitelji nisu dovoljno kompetentni da samostalno rade na prevladavanju selektivnoga mutizma, već su dužni potražiti pomoć stručnjaka. McHolm i suradnici (2005) ističu da spremnost učitelja da surađuje s roditeljima i savjetnikom utječe na ishod tretmana. Multidisciplinarni tim koji uključuje učitelja, ravnatelja, školskoga savjetnika i/ili školskoga psihologa može surađivati s roditeljem i pridonijeti promatranju i pružanju povratnih informacija savjetniku. Shipon- Blum (2003) naglašava da je uloga učitelja od velikog značaja. Smatra da je dozvoljavanje učitelja da neverbalno komunicira u učionici dobrodošla, dokle god je to potrebno djetetu. Njegujuće, sigurno okruženje učionice doprinijet će osjećaju prihvaćenosti i sigurnosti. Učitelj može pomoći djetetu smanjiti tjeskobu dok je ono u školi. Također, učiteljeva uloga je da radi na adekvatnom prihvaćanju djeteta od strane vršnjaka te da potiče socijalnu integraciju. Njegovateljsko, utješno okruženje u učionici te fleksibilnost unutar učionice i raspored također su važni čimbenici u višestrukome programu liječenja. Mnogi autori smatraju da spremnost učitelja i ostalih članova stručnoga tima da surađuju s terapeutima uvelike doprinose pozitivnom efektu tretmana.

10.4. Terapijska intervencija kod kuće i u školi koju je razvila Hanne Kristensen

Obiteljska savjetovanja ili terapije često su nužna komponenta učinkovitoga plana liječenja. Mnogi znanstvenici uočavaju disfunkciju unutar obitelji djece sa selektivnim mutizmom. Neke studije navode veću stopu bračnih sukoba i razvoda među obiteljima djece sa selektivnim mutizmom (Camposano, 2011). Cilj obiteljske intervencije identificirati je neispravne obiteljske odnose i komunikacijske obrasce koji su možda doprinijeli razvoju tjeskobe kod djeteta. Savjetnik bi nakon toga imao za cilj pomoći članovima obitelji da uklone stanja koja uzrokuju tjeskobu djeteta i održavaju mutizam (Cohan i sur., 2006). Iako su istraživanja o djelotvornosti obiteljskoga savjetovanja oskudna, postoje dokazi o tome kako suradnja i sudjelovanje roditelja u liječenju pozitivno utječu na oporavak. Prihvatanje i razumijevanje poremećaja je ključno, no roditelji ne smiju stavljati naglasak na nedostatak verbalne komunikacije. Shipon-Blum (2007) naglašava važnost sudjelovanja roditelja u procesu liječenja: „*Trebalo bi dati pohvalu za postignuća i napore djeteta, a podršku i priznanje treba dati za njihove poteškoće i frustracije.*“ (Shipon Blum, 2007: 5). Programi liječenja često zahtijevaju od roditelja da modificiraju svoje stilove roditeljstva, kao i da razviju zdrave vještine suočavanja sa stresom i strahom. Obrazovanje upravljanjem anksioznošću integrirano je liječenjem, stoga su roditelji spremni modelirati zdrave sposobnosti suočavanja za svoju djecu (Mendlowitz i Monga, 2007). Nedostatak verbalnoga odgovora djeteta može rezultirati time da roditelj stalno odgovara za dijete ili prekomjerno stavlja pozornost na djetetove snage i talente. Znanstvenici su obučavali roditelje kako da ignoriraju mutizam svoga djeteta i pojačavaju verbalno ponašanje dosljednim odgovaranjem na takvo ponašanje empatijom, entuzijazmom i toplinom. Prebacivanje pažnje na verbalna ponašanja daje pozitivno pojačanje takvim postupcima (Beidel & Turner, 1998).

Ova terapija počinje kod kuće gdje se djeca osjećaju sigurnije i gdje je veća vjerojatnost da će početi razgovarati, a zatim se proširuje na školu, gdje su simptomi puno veći. Ovaj pristup mogao bi biti koristan u ruralnim sredinama, gdje nedostaju stručne klinike. Učitelj ili neka druga ključna osoba može izvršiti intervenciju pod nadzorom kliničara. Pozitivan ishod pronađen je u pilot-studiji sedmero djece predškolske dobi s dugogodišnjom dijagnozom selektivnog mutizma. Šestero od sedmero djece govorilo je slobodno u svim predškolskim ustanovama nakon 14 tjedana liječenja. U studiji koja je proučavala 24-ero djece sa selektivnim mutizmom (3 – 9 godina) pokazano je značajno povećanje govora nakon samo tri mjeseca terapije. Mlađa dob na početku liječenja te lakši simptomi povezani su s boljim ishodom (Oerbeck i sur., 2016).

10.5. Višestruki pristupi

Zbog složene prirode ovoga poremećaja postoji snažna podrška programima liječenja za selektivni mutizam koji su višestruki, bave se anksioznošću u različitim okruženjima i uključuju nastavnike, vršnjake, roditelje te druge članove obitelji tijekom procesa liječenja. Stoga je eklektički pristup najčešća opcija liječenja koju koriste savjetnici. Nbrojeni znanstvenici uspješno su kombinirali psihodinamske, bihevioralne, kognitivno-bihevioralne, farmakološke i obiteljske savjetodavne intervencije. Primjer uspješnoga pristupa eklektičkoga liječenja opisali su Wright, Cuccaro, Leonhardt, Kendall i Anderson (1995) kod predškolskoga djeteta. Ovaj tretman uključivao je bihevioralne intervencije, terapiju igrom, obiteljsku terapiju i farmakoterapiju. Jackson i suradnici (2005) također su koristili višestruki pristup koji se sastojao od oblikovanja, sustavne desenzibilizacije, terapije igrom, roditeljskoga bilježenja i treninga opuštanja za uspješno liječenje šestogodišnjega dječaka sa selektivnim mutizmom. Iako se ovakav pristup tretmana pokazao vrlo djelotvornim u objavljenim studijama slučajeva, potrebno je mnogo više istraživanja kako bi se otkrilo koje su komponente tih programa neophodne (Camposano, 2011).

11. FARMAKOTERAPIJA

Upotreba lijekova kod djece sa selektivnim mutizmom u velikoj je mjeri isključena zbog nedostatka empirijskih dokaza. Smatra se da se lijekove treba razmatrati samo u posebnim okolnostima. Manassis i suradnici (2016) tvrde da postoje dva mala pokusa, jedan za fluoksetin, a drugi za sertralin (lijekovi za depresiju). Lijekovi koji se koriste uglavnom se temelje na ekstrapolaciji rezultata liječenja drugih anksioznih poremećaja. Naglašava se važnost razloga za korištenje lijekova, primjerice nedostatak odgovora na psihološki tretman, čvrsta veza između selektivnog mutizma i socijalnoga anksioznoga poremećaja (Compton i sur., 2014). Također, vrlo je riskantno korištenje lijekova s obzirom na potencijalne štetne učinke lijekova. Rizik od pogoršanja stanja u društvenom i akademskom funkcioniranju može biti visok ako se selektivni mutizam liječi učinkovito, no lijekovi mogu i poboljšati te rezultate. Oerbeck i suradnici (2016) tvrde da ako se anksioznost smanji upotrebom lijekova, djeca mogu brže napredovati sa psihosocijalnim tretmanom. Također, postoji i plan za prekid uzimanja lijekova kada dijete normalno govori u većini društvenih okruženja. Autori su razmotrili nekoliko važnih čimbenika pri odlučivanju treba li ili ne treba preporučiti lijekove:

- Ograničeni dokazi o djelotvornosti i potencijalnim nuspojavama, osobito među djecom prije puberteta.
- Lijekovi bi se trebali koristiti zajedno sa psihosocijalnom terapijom, a ne kao monoterapija.
- Vrlo je važno znati da dijete ne reagira samo na psihosocijalni tretman te da su simptomi teški. Postoji određena rasprava o tome koliko dugo treba nastaviti psihosocijalni tretman prije dodavanja lijekova, no većina autora pretpostavlja da je riječ o samo nekoliko mjeseci.
- Lijekovi se mogu uzeti u obzir kod starije djece, jer mlađa djeca bolje i uspješnije reagiraju na psihosocijalni tretman. Također, lijekovi se mogu razmotriti i ranije na mjestima gdje psihosocijalni tretman nije dostupan.
- Kliničar mora odmjeriti potencijalne rizike i prednosti lijekova u danom slučaju te pomoći roditeljima i djetetu da ih razumiju.

Fluoksetin je lijek koji su stručnjaci najbolje proučili, iako postoje izvještaji i za druge selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina, kao i za dva inhibitora monoamino oksidaze, fenelzin i moklobemid (Manassis i sur., 2016).

12. STUDIJA SLUČAJA

Djevojčica T. ima 8 godina i ide u prvi razred osnovne škole. Trudnoća i porod bili su uredni. Djevojčica je izrazito sramežljiva, odbijala je razgovor s nepoznatim ljudima u nepoznatoj okolini, u kojoj se nije osjećala sigurno. Do pete godine polazi gradski vrtić. U vrtiću ne sudjeluje u aktivnostima s ostalom djecom, ne komunicira, nego stoji sa strane i promatra ostalu djecu. Djevojčica se u vrtiću nije verbalno izražavala, komunikacija s odgojiteljima odvijala se kimanjem glave. Odgojitelji su savjetovali majci da ispiše dijete iz vrtića. Majku je djetetovo ponašanje zabrinulo, pa je djevojčicu odvela na procjenu na Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Ondje joj je dijagnosticiran selektivni mutizam. Tada je i majka prvi put čula za taj pojam. Roditelji su se educirali o navedenom poremećaju na ERF-u te na internetu. Od tada majka je redovito vodila djevojčicu na terapiju igrom na Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Djevojčica je terapiju polazila godinu dana. Djevojčica je upisana u privatni vrtić kojim su roditelji bili zadovoljni. Djevojčica T. nije pokazivala anksioznost pri separaciji od roditelja. Dapače, veselila se povratku u vrtić. Odgojitelji u privatnom vrtiću bili su puni razumijevanja, pomagali su djevojčici pri socijalizaciji, posebno su smišljali aktivnosti za nju kako bi se oslobodila straha od govorenja. Djevojčica je bila omiljena u grupi te je često pozivana na rođendane. Kod kuće je majci govorila da jedva čeka ići na rođendan u igraonicu, no kada se pojavila u igraonici nije se odvajala od majke te je molila majku da idu doma.

Zanimljiv podatak koji je majka otkrila u razgovoru je taj da djevojčica može unatrag izgovarati riječi bez da ih prije toga zapiše na papir. Javlja se takozvani fenomen obrnutog govora. Kod djevojčice se javlja povećana osjetljivost za buku.

Majka je u razgovoru opisala nekoliko situacija u kojima se djevojčica trebala verbalno izraziti, no budući da to nije mogla, počela je plakati. Primjerice, s učiteljicom i razredom su šetali cestom kada je djevojčici T. pala ukosnica s glave. Djevojčica se nije mogla verbalno izraziti i reći učiteljici da stane, da ju pričeka da uzme ukosnicu s poda, pa je počela plakati savijajući prste. Zanimljivo je to što je djevojčica T. birala jednobojnu odjeću i obuću kako ne bi bila previše uočljiva. Haljine i suknje odbijala je nositi, od odjeće je birala tajice i majicu. Ako bi joj netko pohvalio odjeću, djevojčica to više nije htjela nositi.

Kada bi došli gosti, djevojčica se ne bi odvajala od majke. Majka je morala sjediti u sobi s djecom jer se, u suprotnom, T. odbijala igrati. Također, prilikom odlaska u goste T. nije se

odvajala od majke. Majka je otkrila da je djevojčica često, prije odlaska u goste, zamolila roditelje da ostanu kod kuće s bakom jer će joj u gostima biti dosadno.

Nakon što je polazila terapije igrom, djevojčica je iznimno napredovala. Polazak u školu za roditelje bio je jako bolan i strašljiv, no djevojčica je reagirala bolje od očekivanoga. Majka je djevojčicu dugo pripremala za školu, dosta su razgovarale o tome što se u školi radi. Prilikom čitanja naglas pred cijelim razredom djevojčica je opuštena te joj to ne predstavlja problem. Učiteljica u školi puna je razumijevanja, neke predmete prilagođava djevojčici te ju ne forsira ako nešto ne može. Prilikom školske priredbe T. je trebala sudjelovati u školskom igrokazu, no kada je red došao na nju, počela se tresti, savijala je prstiće, pogledom tražila majku, počela plakati te je ubrzo i pobjegla k roditeljima. Kada se smirila, majci je govorila da se želi vratiti djeci, da želi sudjelovati s njima u igrokazu. Učiteljica je ugasila svjetlo u učionici kako se djevojčica ne bi vidjela te kako bi joj bilo lakše izreći svoje rečenice. Djevojčica ipak nije mogla protiv sebe. Predmet u školi koji djevojčici najteže pada je glazbeni, odnosno pjevanje pred cijelim razredom. U dogovoru s učiteljicom majka snima T. kod kuće kako pjeva i šalje učiteljici snimku, a učiteljica je na taj način ocjenjuje.

U razgovoru s odgojiteljicom S. otkriveno je kako je djevojčica T. funkcionirala u grupi. Prilagodba je bila duga i teška. Djevojčica je dugo plakala držeći krpicu u rukama od koje se nije odvajala. U aktivnostima nije sudjelovala, jutro je provodila promatrajući djecu u igri. Djevojčica je polazila engleski program te sportski program. U početku je s odgojiteljima komunicirala kimanjem glavom. Budući da je u rukama cijelo vrijeme držala krpicu, djevojčica nije htjela primiti nijednu drugu igračku. Odgojiteljica S. došla je na ideju da krpicu odlože na stol pored djevojčice kako bi T. imala prazne ruke. Djevojčica je pogledavala krpicu cijelo vrijeme. Odgojiteljica je nje govala individualni pristup te je sjedila s djevojčicom za stolom i zajedno slagala slagalice. Djevojčici je krpica predstavljala sigurnost od kuće. Nakon što je odgojiteljica shvatila da se djevojčica ne može koncentrirati na aktivnosti zbog krpice, dogovorile su se da će krpica biti odložena na stolici pored djevojčice kako bi pažnja bila usmjerena na igre. Najduže se zadržavala u aktivnostima crtanja.

Prilikom likovnih aktivnosti slikanja temperom, djevojčica je imala strah od prljavih ruku. Odbijala je likovne aktivnosti od straha da se ne zaprlja pritom odbijajući i kutu. No, kada bi došla doma, mami je oduševljeno pričala kako je slikala temperama i da joj se to jako sviđjelo, ali da ju je bilo sram. Suradnja roditelja i odgojitelja bila je iznimno kvalitetna jer je majka svaki dan davala povratnu informaciju odgojiteljima o tome što je djevojčica pričala

kod kuće. Nadalje, djevojčica se silno htjela igrati plastelinom u vrtiću, no nije ga htjela primiti u ruke da se ne zaprlja. Odgojiteljica S. dodala je djevojčici plastelin u ruke rekavši joj da ga samo pridrži, a nakon nekoliko sekundi djevojčica bi vratila plastelin u ruke odgojiteljice. Djevojčica je kod kuće bila jako uzbuđena jer je držala plastelin i ponavljala majci da se jako htjela igrati s njim u vrtiću, no da ju je bilo stid. Zanimljivo je bilo to što je djevojčica imala plastelin i kod kuće i igrala se njime bez ikakvih problema. Nakon te situacije djevojčica je postepeno, svaki dan sve dulje i dulje, sudjelovala u aktivnostima s plastelinom.

Djevojčica T. pohađala je sportski program i program ritmike u vrtiću. U početku nije htjela sudjelovati u sportskim igrama, samo je sa strane promatrala. Problem joj je bio presvlačenje pred drugom djecom, što su treneri i odgojiteljica riješili dozvolivši joj da se ne mora presvlačiti ako ne želi. Dugo je trajalo dok se nije priključila ostaloj djeci u sportskim igrama.

Prema riječima odgojiteljice S. djevojčica T. sprijateljila se s djevojčicom koja je također imala krpicu uz sebe, no bila je drukčijeg karaktera (vesela, otvorena, dominantnija). Često su se družile i kod kuće (T. je kod kuće bila vesela, razigrana, pričljiva). Ta prijateljica ju je često vodila sa sobom da se igraju s ostalom djecom.

Odgojiteljica je primijetila da je djevojčica izrazito uredna te da nekoliko puta provjerava svoje stvari, kako su složene, je li ruksak zakopčan... Prilikom spavanja u vrtiću djevojčica se nije htjela presvlačiti u pidžamu, a papučice je namještala po deset minuta pored kreveta.

13. ZAKLJUČAK

Prilikom istraživanja pojma selektivnog mutizma pronađeno je jako malo domaće literature. S obzirom na to da ovaj poremećaj nije čest u Republici Hrvatskoj, vrlo je malo istražen. Većina je literature na engleskom jeziku. To pokazuje koliko je educiranost o selektivnom mutizmu niska. Ovaj rad napisan je s ciljem razumijevanja problema selektivnoga mutizma i obogaćivanja literature na domaćem jeziku.

Javlja se poteškoća pri dijagnosticiranju problema jer se selektivni mutizam često uspoređuje sa sramežljivošću. Sramežljivoj je djeci vrlo često dijagnosticiran selektivni mutizam. U radu su prikazane karakteristike sramežljive i mutistične djece i opisano je na koji način možemo prepoznati problem što ranije. Vrlo je važna što ranija dijagnoza kako bi se problem mogao liječiti, u suprotnom se javljaju negativne posljedice. Selektivni mutizam može biti nasljedan, no može se javljati i kao rezultat neke traume (smrt bliske osobe, razvod roditelja, zlostavljanje djeteta). Važna je i educiranost roditelja kako bi odlaskom na terapije pomogli vlastitom djetetu. Stručna pomoć potrebna je i roditeljima, a ne samo djeci. Roditelji te odgojitelji i učitelji moraju biti strpljivi, smireni i pažljivi jer učinak terapije ovisi individualno o djetetu. Pogrešno je djecu sa selektivnim mutizmom ubrzavati ili tjerati govoriti jer tada dolazi do kontra efekta (plač, drhtanje, povlačenje u sebe). Djeci treba puno vremena kako bi izašli iz svoje čahure odnosno kako bi se mogli opustiti pred drugim osobama.

14.LITERATURA

1. Anstendig, K.D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders* 13(4), 417–434.
2. Albano, A.M., Silverman, W.K. (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. *San Antonio, TX: Graywind Publications Inc.*
3. Black, B., & Uhde, T.W. (1992). Case study: elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 31 (6), 1090–1094.
4. Biedel, D.C & Turner, S.M. (1998). Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia. *Washington, DC: American Psychological Association.*
5. Birmaher, B., Ehmann, M., Axelson, D.A. et al (2009). Schedule for affective disorders and schizopfrenia for school-age children (K-SADS-PL) for assessment of preschool children. A preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research* 43, 680–686.
6. Blum, N.J., Kell, R.S., & Starr, H. L. (1998). Case study: Audio feed forward tretment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 40–43.
7. Browne, E., Wilson, V, & Laybourne, P.C. (1963). Diagnosis and treatment of elective mutism in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 2 (4), 605–617.
8. Bergman, L.R (2013). Treatment for Children with Selective mutism. An Integrative Behavioral approach. *New York: Oxford University Press.*
9. Bouillet, D. (2010). Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja. Zagreb: Školska knjiga.
10. Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. The Professional Counselor. *Research and Practice*1(1), 40–56.
11. Chansky, T. E. (2004). Freeing your child from anxiety. New York, NY: Random House.
12. Compton S.N., Peris T.S., Almirall D. et al (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82, 212–224.
13. Cline, T., & Baldwin, S.(1994). Selective mutism in children. San Diego, CA: Singular.

14. Cohan, S.L., Chavira, D.A., & Stein, M.B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990 – 2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (11), 1085–1097.
15. Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S.E., & Leonard, H.L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34 (7), 836–846.
16. Dodig- Ćurković K. (2013). Selektivni mutizam u dječjoj dobi. U: Dodig- Ćurković, K., Boričević-Maršanić, V., Benić, D., Franić, T., Grgić, M. i sur. *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svijetla grada, 109–115.
17. Dummit, E.S., Klein, R.S., Tancer, N.K., Asche, B., Martin, J. & Fairbanks, J.A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36(5), 653–660.
18. Egger, H.L., Angold, A.C. (2004). The preschool age psychiatric assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: Delcarmen- Wiggins R & Carter A (eds) *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. Oxford: Oxford University Press.
19. Ford, M. A, Sladeczek, I. E., Carlson J. & Kratochwill, T.R (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly* 13 (3), 192–227.
20. Gjurković, T. (2016). *Terapija igrom*. Split: Harfa d.o.o
21. Hayden, T.L (1980). Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 19, 118–133.
22. Hallam, S. (2006). *Music psychology in education*. London: Institute of Education, University of London.
23. Jackson, M.F., Allen, R.S., Boothe, A.B., Nava, M.L. & Coates, A. (2005). Innovative analyses and interventions in the treatment of selective mutism. *Clinical Case Studies* 4(1), 81–112.
24. Jung, C.G. (1964). *Čovjek i njegovi simboli*. Mladost: Zagreb.
25. Krohn, D. D., Weckstein, S., M & Wright, H. L. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 31, 711–718.
26. Kryszanski, V.L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology* 137(1), 29–40.
27. Krmek, M. (2006). Selektivni mutizam. *Pro mente Croatica: Za vašu dušu: mens sana in populo sano- zdrav duh u zdravom narodu* 10 (2006) 23/24, 42–43.

28. Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/ delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 39: 249–256.
29. Kratochwill, T. (1981). *Selective mutism: Implications for Research and Treatment*. Hillsdale, NJ: Earlbaum.
30. Kaufman, J., Birmaher B., Axelson D. et al (2013). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) 2013 Working Draft. *New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education*.
31. Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety?. *Depression and Anxiety* 18(3), 153–161.
32. Manassis, K., Oerbeck, B, Overgaard K.R. (2016). The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry* 25, 571–578.
33. Manasis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L. & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety* 18 (3), 153–161.
34. Maier, A. (1979). Elective mutism in children. *Israel Annala of Psychiatry and Related Disciplines*, 17, 93–100.
35. Marić, D. (2006). Nova rješenja za sramežljive ljude. *Pro mente Croatica: Za vašu dušu: mens sana in populo sano – zdrav duh u zdravom narodu*, 2005, 23/24, 48–51.
36. McHolm, A.E., Cunningham, C.E., & Vanier, M.K. (2005). Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking. *Oakland, CA: New Harbinger*.
37. Mendlowitz, S.L., & Monga, S. (2007). Unlocking speech where there is none: Practical approaches to the tretment of selective mutism. *The Behavior Therapist*, 30 (1), 11–15.
38. Oerbeck, B., Manasis, K., Overgaard, K.R. & Kristensen, H. (2016). Selective Mutism. In IACAPAP e- Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
39. Pionek Stone, B., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I., & Serlin, R. C. (2002). Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly* 17(2), 168–190.

40. Parker, E.B., Olsen, T.F. & Throckmorton, M.C. (1960). Social casework with elementary school children who do not talk in school. *Social Work*, 64–70
41. Radulović, R., Cvetković, M., Pejović, M. (2003). Muzikoterapija – putevi razvoja. *Engrami – časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline*. Beograd, 25 (3), 53 – 64.
42. Shreeve, D. F.(1991). Elective mutism: Origins in stranger anxiety and selective attention. *Bulletin of the Menninger Clinic* 55(4), 491–504.
43. Shipon-Blum, E. (2003). The ideal classroom setting for the selectively mute child. Meadowbrook, PA: Selective mutism Anxiety Research and Treatment. Philadelphia. Pennsylvania.
44. Shipon-Blum, E. (2007). When the words just won't come out: Understanding selective mutism <https://www.selectivemutism.org/>, preuzeto 20. svibnja 2019.
45. Shipon-Blum, E. (2013). What is selective mutism?, A guide to helping parents, educators and treatment professionals understand selective mutism as a social communication anxiety disorder. SMart center <https://selectivemutismcenter.org/> , preuzeto 20. svibnja 2019.
46. Sanok, R.L. & Ascione, F.R. (1979). Behavioral interventions for childhood elective mutism: An evaluative review. *Child Behavior Therapy* 1, 49–68.
47. Stone, B.P., & Kratochwill, T.R. (2002). Tretment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *ShcoolPsychologyQuarterly*17 (2), 168–190.
48. Škrbina, D. (2013). Art terapija i kreativnost. Zagreb: Veble commerce.
49. Weinstein,L. (2001). Language, transference and the developmental context in child analysis. *The Psychoanalytic study of the child* 57, 355–373.
50. Wong, P (2010). Selective mutism: a review of etiology, comorbidities and treatment. *Psychiatry (Edgmont)* 7 (3), 23–31.
51. Wright, H.H, Cuccaro, M.L., Leonhardt, T.V., Kendall, D.F. & Anderson, J.H. (1995). Casestudy: fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*34 (7), 857–862.
52. Youngerman, J.K. (1979). Towards A Developmental Theory Of Silence And Language. *International Review of Psycho-Analysis* 6, 283–295.

15. IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI DIPLOMSKOGA RADA

Izjavljujem da sam ja, ANDREA VUČEMILOVIĆ-GRGIĆ, studentica Učiteljskoga fakulteta u Zagrebu, smjer Diplomski sveučilišni studij ranoga i predškolskoga odgoja i obrazovanja, samostalno provela aktivnosti istraživanja literature i napisala diplomski rad na temu SELEKTIVNI MUTIZAM.

U Zagrebu 02.07.2019.

Andrea Vučemilović-Grgić, univ. bacc. praesc. educ