

# Selektivni mutizam u predškolskoj dobi: Uloga odgojitelja u interdisciplinarnom timu

---

**Pajk, Ana Marija**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2018**

*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:147:362527>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-10-08**

*Repository / Repozitorij:*

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



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

**PREDMET: INKLUZIVNA PEDAGOGIJA**

**ZAVRŠNI RAD**

**IME I PREZIME PRISTUPNIKA: Ana Marija Pajk**

**TEMA ZAVRŠNOG RADA: Selektivni mutizam u predškolskoj dobi: Uloga odgojitelja u interdisciplinarnom timu**

**MENTOR: prof. dr. sc. Dejana Bouillet**

**Zagreb, rujan 2018.**

## SADRŽAJ

<b>SAŽETAK</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>UVOD</b> .....	7
<b>1. TEORIJSKA RAZMATRANJA</b> .....	8
<b>1.1. Etiološki i fenomenološki aspekti selektivnog mutizma</b> .....	8
<b>1.2. Prava i potrebe predškolske djece sa selektivnim mutizmom</b> .....	14
<b>1.3. Uloga odgojitelja u interdisciplinarnom timu</b> .....	19
<b>1.4. Primjeri interdisciplinarnog tretmana djece sa selektivnim mutizmom</b> .	24
<b>2. STUDIJA SLUČAJA</b> .....	30
<b>2.1. Metode analize</b> .....	30
<b>2.2. Rezultati</b> .....	31
<b>2.2.1. Opis dječaka</b> .....	31
<b>2.2.2. Susret roditelja sa selektivnim mutizmom</b> .....	33
<b>2.2.3. Podrška roditeljima u sustavu</b> .....	35
<b>2.2.4. Suradnja s odgojiteljicama i stručnim timom vrtića</b> .....	37
<b>2.2.5. Odnos sa drugom djecom</b> .....	38
<b>2.2.6. Napredak i cjelokupna suradnja</b> .....	39
<b>2.3. Analiza</b> .....	40
<b>3. ZAKLJUČAK</b> .....	43

## SAŽETAK

### SELEKTIVNI MUTIZAM U PREDŠKOLSKOJ DOBI: ULOGA ODGOJITELJA U INTERDISCIPLINARNOM TIMU

Ovaj se rad odnosi na selektivni mutizam koji karakterizira oko 1% djece rane i predškolske dobi, a pripada velikoj grupi posebnih odgojno-obrazovnih potreba djece. Iz tog razloga, djeca kojoj je selektivni mutizam dijagnosticiran imaju pravo i potrebu za pojačanim, individualiziranim, stručnim, odgojno-obrazovnim i rehabilitacijskim oblicima podrške. U tom kontekstu važna uloga pripada odgojitelju predškolske djece, budući da u institucionalnom odgoju djeca provode znatan dio svog djetinjstva, a stručna, odgojno-obrazovna podrška uvelike potiče primjereni razvoj djeteta, što uključuje i smanjivanje simptoma selektivnog mutizma.

Različiti primjeri interdisciplinarnog tretmana pomažu pozitivnoj praksi u svakodnevnom radu odgojitelja sa djecom koja imaju selektivni mutizam. Poticanje suradnje odgojitelja sa terapeutima, roditeljima i mnogim drugim stručnjacima doprinosi djetetovom osjećaju kompetentnosti iz koje proizlazi prihvaćanje različitih metoda pri ostvarivanju interakcija kako s vršnjacima tako i sa odraslima. Također, kompetencije odgojitelja uvelike utječu na razvoj selektivnog mutizma te moguće ishode u svladavanju odnosno povećavanju teškoća. S obzirom da se selektivni mutizam, u velikom broju slučajeva, dijagnosticira u djetinjstvu, glavni utjecaj ima rana intervencija, koja uvelike pomaže u izbjegavanju kasnijih, kontinuiranih nedostataka komunikacije, socijalizacije te sudjelovanja u raznim interakcijama.

Budući da je u pitanju specifična teškoća djeteta, mnogi odgojitelji nemaju dovoljno kompetencija i profesionalnog iskustva koje bi osiguralo da svakom djetetu sa selektivnim mutizmom tijekom predškolske dobi bude dostupna interdisciplinarna podrška. Svrha je ostvarena teorijskom razradom teme i studijom slučaja. Osnovni rezultat studije je da suradnja različitih stručnjaka, roditelja i odgojitelja koja se ostvaruje kontinuirano i sinkronizirano bitno pridonosi napretku i razvoju djeteta, uz istovremeno umanjivanje simptoma selektivnog mutizma.

**Ključne riječi:** selektivni mutizam, interdisciplinarni tretman, odgojitelj predškolske djece, kompetencije odgojitelja, potrebe i prava djece

## **ABSTRACT**

### **THE SELECTIVE MUTISM IN PRESCHOOL AGE: THE ROLE OF EDUCATOR IN THE INTERDISCIPLINARY TEAM**

This paper deals with selective mutism that characterizes up about 1% of early and preschool children and belongs to a large group of special educational needs of children. For this reason, children whose selective mutism is diagnosed, have the right and the need for intensified, individualized, professional, educational and rehabilitative forms of support. In this context, an important role belongs to a child's preschool educator, since in institutional upbringing, children spend a significant part of their childhood, and professional, educational support greatly promotes the proper development of the child, including reducing the symptoms of selective mutism.

Various examples of interdisciplinary treatment help positive practice in day-to-day work with children who have selective mutism. Encouraging cooperation of educators with therapists, parents and many other specialists contributes to the child's sense of competence resulting in the acceptance for different methods of interaction with both peers and adults. In other words, a competent educator increases the chances of better treatment through a variety of case studies calling for parental interviews, family opportunities, child developmental status, and observation in everyday play and non-verbal communication. Considering that selective mutism, in a large number of cases, is diagnosed in childhood, the major influence has early intervention, which greatly helps in avoiding later, ongoing disadvantages of communication, socialization and participation in various interactions. Because of the specific difficulties that child have, many educators do not have enough competency and professional experience to ensure interdisciplinary support for each child with selective mutism during preschool education. The purpose was achieved through theoretical elaboration of the topic and case study. The basic outcome of the case study is to describe the process of reducing the symptoms of selective mutism in a preschool aged boy. Thus, the conclusion is related to the better treatment of selective mutism that is achieved only in cooperation with all parts of the profession, which are responsible for the difficulty itself.

**Key words:** selective mutism, interdisciplinary treatment, preschool children's education, competences of the educator, needs and rights of children

## UVOD

Iako pojam selektivni mutizam postoji već mnogo godina, vrlo malo se pisalo o samoj terminologiji. Svrha samog rada kreće se od definiranja osnovnog pojma te njegovih fenomenoloških i etioloških karakteristika. Mnogi teoretičari vode rasprave o području kojem pripada selektivni mutizam. Neki smatraju da pripada dječjoj psihopatologiji dok ga drugi svrstavaju pod poremećaje u govoru i jeziku. Budući da su djeca nositelji prava, obaveza je odraslih da im osiguraju što bolji sustav podrške u svakodnevnom funkcioniranju sa teškoćom. Roditelji imaju pravo na pristup informacijama (o tome kome se obratiti za pomoć) kada su u potrebi. Svako dijete ima pravo za uključivanjem u ustanove predškolskog odgoja kako bi ostvarilo svoj puni potencijal. Ključnu ulogu u tom sustavu imaju odgojitelji predškolske djece koji posvećuju velik dio svog života odgoju djece od jaslica do škole. Kako bi bili u mogućnosti što bolje odgovoriti na prepreke s kojima će se djeca susretati, odgojitelji trebaju, sa punom odgovornošću, biti spremni na izazove koje donosi selektivni mutizam te cjeloživotno informiranje i učenje o istom. Imajući na umu, nedovoljno obrazovanje odgojitelja za inkluzivnu praksu te nedovoljnu informiranost o specifičnostima selektivnog mutizma, važno je da surađuju sa stručnjacima koji se bave rehabilitacijom selektivnog mutizma. Stručnjaci mogu podržati i poučiti odgojitelje i roditelje u odgoju djece sa selektivnim mutizmom.

Taj oblik suradnje istraživan je pomoću studije slučaja koja je posvećena prikazu trogodišnjeg interdisciplinarnog tretmana dječaka predškolske dobi. Istraživanje se temelji na suvremenim teorijskim spoznajama o potrebama i pravima djece sa selektivnim mutizmom, a uključuje opis dječaka i njegovog života u obitelji i u vrtićkoj skupini te njegov odnos sa odgojiteljicama, promatranje, analizu dokumentacije te intervju dječakove majke.

U zaključku se naglašava uloga odgojitelja u napretku djeteta predškolske dobi, kako u suradnji s članovima interdisciplinarnog tima, tako i u neposrednom odnosu s djetetom i njegovim roditeljima.

## 1. TEORIJSKA RAZMATRANJA

Posljednjih desetak godina broj djece sa selektivnim mutizmom se drastično povećao (Kotrba, 2015). Međutim, specifičnosti te teškoće su općoj populaciji još uvijek uglavnom nepoznate, što uključuje i veliki broj odgojitelja predškolske djece. Teškoća se prvi put spominje prije više od jednog stoljeća, a napredak u razumijevanju teškoće i rehabilitacijskog tretmana postiže se posljednjih godina. Stručnjaci pronalaze povezanost selektivnog mutizma s anksioznosti, biološkim i genetskim faktorima te ukazuju na potrebu njegovog sagledavanja u društvenom kontekstu obitelji i zajednice, ali i na pristup tretmanu koji obuhvaća različite metode i sve važne osobe u djetetovom okruženju (Hadley, 1994).

### 1.1. Etiološki i fenomenološki aspekti selektivnog mutizma

Pojam „selektivni mutizam“ prvi put se spominje 1877. godine kada ga je njemački liječnik Kussmaul nazvao „dobrovoljna afazija“ i opisao kao dobrovoljnu odluku pojedinca da ne govori unatoč tome što može govoriti. Godine 1934. švicarac Moritz Tramer uvodi naziv „elektivni mutizam“ jer je vjerovao da djeca sama izabiru hoće li govoriti ili ne. Naposljetku, 1994. godine *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM – IV) (American Psychiatric Association, 1994) definira termin „selektivni mutizam“. Naziv se mijenja s elektivnog na selektivni mutizam zbog toga što djeca ne mogu „pustiti glas“ u određenim, njima stresnim, situacijama“ (Dodig-Ćurković i sur., 2013, str. 109).

Promjene u terminologiji su posljedica promjena pogleda na teškoću, pri čemu se odustaje od prijašnjih definicija koje su selektivni mutizam označavale kao djetetovo „odbijanje govora“ u stresnim situacijama i sve se više naglašava djetetova „konstantna nemogućnost“ govora u određenoj okolini. Riječ „odbijanje“ je zamijenjena zbog toga što je ukazivala na dječju ljutnju pri kojoj ona odbijaju govoriti (Busse i Downey, 2011). Unatoč dugogodišnjem bavljenju ovom teškoćom, selektivni mutizam i danas ostaje slabo istražen. Zanimljivi su navodi Composana (2011) koja primjećuje povećanje interesa javnosti za selektivni mutizam 2006. godine zbog objave članka „Iza zida tišine“ u američkim novinama „Newsday“ o teškoćama osmogodišnje djevojčice pri pričanju u školi. Interes javnosti za tu temu

pobudila je i tragedija u državi Virginija u kojoj Seung-Hui Cho, kojem je dijagnosticiran selektivni mutizam, 2007. godine ubija trideset i dvoje ljudi na Tehničkom Sveučilištu (Kearney, Vecchio, 2007). „Unatoč tome, i danas je mali broj istraživanja posvećen analizama „tog jedinstvenog stanja“ (Camposano, 2011, str. 46).

Mac (2015) ističe da je selektivni mutizam dijagnosticiran kao opće stanje mentalnog zdravlja koje još uvijek nema točnu dijagnozu zbog činjenice da su znanstvenici i liječnici u nedoumici kako se točno opisuje poremećaj selektivnog mutizma. Posebice se to odnosi na djecu predškolske dobi koja će u nekim situacijama pokazivati sramežljivost ili pak uznemirujuće ponašanje, a upitno je hoće li ono biti unutar uobičajenih granica ili se radi o „klinički značajnim simptomima“. Međutim, „nedijagnosticirana“ djeca sa selektivnim mutizmom imaju problem s govorenjem u određenim situacijama u društvu, a zbog izostanka dijagnoze, ostaju bez primjerene podrške. Često se događa da se roditelji trude prevladati taj problem tehnikama prilagođavanja dječjeg ponašanja, što ne dovodi do očekivanih rezultata. Ako se djetetu ne osigura primjereni tretman i podrška, ona ne napreduju, njihov problem s vremenom postaje sve veći, a „tišina“ produljuje socijalnu izolaciju djeteta.

Kearny (2010) je istražujući povijest selektivnog mutizma naišao na mnoge pojmove kojima je opisivani u mnogim profesijama, kao što su pedagogija, psihologija, psihijatrija i pedijatrija. Ti su pojmovi prikazani u tablici 1.

**Tablica 1.** Termini koji su se kroz povijest koristili za pojam selektivnog mutizma

Govorna fobija	Idiogenski mutizam
Govorna sramežljivost	Djelomični mutizam
Govorna smetnja	Psihogeni mutizam
Izbjegavanje govora	Heinzianov mutizam
Potisnuti govor	Psihološki mutizam
Slušno nijemi poremećaj	Specifično-situacijski mutizam
Naučeni mutizam	Privremeni mutizam
Timogenski mutizam	Funkcionalni mutizam
Svojevoljni mutizam	Eklektivni mutizam

**Izvor:** Kearny A. K. (2010). *Helping children with Selective Mutism and Their parents: A guide for School-Based Professionals*, str. 4



Selektivni mutizam se očituje u djetetovoj nemogućnosti govora u određenim situacijama. To znači da djeca sa tom vrstom poremećaja ne govore u određenim situacijama unatoč njihovom razumijevanju jezika i govora. Najčešće kod kuće pričaju sasvim normalno, štoviše, vole biti u centru pozornosti sa svojim pričama, a u drugi sredinama šute (Mac, 2015). Johnson i Wintgens (2016) smatraju da je za dijagnosticiranje selektivnog mutizma potrebno određena vremenska ustrajnost u odbijanju govora, najmanje jedan mjesec. Autori pojam mutizma opisuju kao vrstu straha koja djeci onemogućava da govore, pa postaju panični (kao da su zaleđeni) i ne mogu ispustiti zvuk. Ta je panika toliko stresna da dijete nastoji što je moguće više izbjegavati situacije u kojima se pojavljuje. Djeca žele komunicirati, ali su toliko uplašena da se ne usuđuju i ne mogu ispustiti ni jedan glas. Mogu se, međutim, služiti gestama, šaputati, pisati ili koristiti neki prilagođeni glas. Ipak, treba znati da ne postoje dva djeteta čiji je poremećaj jednak.

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku DSM-5 (2014), selektivni mutizam se opisuje kao poremećaj u djetinjstvu koji je karakteriziran nesposobnošću govora u određenim okolnostima. Konkretno, manifestira se dosljednom nemogućnošću govora u nekim društvenim situacijama gdje postoji prirodno očekivanje govora. Primjerice, dijete se može verbalno izražavati kod kuće, ali ne može govoriti u vrtiću. Sve u svemu, ne može se svrstavati pod komunikacijski poremećaj, ni pod psihički poremećaj kao ni pod pervazivni razvojni poremećaj (Jukić i Arbanas, 2014).

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – jedanaesta revizija (2018) selektivni mutizam svrstava pod anksiozni ili strahom povezani poremećaj koji se karakterizira kao dosljedna selektivnost u govoru, u kojoj dijete pokazuje odgovarajuću jezičnu kompetenciju u specifičnim društvenim situacijama, tipično kod kuće, ali dosljedno ne govori u drugim (njemu stresnim situacijama), obično u vrtiću. Poremećaj mora trajati barem jedan mjesec. Međutim, ako je dijete tek krenulo u vrtić, trajanje mutizma produljeno je na šest mjeseci uzastopnog praćenja zbog njegove prilagodbe na novu okolinu. Simptomi selektivnog mutizma ometaju dijete u njegovim obrazovnim postignućima i sprječavaju mu mogućnost društvene komunikacije. Osim toga, nemogućnost govora ne postoji zbog djetetovog

nedostatka znanja već neugode govorenja određenog jezika u nekim društvenim situacijama (često kod bilingvalne djece).

Postoje autori (McHolm, Cunningham, Vanier, 2005; Kotrba, 2015) koji smatraju da je selektivni mutizam uzrokovan prirodom djeteta i djelovanjem vanjskih faktora na dijete, a posebno odnosom djeteta s roditeljima, odgojiteljima i vršnjacima. Istraživanja potvrđuju postojanje različitih faktora nastanka selektivnog mutizma koji se dijele u tri grupe. To su predispozicijski, precipitirajući i perpetuirajući faktori (Perednik, 2011).

Kod predispozicijskih faktora dijete je tjeskobno, sramežljivo, preosjetljivo te može imati obiteljsku povijest sramežljivosti, tjeskobnosti ili selektivnog mutizma. Može se raditi o tjeskobnom roditelju zbog kojeg dijete usvaja takav model ponašanja, oštećenju govora, dvojezičnosti, lošoj slici o sebi povezanoj s govorom (ne vole čuti svoj glas u javnosti) i o teškoćama u učenju.

Precipitirajući se faktori odnose na sam nastanak selektivnog mutizma. Oni uključuju loš pristup obitelji, škole ili vrtića prema djetetovom početku teškoće, česte selidbe obitelji koje mu mogu dodatno otežati situaciju, djetetovo pripadanje određenoj jezičnoj manjini ili negativnim reakcijama na djetetov govor (razni oblici nasilja od strane vršnjaka nad njim).

Perpetuirajući faktori odnose se na kontinuitet izloženosti djeteta situacijama koje dovode do selektivnog mutizma, sve ga više učvršćuju i djetetu postaje sve teže nositi se s teškoćom. Odnose se na socijalnu te geografsku izolaciju djeteta, pogrešne dijagnoze te nedostatak rane i odgovarajuće intervencije. Nadalje, mogu obuhvaćati manjak razumijevanja od strane odgojitelja, obitelji i psihologa, povećanu razinu tjeskobnosti djeteta zbog izloženosti pritisku govorenja, nesposobnosti prenošenja neverbalnih poruka te nedostatka vjere od strane djetetu bitnih osoba u njegovu sposobnost da prevlada selektivni mutizam.

Bergman (2013) ističe da kombinacija dva ili više etioloških faktora povećavaju šanse za razvoj selektivnog mutizma, a otvara se prostor i za progresiju teškoće u ozbiljnije psihičke bolesti.

Neurobiolozi smatraju da nastanku selektivnog mutizma doprinosi povišena razina kortizola koja dovodi do toga da djeca trebaju višu razinu zvuka za reflektivnu

reakciju srednjeg uha (Fehm-Wolfsdorf, 1993 prema Perednik, 2011). Drugi autori (Dodig-Ćurković i sur., 2013) ukazuju na povezanost genskih predispozicija za anksioznost i selektivnog mutizma. Smatraju da se djeca rađaju sa tzv. „inhibiranim temperamentom“ odnosno da već u novorođenačkoj dobi pokazuju strah od novih i nepoznatih situacija.

Jasno je da etiologija nastajanja selektivnog mutizma nije još u potpunosti utvrđena, a mnogo je pažnje posvećeno utjecaju rane traume kod djece te obiteljskih problema općenito na nastanak selektivnog mutizma. U literaturi je mnogo pozornosti posvećeno tezi da rana trauma i problemi u obitelji (npr. rana hospitalizacija, smrt voljene osobe, rastava roditelja, česte selidbe obitelji) doprinose razvoju selektivnog mutizma, a neki ih autori smatraju primarnim faktorom u razvoju selektivnog mutizma (Wintgens, Johnson, 2001; Mac, 2015). Međutim, Dummit i sur. (1997) svojim istraživanjem provedenim na uzorku djece i roditelja koji su povezani s ranom traumom nisu pronašli ni jedan dokaz koji bi potvrdio povezanost rane traume i selektivnog mutizma, pa se taj pristup smatra nedokazanim.

Zagovaratelji psihodinamske teorije (Kratochwill, Johnston, Carlson, 1981) tvrde da selektivni mutizam nastaje kao djetetova reakcija na neriješeni konflikt s roditeljima ili skrbnicima da steknu kontrolu nad nekim aspektom djetetovog života. Sličnog su stajališta teoretičari obiteljskih sustava koji smatraju da se selektivni mutizam može razviti kao proizvod sukobljenih obiteljskih odnosa (Anstendig, 1998). Bihevoristi pak, zastupaju općeniti zaključak da je selektivni mutizam rezultat negativno orijentiranih obrazovnih obrazaca koji uče djecu da se koriste tišinom kao metodom kojom će kontrolirati i smanjiti njihovu tjeskobu u određenim stresnim situacijama (Krysanski, 2003).

Novija istraživanja proučavaju povezanost selektivnog mutizma i ponašanja u odrasloj dobi te dovode do zaključka da su mnoga djeca koja su imala poteškoća sa selektivnim mutizmom u odrasloj dobi stvorila fobiju od ljudi (Hulquist, 1995). Znanstvenici koji posvećuju svoja istraživanja povezanosti mutizma i razvojnih poremećaja pronalaze vezu između komplikacija u trudnoći ili pri porodu s poremećajima spavanja te poteškoće sa jelom (Mac, 2015; Kearney, Vecchio, 2007).

Teoretičari koji su prikupljali razne informacije o roditeljima i samoj djeci sa selektivnim mutizmom došli su do zaključka da se selektivni mutizam najčešće

pojavljuje u dobi od dvije do pet godina (Cline, Baldwin, 2004; Cohan i sur., 2006). Budući da se pojavljuje u razdoblju ranog djetinjstva, vidljiva je povezanost selektivnog mutizma sa separacijskim strahom. Roditelji najčešće navode da njihovo dijete da pri samom spominjanju odlaska u vrtić i razdvajanja pokazuju strah i tjeskobu. Dok jedni imaju strah od polaska u vrtić, drugi imaju problema sa spavanjem u krevetu te spavaju s roditeljima, kako bi izbjegli strah od toga da će se njima ili njihovim bližnjima nešto dogoditi (McHolm, Cunningham, Vanier, 2005).

Cline i Baldwin (2004) navode da se selektivni mutizam pojavljuje u šest do osam slučajeva na populaciji od otprilike 1000 djece ali ni to se ne može sa sigurnošću zaključiti zbog postojanja različitih razvojnih, psiholoških, društvenih te mnogih drugih faktora koji u to vrijeme još nisu bili dovoljno istraženi. Većina studija, neovisno o tome pridaju li važnost ponašanju ili inteligenciji, nemaju sistematsku akademsku procjenu već su oslonjene samo na procjene roditelja, upitnike i/ili telefonske razgovore.

Prema tome, može se zaključiti da se selektivni mutizam opisuje isključivo kao anksiozni poremećaj te se ne može svrstavati ni pod komunikacijske poremećaje, pervazivno razvojne te psihotične poremećaje. Selektivni mutizam se manifestira kroz (Kotrba, 2015):

- simbitoički mutizam (možemo ga nazvati tako zbog simbiotičkog odnosa koje dijete ima sa bliskom odraslom osobom, međutim može imati podređeni ili manipulativni odnos s drugima)
- mutizam kao govorna fobija (vrsta mutizma koju obilježavaju ritualizirana ponašanja i strah od vlastitog glasa)
- reaktivni mutizam (vrsta mutizma u kojoj se dijete povlači u sebe te također manifestira karakteristike depresije koja je najčešće povezana sa nekom traumom) te naposljeku
- pasivno-agresivni mutizam (kojeg obilježava upotreba šutnje kao „oružja“ i neprijateljski stav).

Odgoj i tretman djece sa selektivnim mutizmom predstavlja izazov kako za roditelje i odgojitelje tako i za razne stručnjake koji su povezani sa multidisciplinarnim tretmanom poput: psihologa, terapeuta, pedijataru te mnogih drugih.

Posebna pozornost treba se posvetiti boljem obrazovanju i školovanju terapijskih stručnjaka i osoba koje rade sa djecom (Kostelnik i sur., 2002). Budući da se selektivni mutizam najčešće pojavljuje u dobi od tri do šest godina, vrlo je važna rana intervencija za djecu koja još uvijek nemaju postavljenu dijagnozu jer problem s vremenom neće nestati, nego će se pojačavati.

## **1.2. Prava i potrebe predškolske djece sa selektivnim mutizmom**

„Zadovoljenje različitih potreba predškolske djece sa selektivnim mutizmom zahtjeva sustavan, sveobuhvatan i participativni pristup, kako bi se izbjegle nepodudarnosti postojećeg sustava podrške i stvarnih potreba djece te njihovih obitelji, koje su nažalost još uvijek prisutne. Pretpostavka za ostvarivanje bilo kojeg prava jest svijest o tome da to pravo postoji, da je dostupno i primjenjivo te da je sustav odgovoran za upućivanje roditelja gdje se obratiti za pomoć njihovom djetetu. S obzirom na to da je Republika Hrvatska Ustavom određena kao socijalna država, obvezala se stvarati socijalne, kulturne, odgojne, materijalne i druge uvjete kojima se promiče ostvarivanje prava na dostojan život, a djeci sa teškoćama osigurava pravo na osobitu njegu, obrazovanje i skrb ( čl. 58, 63. i 65. Ustava RH)“ (Bouillet, 2014, str. 6).

Prema tome, potrebno je pobliže objasniti temelj prava djeteta, a to je *Konvencija o pravima djeteta* (2001). Konvencija sadrži univerzalne standarde koje država stranka mora jamčiti svakom djetetu, pa tako i predškolske djece sa selektivnim mutizmom. Za razliku od Deklaracije o pravima djeteta (1959) koja ima moralnu snagu, Konvencija o pravima djeteta je „pravni akt koji ima snagu zakona i obvezuje stranke na pridržavanje njezinih odredaba te uključuje pravo nadziranja primjene u državama koje su ju prihvatile i ratificirale“ (Konvencija UN-a o pravima djeteta, 1989). Jedno od općih načela je da djeca ne smiju trpjeti diskriminaciju neovisno o rasi, spolu, boji kože, jeziku, vjeri, nacionalnom, etničkom ili društvenom podrijetlu, vlasništvu, političkom ili drugom mišljenju, teškoćama u razvoju, rođenju ili drugom statusu djeteta, njegovih roditelja ili zakonskih skrbnika.

Prava djece s teškoćama propisana su člankom 23. Konvencije koji glasi:

1. Države stranke priznaju da dijete s teškoćama u duševnom ili tjelesnom razvoju treba voditi ispunjen i pristojan život u uvjetima koji jamče dostojanstvo, jačaju djetetovo oslanjanje na vlastite snage i olakšavaju njegovu djelatno sudjelovanje u zajednici.
2. Države stranke priznaju djetetu s teškoćama u razvoju pravo na posebnu skrb te će, ovisno o raspoloživim sredstvima, poticati i osiguravati svakom takvom djetetu kao i onima koji su odgovorni za njegovu skrb, pružanje pomoći koju zatraže i koja je primjerena stanju djeteta i uvjetima u kojima žive njegovi roditelji ili drugi koji skrbe za njega.
3. Priznajući djetetu s teškoćama u razvoju posebne potrebe, pružanje pomoći prema stavku 2. ovog članka bit će besplatno kad god je to moguće, uz uvažavanje materijalnih mogućnosti djetetovih roditelja ili drugih osoba koje o njemu skrbe, te će biti organizirano tako da djetetu s teškoćama u razvoju osigura djelotvoran pristup obrazovanju, stručnoj izobrazbi, zdravstvenim službama rehabilitacijskim službama, pripremi za zapošljavanje i mogućnostima razvoja, što mu omogućuju puno uključivanje u zajednicu i osobni razvoj, uključujući njegov kulturni i duhovni napredak.
4. Države stranke će u duhu međunarodne suradnje promicati razmjenu najvažnijih obavijesti iz područja preventivne zdravstvene zaštite te medicinskog, psihološkog i funkcionalnog tretmana djece s teškoćama u razvoju, uključujući širenje i pristup obavijestima o metodama rehabilitacije, obrazovanja i izbora zanimanja, kako bi unaprijedile sposobnosti i vještine te proširile domaća iskustva u tim područjima. S tim u vezi, osobita pozornost posvetit će se potrebama zemalja u razvoju.

S obzirom da se samo članak 23. Konvencije tiče problema djece sa teškoćama, Odbor za prava djeteta smatra da su taj članak, te Konvencija općenito, ostavili dosta prostora za raspravu, jer se kroz vrijeme pokazalo da se raspon i ozbiljnost povreda ljudskih prava nisu znatno smanjili. Stoga Odbor za ljudska prava UN-a smatra da su države članice odgovorne za navedeni problem te da se u suradnji sa nacionalnim stručnjacima može mnogo napraviti (Landsdown, 2011).

Pri tome važnu ulogu ima *Konvencija o pravima osoba s invaliditetom* (2007) koja člankom 7. propisuje temeljna prava djece s teškoćama u razvoju<sup>1</sup>:

1. Države potpisnice osigurat će sve potrebne mjere kako bi zajamčile djeci s teškoćama u razvoju puno uživanje ljudskih prava i temeljnih sloboda ravnopravno s drugom djecom.
2. U svim aktivnostima koje se odnose na djecu s teškoćama u razvoju prvenstveni će značaj biti pridat najboljim interesima djeteta.
3. Države potpisnice osigurat će da djeca sa teškoćama u razvoju imaju pravo slobodno izraziti svoje stavove o svim pitanjima koja ih se tiču, a njihovi stavovi će se razmatrati sukladno njihovoj dobi i zrelosti, ravnopravno s drugom djecom, a u ostvarivanju toga prava bit će im pružena pomoć u skladu s razinom teškoća u razvoju i uzrastom.

Prava predškolske djece sa selektivnim mutizmom u Hrvatskoj trebala bi biti sastavni dio *Zakona o predškolskom odgoju i obrazovanju* (Narodne novine, br. 10/97, 107/07 i 94/13) koji uređuje predškolski odgoj i obrazovanje te skrb o djeci predškolske dobi. Njime je propisano da se u dječjem vrtiću ostvaruje:

- redoviti program njege, odgoja, naobrazbe, zdravstvene zaštite, prehrane i socijalne skrbi djece predškolske dobi, koji su prilagođeni razvojnim potrebama djece te njihovim mogućnostima i sposobnostima
- programi za djecu s teškoćama u razvoju
- programi za darovitu djecu predškolske dobi
- programi za djecu pripadnika nacionalnih manjina
- programi predškole
- programi ranog učenja stranih jezika i drugi programi umjetničkog, kulturnog, vjerskog i športskog sadržaja.

---

<sup>1</sup> Iako se selektivni mutizam u užem smislu ne može smatrati teškoćom u razvoju, nedvojbeno je da djeca s tom vrstom poteškoća pripadaju grupi djece s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama, pa ostvaruju prava temeljena i na ovoj Konvenciji.

Prema Zakonu, vrstu i stupanj teškoće u razvoju djeteta te potrebu odgovarajućih uvjeta za njegu, odgoj i zaštitu djece s teškoćama u razvoju, na prijedlog liječnika primarne zdravstvene zaštite, utvrđuje stručno povjerenstvo ustrojeno prema zakonu kojim su uređeni odnosi u području socijalne skrbi. Ovisno o potrebama djece i zahtjevima roditelja, predškolska ustanova može izvoditi programe sukladne odredbama *Državnog pedagoškog standarda predškolskog odgoja i naobrazbe* (2008). U ostvarivanju programa dužna je stvarati primjerene uvjete za rast i razvoj svakog djeteta, dopunjavati obiteljski odgoj i svojom otvorenosti uspostaviti djelatnu suradnju s roditeljima i neposrednim dječjim okruženjem.

Međutim, ne postoji pravilnik koji bi osigurao standardiziranu pozitivnu praksu interdisciplinarnog tretmana predškolske djece sa selektivnim mutizmom u dječjem vrtiću, kao što postoji *Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju* (Narodne novine, br. 24/15).

Djeca s teškoćama, pa i djeca sa selektivnim mutizmom, zahtijevaju osiguravanje uvjeta usklađenih s njihovim potrebama. Njihove posebne odgojno-obrazovne potrebe zahtijevaju osiguravanje primjerenog oblika pomoći, odnosno dostupnost programa i oblika odgoja i obrazovanja uz profesionalnu potporu i pedagoško didaktičku prilagodbu. Nadalje, odgoj i obrazovanje djece mora se temeljiti na načelima prihvaćanja različitih osobitosti djece, osiguravanja uvjeta i potpore za ostvarivanje maksimalnog potencijala svakog djeteta te izjednačavanje mogućnosti za postizanje najvećeg mogućeg stupnja obrazovanja, kao što je to propisano za osnovno i srednjoškolsko obrazovanje djece s teškoćama. Osobito je važno osigurati poštivanje stručnih i etičkih normi te osiguravanje tajnosti prikupljenih podataka radi zaštite prava i interesa djeteta te učiniti dostupnom profesionalnu multidisciplinarnu potporu djeci i roditeljima. Profesionalnu potporu u obrazovanju i razvoju predškolskog djeteta sa selektivnim mutizmom čine osposobljeni i educirani odgojitelji, stručnjaci edukacijsko-rehabilitacijskog profila (edukacijski rehabilitator, logoped, socijalni pedagog), drugi stručni suradnici dječjeg vrtića, zdravstvena voditeljica, stručnjaci iz ustanova socijalne skrbi, zdravstvenih ustanova te drugih specijaliziranih ustanova, savjetnici agencija nadležnih za odgoj i obrazovanje, stručni timovi, centri potpore, stručnjaci iz civilnog sektora i mnogi drugi. Stručnjaci raznih profila koji su povezani u multidisciplinarnom pristupu imaju svoje uloge, no posebno važna uloga pripada stručnom timu predškolske ustanove. On



podrazumijeva interdisciplinarnu službu potpore odgojiteljima u radu sa djecom sa teškoćama te im pruža stručnu, savjetodavnu i edukativnu potporu.

Bouillet (2018) temeljem analize zakonskih prava djece s teškoćama u Hrvatskoj zaključuje da su zakonski i podzakonski propisi još uvijek temeljeni na modelu deficita, što znači da djeci s teškoćama pristupaju s aspekta njihovih ograničenja i nemogućnosti. Ovaj zaključak proizlazi iz zakonske terminologije, ograničavanja mogućnosti inkluzivnog odgoja i propuštanja osiguravanja kvalitete predškolskih programa. Na propuste u osiguravanju dostupnosti prava djeci s teškoćama u predškolskoj dobi, upućuje i *Izješće o radu pravobraniteljice za djecu* (2018, str. 59-60): „Tijekom 2017. godine primili smo 90 prijava pojedinačnih povreda prava djece s teškoćama u razvoju (TUR) na odgoj i obrazovanje. Lagani porast broja prijava bilježi se u području predškolskog sustava odgoja i obrazovanja. Područja u kojima se kontinuirano krše prava djece s TUR su osiguravanje podrške za djecu u vidu pomagača u vrtiću i provedba primjerenog programa školovanja. Suradnja na relaciji vrtić-roditelj i nadalje se prečesto može okarakterizirati kao otežana, neredovita, neprimjerena, ozbiljno narušena, bez osjećaja povjerenja i uvažavanja. U usporedbi s prošlom godinom, smanjen je broj prijava u području osiguravanja podrške za djecu s TUR u vidu asistenta u vrtiću i/ili komunikacijskih posrednika. Naime, u sustavu predškolskog odgoja i obrazovanja najizraženija je problematika upisa djece s TUR u vrtić, opsega boravka u vrtiću te osiguravanja podrške pomagača u vrtiću. U više prijava su uočeni propusti vezani uz nepoštovanje Državnog pedagoškog standarda predškolskog odgoja i naobrazbe u odnosu na broj djece u grupi i nedovoljan broj odgojitelja te izradu, praćenje i realizaciju opservacijskog plana i programa, dosjea i individualiziranog odgojno-obrazovnog programa (IOOP) .... Štoviše, ponovno se uočava problem komunikacije na različitim razinama unutar samoga vrtića (odgojitelj-stručni tim-zdravstveni voditelj) i na relaciji vrtić-roditelji. „Prema podacima Ministarstva znanosti i obrazovanja u pedagoškoj godini 2017./2018. ukupno je 6.634 djece s teškoćama pohađalo vrtić. Većina djece je integrirana u redovite programe dječjeg vrtića (95,1%) dok manji dio djece pohađa posebne odgojno-obrazovne skupine (4,1%). Osim u vrtiću, veći dio djece posebne odgojno-obrazovne skupine pohađa pri centrima za odgoj i obrazovanje (5,4%)“

Sve u svemu, može se zaključiti da su prava djece s teškoćama definirana, ali su djeca i roditelji još uvijek suočeni sa širokim rasponom ozbiljnih povreda njihovih ljudskih prava.

### **1.3. Uloga odgojitelja u interdisciplinarnom timu**

Odgoj kao temelj našeg bića, ono što jesmo, sa svojim navikama, vrijednostima, vrlinama i manama se ne može svesti samo na jednu definiciju jer postoje mnogi aspekti odgoja pomoću kojih se razvijaju fizičke i psihičke osobine djeteta (Bratanić, 1993). Ravlić (2006) u Hrvatskoj enciklopediji odgoj općenito opisuje kao proces izgrađivanja, razvijanja i oblikovanja djeteta u njegovim ljudskim odlikama. Za njega, „odgoj ima opće, društveno-povijesno i individualno značenje. Na individualnoj razini obuhvaća djetetov razvoj na tjelesnome, intelektualnome, moralnome, estetskom i radnome području; oblikovanje racionalne, emocionalne i voljne sfere; stjecanje potrebnih znanja, umijeća i navika, razvijanje intelektualnih snaga i sposobnosti, izgradnju karakternih crta i svih pozitivnih odlika ljudske osobnosti“ (Ravlić, 2016, str. 121). U pedagoškom smislu, odgoj je svjesna, namjerna, društveno organizirana, pedagoški osmišljena djelatnost radi ostvarivanja ljudskih težnji postizanja ideala i odgojne svrhe – izgrađivanja potpunih i uljuđenih ljudskih osobnosti. Odgoj ima svrhu i zadaće, obrazovna dobra i odgojne vrijednosti, organizacijske oblike, metode i sredstva ostvarivanja (Vujčić, 2013). Provodi se u sklopu odgojnih okruženja kao što su obitelji, vrtići, škole. Što su ta okruženja usuglašenija, odgajanje je učinkovitije. Područja odgoja se ostvaruju tjelesnim, intelektualnim, moralnim, estetskim i radnim odgojem (Rakić, Vukušić, 2008). S obzirom na dob odgajnika, odgoj se dijeli na: predškolski, školski, visokoškolski i odgoj odraslih (Maleš, 2012). Prema mjestu odgojnoga rada odgoj možemo podijeliti na : obiteljski, institucijski (vrtićki, školski, domski) i odgoj u slobodnom vremenu (Mušanović, Lukaš, 2011).

Predškolska djeca sa selektivnim mutizmom se često drugačije ponašaju unutar obiteljskog i institucijskog odgoja. Obiteljski se odgoj opisuje kao prihvaćajući stil odgoja, pun podrške te potpuno otvoren razvoju djetetovog samopouzdanja i povjerenja. Od roditelja se u tom odgoju očekuje da „naprave pomak od odgoja za

poslušnost prema odgoju za odgovornost, kreativnost i kritičko mišljenje“ (Bergmann, 2007, str. 124). Da bi to mogli, roditelji trebaju promijeniti sliku djeteta kao pasivnog primatelja utjecaja odraslih u sliku aktivnog, kompetentnog pojedinca sposobnog na interakciju i djelovanje. Obiteljski odgoj promatra dijete kao subjekta koji ima pravo na iznošenje mišljenja, pravo da ga se sasluša, i kad je moguće, uzme u obzir (Pranjić, 2001). Pećnik i Tokić (2008) navode četiri ključna elementa koja moraju biti zastupljena u roditeljstvu, a to su njega, strukturiranost roditeljstva (postavljanje granica), prepoznavanje djetetovih potreba i osnaživanje djeteta. Juul (2008) u svoj koncept roditeljskog vođenja uključuje roditeljski autoritet, međusobni dijalog, zanimanje za dijete, uključenost u njegov život i prepoznavanje djetetovih potreba. Bez obzira na moguće razlike u određivanju roditeljske uloge, većina suvremenih autora smatra da roditelji trebaju postavljati jasne granice djetetu kako bi mu osigurali okruženje u kojem će stjecati životno važne vještine. Dijete kompetenciju razvija kroz aktivnost, pa stoga dobar odgoj predstavlja pružanje prilike djetetu da u svakodnevnim situacijama donosi odluke, rješava probleme i uči se odgovornosti (Maleš, 2012).

Jednako je bitan i institucijski predškolski odgoj. Predškolski odgoj „omogućuje djetetu razvoj svih njegovih potreba i želja te prilagođava svoje odgovore različitim stilovima i sposobnostima djece“ (Slunjski, 2011, str. 219). Za razliku od obiteljskog odgoja, u kojem su djeca sa selektivnim mutizmom najčešće opuštena i slobodno se izražavaju, institucionalni odgoj je često pozicioniran tamo gdje je „simptom nepričanja najjači“ (Perednik, 2011, str. 41). Da ne bi bilo tako, važno je da odgojitelji drugačije planiraju i provode svoj rad te sudjeluju u raznim multidisciplinarnim tretmanima djece sa selektivnim mutizmom (Šagud, 2006).

U procesu odgoja na dijete ne djeluju samo riječi nego cjelokupno ponašanje i osobnost odgojitelja (Slunjski, 2003). Odgojitelj bi trebao poznavati individualne potrebe svakog djeteta. Prvenstveno, treba poznavati i svoje vlastite potrebe jer nepoznavanjem vlastitih potreba, onemogućuje kvalitetan utjecaj odgoja na dijete. S obzirom na načine na koje zadovoljavaju svoje potrebe, odgojitelji se međusobno razlikuju. Ovisno od osobe do osobe, imaju različita pedagoška i psihološka znanja, različitu strukturu osobnosti, životni stil, preferencije... Njihov temperament, uvjerenja, vrijednosti i svjetonazori uvelike utječu na to kakav će biti njihov pristup

prema djeci, kako će komunicirati te poticati djecu da međusobno komuniciraju. Kompetencije odgojitelja očituju se u razini znanja, sposobnosti da izvodi ili djeluje u određenom trenutku (Mijatović, 2000). Mnogi teoretičari (prema Slunjski, 2003) smatraju da su kompetencije odgojitelja, uz poznavanje znanosti, određene načinom na koji obavljaju svoju profesionalnu zadaću. U vezi s tim, kompetencije i znanja odgojitelja čine teorije djetetova razvoja i učenja (s kojima je odgojitelj vrlo dobro upoznat), predškolskog kurikuluma, organizacije okruženja, sposobnosti pravilne procjene djetetovih potreba i umijeća dobre komunikacije (Slunjski, Šagud, Brajša-Žganec, 2006). Način na koji odgojitelj uči i poučava djecu odražava njegovu socijalnu pozadinu, biografiju, aspiracije ili frustracije te moguću potporu ili nedostatak potpore, kako kolega tako i roditelja te krajnjih subjekata odgoja, a to su djeca (Smyth, 1999). Kompetentan odgojitelj je sposoban prepoznati individualne potrebe djeteta, poznaje načine na koje dijete uči te kako dolazi do spoznaje, sposoban je vrlo dobro opisati procjenu djetetova uspjeha kao i alternativne strategije učenja i njihove učinke na cjelokupan razvoj i odgoj (Slunjski, Šagud, Brajša-Žganec, 2006). Uz sve navedene kompetencije, odgojitelj prepoznaje djetetov interes, uviđa djetetove sposobnosti i jake strane (Bouillet, 2010) te zna dokumentirati određene akcije koje doprinose kvaliteti analize i djelovanja na teškoće djeteta (Miljak, 2009).

Iako svaki odgojitelj za sebe smatra da je kompetentan, unaprjeđivanje profesionalne prakse u radu s djecom sa selektivnim mutizmom podrazumijeva samorefleksiju, odnosno refleksiju na vlastiti rad. Iz tog je razloga važno da vrtići budu organizacije koje uče, odnosno da budu usmjeravani na cjeloživotno obrazovanje odgojitelja. Odgojitelj se u tom procesu od posrednika znanja pretvara u aktivnog stvaratelja znanja, a mijenja se i način razmišljanja praktičara te se stvaraju nove ideje u odgojno-obrazovnoj praksi (Slunjski, Šagud, Brajša-Žganec, 2006). Radi se o osvještavanju vlastitih i tuđih stajališta, stavova, mišljenja te o učenju putem istraživanja, rasprava i komunikacije (Zrilić, 2011).

Odgojiteljima koji su učili i poučavali djecu prema tradicionalnom modelu je dosta teško prilagoditi se suvremenim očekivanjima od predškolskog odgoja. Tradicionalni tip odgojitelja svoj rad temelji na pretpostavci da odrasli sve „znaju“, a djeca to „ne znaju“ (ili vrlo malo znaju) pa je odgojitelj tu da dijete svemu pouči te da odlučuje

umjesto njih o njihovim aktivnostima, a kvalitetu tih aktivnosti procjenjuje prema kriteriju podudarnosti s ranije definiranim očekivanjima odraslih (Slunjski, 2012).

Naravno, taj tip odgojitelja može uvelike pogoršati stanje djeteta sa selektivnim mutizmom. Dijete sa selektivnim mutizmom često pokazuje nenametljivo ponašanje u prostorijama dječjeg vrtića. Najčešće se igra izolirano od ostatka grupe, eventualno s jednim prijateljem te ne komunicira verbalno. Ako mu se odgojitelj obrati, reagira kimanjem glave ili drugačijom neverbalnom komunikacijom pokazuje primitak poruka, a može se i „smrznuti od straha“ te će u određenoj pozi ostati stajati dok odgojitelj ne makne pozornost s njega ili nje (Perednik, 2011, str. 7).

Moguće je da odgojitelj prije komunikacije sa stručnim timom sam donosi odluke za koje smatra da su povoljne za razvoj djeteta, a one nisu utemeljene na suvremenim spoznajama o potrebama djece sa selektivnim mutizmom. Upravo je ovo jedan od mnogih primjera koji se svakodnevno u sustavu događaju djeci i roditeljima te na kraju i odgojiteljima koji nastoje činiti dobro, a štete razvoju djeteta. Neki odgojitelji u najboljoj namjeri pribjegavaju „najlakšem“ sustavu pridobivanja pažnje i uvjeravanja djeteta da govori. Radi se o primjeni metode nagrada i kazne i koje, dugoročno gledajući, pogoršavaju mutizam. Štoviše, postoji dosta odgojitelja koji djetetovo negovorenje doživljavaju izrazito frustrirajućim. Neki „nepričanje“ doživljavaju previše osobno te sebe krive za djetetovu teškoću (Slunjski, 2011). Među ostalim, selektivni mutizam ostaje nedijagnosticiran i zbog toga što osobe koje bi ga trebale prepoznati pribjegavaju opravdanjima, izbjegavanju suočavanja s teškoćom i nisu spremne učiniti iskorak za pomoć djetetu (Bouillet, 2010).

Kompetentni odgojitelji ne procjenjuju iskaze djeteta i ne nameću svoja objašnjenja već ispituju, istražuju te zajedno sa djecom dolaze do rješenja. Odgojitelji koji razvijaju suvremen pristup odgoju svoja znanja ne nameću djeci, već uvažavanjem i prilagođavanjem te u suradnji sa djecom stvaraju nešto novo, nepoznato njemu i djetetu (Došen-Dobud, 2005) Polazi se od stava da dijete ima mnogo intuitivnih znanja a odrasli mu treba stvoriti uvjete da postojeća znanja propituje i nadograđuje. Odgojitelj treba poznavati trenutačno djetetovo znanje i razumjeti genezu njegovih problema. Samo na taj način može u pravo vrijeme osigurati resurse koje djetetu trebaju za daljnju nadogradnju znanja koje svako dijete gradi za sebe. Prema tome, suvremeni kompetentan odgojitelj je spreman na osluškivanje djeteta i njegovih

potreba u cjelini, a manje se fokusiran na vlastitu interpretaciju stvarnosti (Bašić i sur. 2005).

Iz navedenog proizlazi da će dijete sa selektivnim mutizmom prije pokušati verbalizirati te se povjeriti odgojitelju koji je otvoren na suradnju te formira ravnopravan odnos s djetetom (Cline, Baldwin, 2004). Taj je odgojitelj svjestan djetetove anksioznosti, straha i tjeskobe od „pričanja“ te djetetu daje vremena koliko mu je potrebno, promatra ga, surađuje sa stručnim timom vrtića, sudjeluje u individualnim konzultacijama s roditeljima te uvažavajući multidisciplinarni tim, aktivno sudjeluje u svladavanju teškoće djeteta. Kompetentan odgojitelj ništa ne prepušta slučaju, već pažnju posvećuje razgovorima s roditeljima te interakciji s djetetom. Odgojitelj se informira kod roditelja o djetetovom obrazovnom i socijalnom razvoju kako bi spoznao o čemu se radi te kako bi mogao u budućim interakcijama s djetetom potaknuti promjenu (Kearny, 2010). Odgojitelji koji su upućeni u fenomenologiju selektivnog mutizma znaju „da dijete sa tom vrstom teškoće pati. On, za razliku od većine svojih vršnjaka ne može biti svoj, slobodno izraziti svoje osjećaje i potrebe kao što može kod kuće, u svojoj obitelji. Drugim riječima, dijete mora uložiti trud da kontrolira sebe te u određenim situacijama već unaprijed zna da će se trebati izraziti govorom te „aktivira“ svoj obrambeni stav“ (Mac, 2015, str. 37). Odgojitelj bi trebao znati i prepoznati djetetovu iscrpljenost konstantnom razinom svijesti, kontrole i predviđanja tjeskobnih situacija te mu ponuditi određeni prostor u sobi dnevnog boravka za koji zna da mu se sviđa i da voli provoditi vrijeme u njemu (Perednik, 2011).

Očigledno je da odgojitelj uz roditelje ima ključnu ulogu u prepoznavanju, rješavanju i ublažavanju teškoća djeteta jer mu je potpora, prijatelj i suradnik u svakodnevnim situacijama, nastojeći ublažiti stres koji dijete konstantno proživljava. Iako dijete sa selektivnim mutizmom predstavlja izazov za odgojitelja, kompetentan odgojitelj je svjestan da je tu zbog djeteta te da je dužan učiniti sve što je u njegovoj moći kako bi se teškoća umanjila, pridonoseći tome da dijete ima sretno i bezbrižno djetinjstvo (Shipon-Blum, 2003).

Na važnost spremnosti suradnje odgojitelja s multidisciplinarnim timom u tretmanu selektivnog mutizma ukazuje osobno iskustvo odgojiteljice Amande Millard koja već dugi niz godina radi sa predškolskom djecom (Mac, 2015). Ona je prihvatila izazov

upoznavanja, prihvaćanja te interdisciplinarnog tretmana djece sa selektivnim mutizmom u svojoj skupini. Budući da se u prošlosti susrela sa dječakom koji je imao selektivni mutizam, a ona zbog nedostatka informacija nije bila upućena u samu definiciju teškoće, odlučila je uz razgovore, edukacije te suradnju s terapeutima posvetiti svoj rad tretmanu djece sa selektivnim mutizmom. Tijekom tog perioda bila je ključni faktor u vrtićkom tretmanu djece, primjenjujući smjernice terapeuta u radu s djecom u roditeljima. Takva je suradnja rezultirala velikim napretkom kod djece.

Zaključno je važno istaknuti da spremnost odgojitelja na suradnju sa roditeljima, terapeutom i cjelokupnim timom utječe na ishod tretmana selektivnog mutizma (Shipon-Blum, 2003). Odgojitelji mogu mnogo pomoći u primjeni tehnika promjena ponašanja u svakodnevnim interakcijama s djecom, ako razumije teškoću djeteta i omogućuje mu njemu primjerenu komunikaciju.

#### **1.4. Primjeri interdisciplinarnog tretmana djece sa selektivnim mutizmom**

Budući da je etiologija samog selektivnog mutizma još uvijek nedovoljno istražena, među istraživačima postoji mnogo neslaganja u određivanju tretmana koji bi bio učinkovit, a slaganje je postignuto u definiranju njegovog cilja - smanjenje djetetove anksioznosti i razvijanje zdravih mehanizama za rješavanje problema (Smith, Sluckin, Gross, 2014). Tretmani usmjereni postizanju ovog cilja uključuju vještine opuštanja, meditaciju i tehnike disanja, povećanje samopouzdanja i povjerenja djeteta u okolinu. Krajnji ishod tretmana je povećati verbalnu komunikaciju djeteta u različitim društvenim okruženjima. Postizanje tog ishoda može iziskivati dugogodišnji tretman, ovisno o ozbiljnosti simptoma te samog trajanja mutizma (Camposano, 2011).

Psihodinamički pristup predstavlja tretmane koji su uglavnom izvedeni iz psihodinamskih teorija (Kratochwill, Johnston, Carlson, 1981). Intervencije i tehnike tretmana temeljene na ovoj grupi teorija pristupaju mutizmu kao obrambenom mehanizmu kojeg dijete koristi u stresnim situacijama radije nego da izražava svoje osjećaje pred nepoznatnim osobama (Cline, Baldwin, 2004). Tretman obuhvaća pažljivo ispitivanje ranijih psihoseksualnih faza razvoja djeteta, kao i odnosa između majke i djeteta, a usmjeren je rješavanju strahova (Cohan i sur., 2006). Međutim, u

literaturi se upozorava na problematičnost ovog pristupa zbog anksioznosti djeteta koja znatno onemogućuje verbaliziranje misli u strukturiranim tretmanskim situacijama (Kumpulainen, 2002). Shipon-Blum (2003, str. 6) objašnjava da su psihološki pristupi djelotvorni samo kada se "uklone svi pritisci za verbalizaciju te da se naglasak stavlja na pomaganje djetetu da se opusti i otvori". Kada se smanji pritisak na verbalizaciju, anksioznost se smanjuje i tek se tada može djelovati tretmanski.

Psihodinamički pristup nije znanstveno evaluiran. U današnje vrijeme, tretman temeljen na psihodinamskim teorijama se u tretmanu selektivnog mutizma rijetko koristi. Češći su pristupi bazirani na igri, glazbi i primjeni drugih art-terapija (Tatem i DelCampo, 1995). Smatra se da terapija igrom može ponuditi sigurno okruženje bez pritiska na dijete da govori, za razliku od savjetodavnog odnosa (Hulquist, 1995). U terapijskom procesu, terapeut je taj koji potvrđuje sve što dijete igrom proizvede (Winnicot, 1971). Cilj igre nije na učenju primijene igračaka već na izražavanju različitih aspekata „sebe. Igra je također sredstvo komunikacije kojem se djeca, služeći se metaforama i simbolima uključuju u istraživanje sebe (Bastačić, 2014).

I glazbena terapija može pomoći djeci sa selektivnim mutizmom da izraze svoje misli ili osjećaje putem neverbalnih sredstava, što pridonosi smanjenju anksioznosti su terapije vođene „osjećajima sigurnosti“ osnova istraživanja i iskazivanja „teških osjećaja“ (Amir, 2005, str 67). I terapije u kojima se koriste druge umjetnosti (npr. likovno ili dramsko izražavanje), a omogućuju djetetu neverbalnu komunikaciju mogu poboljšati samopoštovanje djeteta i razvoj odnosa u kojem se ono osjeća sigurno i zaštićeno (Cline i Bladwin, 1994).

Bihevioralni terapijski pristup gleda na selektivni mutizam kao na naučeno ponašanje koje je razvijeno kao vrsta obrambenog mehanizma za anksioznost (Cohan i sur., 2006). Cilj tretmana temeljenog na ovom pristupu je smanjivanje anksioznosti djeteta i povećanje njegove verbalne komunikacije u vrtiću. Naglasak je na vidljivom ponašanju, a ne na ranom djetinjstvu (McHolm i sur., 2005). Bihevioristi se pri tome oslanjaju na različite tehnike kao što su oblikovanje, samo-modeliranje i upravljanje nepredviđenim okolnostima. Oblikovanje koje mnogi bihevioristi još nazivaju i „pristup ritualnog zvuka“ je postupak u kojem terapeut pojačava svoje pokrete usta i imitira zvuk koji nalikuje govoru (Shipon-Blum, 2003). Bihevioralne tehnike radi



smanjivanja djetetove anksioznosti dijele cilj i namjenu verbalne komunikacije u manje korake (Cohan i sur., 2006). Točan slijed koraka se formira prema individualnim potrebama djeteta. Koraci mogu biti stvaranje određenog zvuka, šaputanje, ponavljanje riječi i dr. (Camposano, 2011). Samo-modeliranje je dvodjelni proces koji se provodi upotrebom audio ili video zapisa govora. Dijete sluša zapise nekoliko puta, u mjestima koja mu stvaraju nelagodu, kako bi se navikli na svoj glas u tim okruženjima. Nakon određenog perioda, dijete započinje govornu komunikaciju sa odgojiteljem i/ili terapeutom (Shipon-Blum, 2003). Međutim, istraživači primjećuju da djetetovo snimanje svojeg glasa može povećati anksioznost te neće biti prikladno za svu djecu (Camposano, 2011). Naravno, postoje i mnoge druge strategije temeljene na bihevioralnim tehnikama koje se prakticiraju u tretmanima djece sa selektivnim mutizmom.

Pristup koji također pridaje veliku važnost ponašanju je kognitivno – bihevioralni terapijski pristup (KBT). To je pravac terapije koji uključuje mnoge tehnike modifikacije ponašanja razvijene u okviru bihevioralnog pristupa. Međutim, za razliku od bihevioralnog pristupa, KBT je više usmjerena na upravljanju anksioznošću. Krajnji cilj KBT-a je pomoći djeci da mijenjaju svoje ponašanje pomažući im u preusmjeravanju njihovih tjeskoba i strahova (Kotrba, 2015). Djetetu se daju pozitivna potkrepljenja kada govori ili pokušava govoriti. Uz tehnike ponašanja, važan aspekt tretmana je procjena, odnosno prepoznavanje faktora koji doprinose anksioznosti djeteta. Ovaj tip tretmana zahtijeva od djeteta da podjeli s terapeutom svoje osjećaje što predstavlja prepreku kada djeca sa selektivnim mutizmom ne mogu govoriti (Smith, Sluckin i Gross i sur., 2014). Međutim, ako je dijete u mogućnosti neverbalno komunicirati, tretman temeljen na KBT-u također može biti djelotvoran (Chansky, 2004).

Imajući na umu činjenicu su djetetovi simptomi toliko jaki da se proces „liječenja“ gleda kako veliki izazov, farmakološki pristup smatra da se uz druge tretmane povezane s anksioznosti mogu uzeti u obzir i farmakološke intervencije. Ta vrsta intervencije uključuje „selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina ili inhibitore monoamin oksidaze“ (Kearney, Vecchio, 2007, str. 16). Iako se farmakološki pristup ne preporuča kao primarni tretman, često se može kombinirati sa kognitivno-bihevioralnim ili drugim pristupima u tretmanu selektivnog mutizma (Wintgens, Johnson, 2001). Štoviše, jednom kada su razine anksioznosti smanjene

lijekovima, verbalna komunikacija može postati manje zahtjevna za dijete. Shipon-Blum (2007) smatra da je kombinacija tehnika modifikacije ponašanja i lijekova najbolji pristup za tretman selektivnog mutizma, dok Black i Uhde (1995) svojim istraživanjem pokazuju da između farmakološki tretirane i netretirane skupine djece nema značajnih razlika. Kumpulainen (2002) zastupa stajalište prema kojem farmakološke intervencije mogu biti korisne pri liječenju selektivnog mutizma, ako se lijek koristiti zajedno s drugim tretmanima. Važno je napomenuti da su kratkoročni i dugoročni učinci farmakoterapije još uvijek neistraženi pa njihova učinkovitost nije jasno potvrđena (Camposano, 2011).

McHolm, Cunningham i Vanier (2005) naglašavaju da su roditelji (odgojitelji) najbitniji subjekti u tretmanu selektivnog mutizma kod njihovog djeteta. Oni promatraju, prate i vode evidenciju o situacijama u kojima dijete manifestira mutizam. Tijekom vremena mogu prikupiti cijeli niz konkretnih dokaza o fazama kroz koje dijete prolazi što znatno pomaže terapeutima u radu s djetetom.

U mnogim je situacijama nužno u tretman uključiti cijelu obitelj, budući da neka istraživanja povezuju obitelj s nastankom same teškoće. Primjerice, istraživači iz perspektive obiteljskih sustava pretpostavljaju da djetetov mutizam služi određenoj funkciji unutar obitelji (Anstendig, 1998). Prema tome, pretpostavka tretmana mutizma djeteta je rješavanje obiteljskih problema koji su u pozadini teškoće djeteta. Općenito, cilj obiteljske intervencije u odnosu na selektivni mutizam jest identificiranje pogubnih obiteljskih odnosa i komunikacijskih obrazaca koji su mogli doprinijeti razvoju anksioznosti djeteta (Bergman, 2013). Savjetnik u tom procesu nastoji pomoći članovima obitelji da otklone uvjete koji uzrokuju djetetovu anksioznost i selektivni mutizam (Cohan i sur., 2006). Iako se općenito smatra da suradnja obitelji i terapeuta ima pozitivan učinak na oporavak djeteta i da je u pitanju „ključni faktor u uspjehu liječenja " (Sharkey i McNicholas, 2007, str. 41), ne postoje znanstveni dokazi izravne povezanosti obiteljskih odnosa i selektivnog mutizma.

Naposljetku, zbog složene prirode selektivnog mutizma, važno je spomenuti i tretmane temeljene na višestrukim terapijskim pravcima. Takvi tretmani obuhvaćaju različite programe usmjerene djetetu u različitim okruženjima i usmjereni su na holistički pristup ekološkom sustavu djeteta (roditelji, odgojitelji, vršnjaci, terapeuti...) tijekom cijelog procesa tretmana (Johnson i Wintgens, 2016). Ovi su

pristupi osobito rasprostranjeni u suvremenim tretmanima selektivnog mutizma. Mnogi stručnjaci uspješno kombiniraju psihodinamske, bihevioralne, kognitivno-bihervioralne, Važno je osigurati da se u svim sredinama djetete osjeća sigurno i zaštićeno.

Perednik (2011) i Bergman (2013) navode sljedeće dijelove višestrukih tretmana:

- početni inicijalni razgovor s djetetom putem neverbalne komunikacije djeteta radi stjecanja uvida u djetetovu razinu selektivnog mutizma
- inicijalni razgovori s roditeljima i odgojiteljima
- planiranje tretmana u suradnji sa odgojiteljima i roditeljima
- poučavanje roditelja i odgojitelja o načinima na koje mogu pospješiti pozitivne promjene u ponašanju djeteta
- neposredan terapijski rad s djetetom.

Oba autora ukazuju na potrebu hijerarhijskog pristupa u praćenju napretka djeteta. Situacije na dnu ljestvice označavaju lakše situacije s kojima će se djetete suočavati te kako se „penje” na vrh ljestvice, izazovi su sve zahtjevniji, iako Perednik (2011) naglašava ulogu roditelja, a Bergman (2013) odgojitelja. Neovisno o tome tko sudjeluje u tretmanu, najvažnije je uočiti uspjeh djeteta, a on će biti veći, što više osoba iz njegova okruženja sudjeluje u tretmanu (Kotrba, 2015).

### Slika 1. Primjer popunjene hijerarhije govora u kojoj dijete postiže uspjehe

Zadatak: Navedite situacije koje su dovele do uspjeha ili situacije na kojima radite te ih poredajte tako da najlakše situacije idu na dno ljestava, a najteže na vrh.



Odgovara na pitanja (unaprijed dogovorena) u skupini pred svim vršnjacima.

Igra igru leti, leti, sa odgojiteljicom, Abby, Louise i Megan.

Razgovara sa prijateljicom Julie u njezinoj kući pred njezinom majkom.

Razgovara sa djecom na plesu izvan vrtića.

Razgovara sa Abby, Louise and Megan u skupini, bez odgojiteljice.

Razgovara na telefon sa bakom i djedom.

Razgovara s Abby, Louise i Megan u parku izvan vrtića.

Izvor: Bergman, R.L. (2013). *Treatment for Children with Selective Mutism: An Intergrative Behavioral Approach*, New York: Oxford University Press, str. 42.

Tretman selektivnog mutizma s terapijskog stajališta ne može se objasniti terapeutovim „specifičnim” pristupom koji će on primijeniti i selektivni mutizam će jednostavno nestati, bez sudjelovanja članova obitelji i odgojitelja djeteta. Takav način „specifičnog pristupa” može jedino, u određenim situacijama, smanjiti neke od simptoma, ali ne može dovesti do potpunog uklanjanja mutizma (Mac, 2015). S druge strane, ako dijete ne sudjeluje ni u jednoj vrsti tretmana, simptomi teškoće mogu rezultirati još većim problemima.

Zaključno treba naglasiti da se ovdje prikazani i drugi terapijski pravci najčešće koriste u kombinaciji pa je njihova višestrukost glavno obilježje tretmana djece sa selektivnim mutizmom. Ta višestrukost neizostavno uključuje suradnju s roditeljima, odgojiteljima i drugim stručnjacima (Kearney 2010).

## 2. STUDIJA SLUČAJA

### 2.1. Metode analize

Studija slučaja jedna je od mogućih metoda istraživanja selektivnog mutizma. Ona omogućuje uvid u doživljavanje, razumijevanje te razmišljanje djece sa selektivnim mutizmom, njihovih roditelja te osoba koje su uključene u tretman djeteta. George (2005) definira studiju slučaja kao uporabu dobro definiranog skupa teorijskih pitanja ili prijedloga kako bi se strukturirali empirijski podaci o određenoj temi istraživanja. Suština studije slučaja je u rasvjetljavanju predmeta istraživanja, bez statističkih metoda obrade podataka (Mitchell, 1983).

U ovoj analizi slučaja nastojat će se utvrditi međusobna povezanost različitih faktora radi razumijevanja suštine selektivnog mutizma. Ona obuhvaća promatranje dječaka sa selektivnim mutizmom, razgovor s roditeljima, neposredni rad s djetetom te analizu dijela medicinske dokumentacije.

U analizi je poštivan *Etički kodeks istraživanja s djecom* (2003), što znači da je osigurana zaštita prava djeteta te najbolji interes i dobrobit djeteta i njegove obitelji. Osigurana je anonimnost obitelji i dječaka, a zbog istraživanja ni dječak ni njegovi roditelji nisu izloženi dodatnim analizama. Za potrebe ovog istraživanja zatražen je i dobiven informirani pristanak roditelja (s obzirom da dječak trenutačno ima 6 godina), a autorici je omogućen uvid u dokumentaciju relevantnu za analizu. Roditelji dječaka obaviješteni su o svrsi istraživanja, općim i posebnim koristima istraživanja, zaštiti privatnosti sudionika, posljedicama koje istraživanje može izazvati, dragovoljnosti sudjelovanja te o pravu na odustanak od sudjelovanja u bilo kojoj fazi istraživanja. Prema tome, ova studija slučaja proizlazi iz kombinacije osobnog iskustva autorice s dječakom, opsežnog intervjua s majkom dječaka, osobnog promatranja te djelomičnog uvida u relevantnu dokumentaciju i njezine analize. Podaci koji su proizašli iz intervjua daju uvid u sam početak selektivnog mutizma, povezanost pojave teškoće s dobi dječaka, povezanost početka mutizma s djetetovim kretanjem u vrtić kao i u poglede roditelja o uzroku nastanka teškoće dječaka. Analiza dokumentacije omogućuje povezivanje ranog djetinjstva s teškoćom te oslikava ponašanja koja su tipična za samu teškoću. Dokumentacija također

omogućuje zaključke o razlikama u djetetovim kognitivnim, motoričkim te najvažnije, jezičnim sposobnostima i stupnjem razvoja njegovih socijalnih vještina. Osobna uključenost autorice u tretman dječaka omogućila je promatranje i praćenje razvoja dječaka, što upotpunjuje sliku o predmetu istraživanja.

## **2.2. Rezultati**

### **2.2.1. Opis dječaka**

Dječak (nazvat ćemo ga Marin) rođen je u 2011. godine u velikom gradu. Živi s majkom, ocem i četverogodišnjim bratom. Njegova oba roditelja su visoko obrazovana, a obiteljski odnosi su skladni. Svi članovi obitelji su međusobno povezani, jedni o drugima brinu i dječaku je osigurana primjerena roditeljska podrška.

*Otpusno pismo, Klinika za ženske bolesti i porode „Merkur“:*

„Trudnoća, redovito kontrolirana. U 35. trudnoće trudnica je primljena na kliniku zbog prijetećeg prijevremenog prsnuća plodnih ovoja (12 sati prije poroda). Rodilja nije imala kliničkih ni laboratorijskih znakova infekcije. Rođeno carskim rezom, zbog nenapredovanja poroda.

Muško prematurno novorođenče, po porodu vitalno, u prvom danu života zbog smetnji hranjenja (retencija neprobavljenog mlijeka uz blažu distenziju abdomena) nije toleriralo enteralni unos hrane zbog čega je monitoriran u inkubatoru te je uvedena, pored infuzijske otopine glukoze, i antibiotska terapija. Postupno dolazi do normalizacije enteralnog unosa majčinog mlijeka. Šestog dana života, iznenada, u mirovanju, i periodu budnosti, pola sata iza obroka, primijećena je pojava trzajeva ručica i nožica koji su se proširili na lijevu stranu u trajanju od 10-ak sekundi te prošli sami od sebe. Pri tome dijete nije mijenjalo boju kože ni sluznice. Sličnu pojavu je primijetila i majka pola sata ranije, neposredno poslije hranjenja i u snu, ali u trajanju od pola minute. Po napadaju dijete je bilo nižeg tonusa i pospano. Jednokratno je dobilo profilaktičku dozu fenonarbitona. U daljnjem tijeku boravka na našem Odjelu nije imalo napadaja.

Preporuke: Dogovorana EEG poligrafija i kontrolni ultrazvuk glave. Zbog postojanja neurorizičnih faktora savjetovano je praćenje neuropedijatra. Prehrana dalje

majčinih mlijekom uz nadohranu mliječnom formulom po potrebi. U slučaju ponovne pojav napada, javiti se odmah na hitni pedijatrijski prijem prema mjestu stanovanja.“

Nakon dolaska iz rodilišta, dječak opet dobiva napade (u snu). Obitelj s dječakom odlazi u KBC Rebro na kliniku za pedijatriju kojoj je nekoliko dana hospitaliziran.

KBC „Zagreb“, Klinika za pedijatriju:

„Muško novorođenče u dobi 13 dana, odaje dojam zdravog novorođenčeta, eukardan, eupnoičan, afebrilan... Glava uredno formirana, velika fontanela 2x3 u razini okolnih kostiju, slabije formirana uška, izraženiji filtrum. Srce: akcija ritmična, tonovi jasni, šumova ne čujem, na plućima uredan šum disanja. Trbuh mekan, bezbolan, bez organomegalije.

Neurološki status: obilne, spontane motorike, u testu ventralne suspenzije fleksija trupa, u testu vertikalne suspenzije fleksija nogu.

Zaključak:

... Tijekom boravka na Zavodu imalo je konvulzije u više navrata... U kasnijem tijeku boravka konvulzije su bile rjeđe, i to u smislu kratkotrajnih trzajeva rukama ili nogama. Nikada nisu bile popraćene apnejom, cijanozom ili drugim smetnjama disanja... Etiologija konvulzija za sada nije razjašnjena... Preporučeno je kontrolni pregled dječjeg kardiologa za 6 mjeseci.“ Nalaz završava preporukama koje se tiču potrebe praćenja od strane pedijatra i preporučuju se pregledi kod drugih specijalista (kardiologa i neurologa). Dječak dobiva farmakoterapiju.

Razgovor s majkom dječaka:

Budući da je nakon utvrđene terapije dječak pušten kući, obitelj ostaje prepuštena samoj sebi. Dječakova majka opisuje svoju svakodnevicu s Marinovim konvulzijama na sljedeći način: „Bilo nam je jako stresno, kako je Marin većinu konvulzija imao u snu, suprug i ja smo znali noćima bdjeti uz njega i spavati na smjene kako bi ga promatrali“.

### **2.2.2. Susret roditelja sa selektivnim mutizmom**

#### Razgovor s majkom dječaka:

„Ivan (muž) i ja smo bili vrlo zabrinuti kad smo saznali za Marinov selektivni mutizam. Osjećala sam krivnju što smo ga „rano“ poslali u vrtić, što nismo primijetili koliko mu to teško pada, da je nesretan, a da ga mi i dalje tjeramo u situaciju u kojoj se osjeća loše. Stalno sam se vraćala na situacije u vrtiću te bi se sebe krivila što nisam ranije primijetila. On je s nama razgovarao normalno, a i s drugim ljudima u našoj prisutnosti (susjedi, doktorica, prodavači). Jedino bih ponekad primijetila da šutke prilazi k meni kad dođem po njega u vrtić i da mu treba malo vremena (npr. dok počnemo izuvati papuče) da progovori.

Prvi put smo za pojam selektivnog mutizma saznali u vrtiću kad je Marin napunio tri godine. U vrtić je krenuo sa dvije godine, ali te prve vrtićke godine on je vrlo malo govorio – imao je dvadesetak riječi negdje do dvije godine i četiri mjeseca, onda je nastupio 'rječnički brzac', naglo se raspricao. U toj fazi odgojiteljice su često govorile: 'Kad bismo barem mi u grupi dobile od njega to što čujemo s vama na hodniku'.

S obzirom da je selektivni mutizam povezan sa strahom, pokušala sam povezivati određene situacije sa strahom, te sam se sjetila situacije u kojoj je trebao ići na snimanje EKG-a, nije htio ići i plakao je, bez obzira što smo ga pripremali kod kuće. Jedina osoba koja mu je pomogla u toj situaciji bio je jedan stariji dječak koji je došao prije njega na snimanje i 'pokazao mu' kako to izgleda i te je onda Marin pristao na pregled.

Fobija kao takvih, Marin nema, iako je karakterno dječak koji ne voli promjene i zna se osjećati sputano u novim situacijama. S obzirom na moju bolest, te rođenje Marinovog mlađeg brata, pomislila sam da nije jedan od tih događaja uzrokovao nastanak selektivnog mutizma. Međutim, kako sam se dosta raspitivala o selektivnom mutizmu, rečeno mi je da selektivni mutizam nije posljedica traume. Čak mi je jedna od Marinovih odgojiteljica spomenula da je razmišljala nije li selektivni mutizam počeo kad se brat rodio, ali mislim da nije. Upravo je u to vrijeme kad se brat rodio on je počeo više govoriti (ja sam krenula u rodilište i on nije govorio, a jedanaest dana kasnije, kada sam stigla kući, on je govorio). Iako smatram



da je možda tada shvatio da njegov govor nije 'dovoljno savršen' i da se zbog toga još više povukao.

... Kada sam saznala da je Marinova dijagnoza selektivni mutizam išla sam od stručnjaka do stručnjaka i ispitivala bitne informacije koje bi mi mogle pomoći pri radu s Marinom. Tako sam došla i do moje kolegice, učiteljice razredne nastave, koja se u svom stažu susrela s dvoje djece koji su imali teškoće selektivnog mutizma. Pomogla mi je na način da mi je поближе pojasnila samu fenomenologiju selektivnog mutizma te mi je dala slikovnicu koja opisuje dječaka sa selektivnim mutizmom i njegove tjeskobe s kojima se svakodnevno susreće u školi. Kako sam proučavala raznu literaturu vezanu uz samu teškoću, tako sam si postavljala pitanja: „Može li selektivni mutizam biti povezan sa njegovom razinom učenja i znanja?“. Uvidjela sam da Marin ima mnogo znanja te da je perfekcionizam crta koja je snažno povezana s njim. Pomislila sam, da je komunikacijska tjeskoba povezana s time što ima teškoće s izgovorom glasova. Štoviše, psihologinja u vrtiću sa kojom smo surađivali smatra da su teškoće izgovora uvelike doprinijele cjelokupnoj situaciji, jer je zbog svog perfekcionizma Marin bio svjestan da ne govori 'dovoljno dobro'.

U literaturi bio je spominjan pojam 'inhibiranog temperamenta' koji sam, naravno, u strahu i panici, povezivala sa svojim djetetom te se prisjećala situacija kad je Marin imao godinu dana i pokazivao određeni strah od nepoznatih situacija u kojima bi se najčešće 'stisnuo' uz mene ili tatu, a poslije nekog vremena, krenuo bi istraživati. Primjerice, kao stariji dječak nikada nije htio ostajati sam u igraonici, na to ga je prvi put nagovorio mlađi brat da ostanu zajedno.“

#### *Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet – Centar za rehabilitaciju:*

Centar za rehabilitaciju odlučuje procijeniti dječakovu kognitivnu, komunikacijsku i jezično-govornu razinu. Nakon razgovora s dječakom i roditeljima, psiholog i logoped zaključuju da postoji neujednačeni razvojni profil koji se sastoji od dobrih kognitivnih, motoričkih i jezičnih sposobnosti te slabije razumljivosti govora (dječak u prisutnosti roditelja govori pri čemu se primjećuje nepravilan izgovor nekih glasova). S obzirom na dječakovu sustavnu „nemogućnost govora“, dječak udovoljava kriteriju za dijagnosticiranje selektivnog mutizma te stručan tim sugerira uvođenje strategija za prevladavanje selektivnog mutizma u vrtiću.

„Timski stručni nalaz i mišljenje:

Dječak bez otpora ulazi u prostoriju u kojoj se obavlja ispitivanje. Brzo se je prilagodio na novi prostor. Pritom je pokazivao najveći interes za tjelesne igre s bratom. Igra se sastojala u izvođenju koluta i slično. Motorički je vrlo spretan i aktivan. Slabije monitorira reakcije ljudi koji se nalaze u prostoriji te općenito iskazuje nešto slabije socijalne interese uz znakove povišene socijalne anksioznosti.“

### **2.2.3. Podrška roditeljima u sustavu**

#### *Razgovor s majkom dječaka:*

„Period od samog osvještavanja te razgovora s odgojiteljicama do odluke o pokretanju postupka dijagnosticiranja Marinove teškoće, nije bio dug. Nakon njegovog trećeg rođendana, bili smo pozvani na individualne konzultacije u vrtić u kojem su nam odgojiteljice, zajedno sa stručnim timom, objasnile da Marin u proteklih mjesec dana nije rekao ni riječ te da se najvjerojatnije radi o selektivnom mutizmu. Odmah su nam dali broj Centra za rehabilitaciju na Edukacijsko - rehabilitacijskom fakultetu te smo pomoć zatražili u roku nekoliko dana. Međutim, u Centru za rehabilitaciju dobili smo termin za prvi pregled i procjenu na kojem smo bili, a za sljedeći pregled smo čekali do proljeća 2015.godine (6 mjeseci). Na drugom pregledu, bili smo razočarani jer nam nije bila ponuđena nikakva terapija nego samo nastavak istih 'taktika' (ne forsirati, ne ljutiti se, ni bolji ni gori tretman, dati mu vremena, igre s maskama, naći mu 'partnera' koji mu odgovara po temperamentu).

Nakon što i dalje nije bilo nikakvih rezultata, odlučili smo se rezervirati termin u Poliklinici za zaštitu djece. Termin smo dobili relativno brzo te su nam i tamo samo potvrdili dijagnozu i dali preporuke za dalje bez ikakvog tretmana na koje bi dječak možda trebao krenuti. Bila sam jako ljuta na naš sustav te sam odlučila zvati kolegicu logopetkinju može li mi ona kako pomoći i poznaje li nekoga tko bi mu mogao pružiti terapiju. Rečenica koju sam zapamtila u razgovoru s njom je bila: 'Neće ti se selektivnim nitko baviti, gubiš vrijeme...'. Istodobno sam se na sve načine informirala o poremećaju, tražila po knjižnicama literaturu, naručivala on-line knjige kako bi mu barem mi kod kuće mogli nekako pomoći. Poslije nekog vremena, poznanica me savjetovala da bih ipak trebala potražiti dječje psihologe i raspitati se o njihovim tretmanima privatno. Jer sam čitajući stalno nailazila na isto: Ipak je bolja nekakva

terapija nego nikakva. Kako smo tražili psihologe za Marina, nailazili smo na razne odgovore i mišljenja o selektivnom mutizmu. Jedna me psihologinja uvjerila da njemu nije potrebna terapija, da ćemo to „uspjeti sami“ te da smo ionako već puno postigli. Druga psihologinja mi je rekla da samo trebamo biti strpljivi i da će proći. Već sam bila iscrpljena i nadasve zbunjena odgovorima te nisam razumjela stav privatnih psihologa koji nisu željeli barem na neki način pomoći u terapiji sa selektivnim mutizmom.

Nakon nekoliko mjeseci ipak sam naišla na psihologinju koja mi je u priči rekla da ima iskustva sa selektivnim mutizmom, da terapija igrom pomaže te smo se dogovorile da se vidimo na jesen kad počne nova pedagoška godina. Međutim, Marin je u ljetnom periodu prije samog početka vrtića imao proslavu svojeg 5. rođendana u igraonici na otvorenom u kojoj je mi je prišao i rekao mi: „Pričao sam s djecom, ali nisam s tetom (animatoricom)“. Nisam čak ni pridavala puno pozornosti tome, jer je ionako s prijateljima iz vrtića priča u parku, smo što ih nikad nije toliko puno na okupu. Ali od tog trena, kako je pedagoška godina počela, stigao je novi dječak, koji je postao Marinov prijatelj. Marin je počeo komunicirati s njim a s vremenom i sa drugom djecom, međutim samo u dvorištu vrtića. Ponadali smo se da će to „prenijeti ” i u sobu. Kako se to u slijedećih mjesec dana nije dogodilo, konačno smo krenuli na terapiju igrom.“

#### Promatranje:

Od druge godine života Marina, obitelj osigurava privatnu pomoć za brigu o dječaku. Bila je to studentica ranog i predškolskog odgoja. Mnoga ponašanja dječaka u početku su djelovala kao posljedica sramežljivosti jer je dječak odbijao bilo kakvu vrstu verbalne komunikacije. Čak štoviše, činilo se da se sve više povlači u sebe i da sa studenticom nikada neće ostvariti odgovarajući odnos. U takvim se situacijama važnim pokazalo strpljenje, odnosno omogućavanje dječaku da sam bira koliko će i kada ulaziti u interakcije sa studenticom. Studentica je Marinu nudila brojne neverbalne igre koje je Marin spremno prihvaćao, a često se događalo da Marin sam (neverbalno) nudi igru.

Roditelji su također nastojali poticati Marina na govor. U stručnoj su literaturi nailazili na razne savjete koje su nastojali primjenjivati u radu s dječakom. Tako su pomoću slikovnica (koje su imale sličnu tematiku) željeli doprijeti do mogućeg

uzroka njegovog mutizma. Međutim, to im nije uspijevalo. Također su Marina izlagali malim situacijama u kojima bi Marin trebao reći (npr. „Dobar dan!“ ili „Hvala!“). Pokazalo se da se dječaku takve situacije sviđale jer su pridonosile njegovom samopouzdanju. On je uz pozdravljanje te plaćanje (na blagajni) pokazivao i mlađem bratu kako se treba pristojno ponašati.

S vremenom se dječak sve više opuštao i u odnosu sa studenticom počeo koristiti govor. Međutim, prilikom odlaska u vrtić, Marin je manifestirao sve više anksioznosti i prestajao je govoriti. Anksioznost se osobito pojačavala kada bi bio suočen s različitim iznenadnim događajima (npr. nenajavljeni gosti, nedovoljno isplanirani odlasci iz kuće i sl.). Zato je bilo važno svaki puta detaljno opisati aktivnosti koje dječaka tijekom dana očekuju, što je studentica redovno činila (npr. put do pekare, popis za kupnju, opis puta, vrijeme polaska u vrtić i sl.). Svako očekivano, odnosno željeno ponašanje dječaka bilo je nagrađivano (govor u prisustvu nepoznatih ljudi).

#### **2.2.4. Suradnja s odgojiteljicama i stručnim timom vrtića**

##### *Razgovor s majkom dječaka:*

„Na suradnju u vrtiću se ne mogu požaliti, dapače jako sam sretna i zadovoljna s njima. Reagirali su brzo, dali su nam jasnu uputu kome se obratiti, primljeni smo na konzultacije kad god smo zatražili ili kad bi oni ponudili termin. Jedno smo vrijeme kod kuće pripremali lutkarske predstave (mini predstave) i dolazili ih izvoditi u vrtić kako bi mu olakšali govorenje pred vršnjacima i odgojiteljicama u sobi dnevnog boravka ( u tim je situacijama govorio). Također, ako bi mi ili odgojiteljice bili u žurbi te ne bi stigli prenijeti sve informacije, uvijek bi našli vremena za nas, prilagodili svoje privatne planove, dočekali Marina kao zvijezdu kad bi imali predstave. Isto tako, na individualnim konzultacijama smo se dogovorili s odgojiteljicama da ponekad kad dođemo po njega, uđemo u skupinu kako bi razgovarao s nama te se na taj način privikao govoriti u tom prostoru. Budući da je vrtić mali i druge su odgojiteljice bile upoznate sa situacijom te je tako, jednom prilikom, Marinov brat pokazivao svojoj odgojiteljici slikovnicu koju su obojica jako voljeli, u tom trenutku Marin je počeo spontano pričati (trebam spomenuti da se to

dogadalo u hodniku vrtića koji je za njega uvijek bio neka zona „između”). Odgojiteljica je Marina snažnije uključila u razgovor, vrlo prirodno, i na kraju ga zamolila da donese opet knjigu pa da joj pomogne čitati u njezinoj grupi. I zaista je to napravila, jednom spontano, bez velikih priprema. Nije doduše, tom prilikom govorio, nego je samo pokazivao u knjizi.“

#### Promatranje:

Odnos odgojiteljica prema Marinu i roditeljima bio je vrlo otvoren. Odgojiteljice su se istinski angažirale u nastojanjima da nađu primjeren odgovor na Marinove teškoće. One su svakodnevno s roditeljima dijelile sve informacije o Marinovom ponašanju, s posebnim naglaskom na količinu i način njegove komunikacije. Također su često inicirale neformalno savjetovanje u kojem bi i roditelji i one izmjenjivali iskustva i pronalazili nove strategije poticanja Marina na govor. One su u kurikulum uvrštavale aktivnosti za koje su znale da će Marinu goditi i da će on u njima rado sudjelovati. Uz to, pripremale su teme o selektivnom mutizmu za roditeljske sastanke, kako bi osigurale da i roditelji i druga djeca razumiju specifičnost Marinove komunikacije.

#### **2.2.5. Odnos sa drugom djecom**

##### Razgovor s majkom dječaka:

„Kao što sam ranije napomenula, Marin je ostvarivao interakciju s vršnjacima isključivo izvan sobe dnevnog boravka. Iako mu je većina vršnjaka bila draga, nikada nije spominjao nekog prijatelja posebno. Čak mi je jednom prilikom spomenuo da mu je najljepše družiti se s bratom na dvorištu. Tako da je, što se tiče vršnjaka, Marin bio dosta osamljen, sve dok u grupu nije došao Marko. On mu je vrlo brzo postao najbolji prijatelj. Ne mogu točno tvrditi jesu li Marko i Marin razgovarali verbalno ili neverbalno, no ono što se sjećam da sam jednom bila jako ljuta na njega i samo sam mu rekla: 'Tko može čitati tvoje misli?!', a on mi je odgovorio: 'Marko može! I teta Nina.'. Djeci je bilo normalno da Marin ne govori u sobi. Čak mi je jednom prišao Marinov vršnjak iz grupe, koji inače voli popričati sa svim roditeljima u hodniku, te mi je rekao: 'Znaš da Marin ne govori? Ali mi znamo što želi pa mu onda to damo.' Odgojiteljice su mi pričale da bi znao u wc-u pričati s prijateljima ali šaptom da ga odgojiteljice ne čuju. Vršnjaci su znali da mu je

'Snježno kraljevstvo' najdraži crtić, te kad bi odgojiteljica pitala koji crtić žele gledati, on nije mogao reći, već bi sa sobom uvijek nosio slikovnicu Olafova božićna priča te kad bi se glasalo o crtiću, on bi pokazao slikovnicu a ostala djeca bi uzviknula 'Snježno kraljevstvo!!!'. Što se tiče njegovog odnosa s bratom, jako sam se bojala kako će bratov dolazak utjecati na njegovu kulminaciju selektivnog mutizma a i na njega samoga, jer je to za njega značio jednim dijelom gubitak mame. Osjećaji su mu sigurno bili podvojeni. Zato se danas jako dobro slažu, naravno da ima razmirica (Marin zna štipati brata) međutim, toliko su povezani da ako su razdvojeni par sati nedostaju jedan drugome.“

#### Promatranje:

Najintenzivnije interakcije izvan vrtića dječak je ostvarivao sa svojim mlađim bratom. Volio se s njime družiti, iskazivo je brigu za njega te prihvaćao bratove poticaje i pozive na igru. Međutim, ako bi u igru brat pozvao i drugu djecu, Marin se povlačio.

U vrtiću su interakcije s drugom djecom bile rijetke. Marin je bio sklon samostalnim igrama (s kockicama, čitanje slikovnica). Uključivao se u grupne likovne aktivnosti, ali je birao da likovni rad izrađuje sam. Po dolasku novog dječaka u vrtić, Marin (kako je ranije navedeno) počinje verbalno komunicirati s njime. S drugom djecom je verbalnu komunikaciju počeo ostvarivati nakon nekoliko mjeseci, na inicijativu druge djece.

#### **2.2.6. Napredak i cjelokupna suradnja**

##### Razgovor s majkom dječaka:

„Kao što sam ranije navela, Marin je upravo krenuo u prvi razred. Na školskoj priredbi sjedio je, kao i drugi prvašići, u prvim redovima, a mi smo kao roditelji ostali sasvim iza. Učenica voditeljica upitala ih je u jednom trenutku (bilo je to više retoričko pitanje): 'Kako ste? Jeste veseli?' Začulo se jedno jedino 'Daa!' Ivan (moj muž) i ja smo se pogledali u čudu. 'Marin?!' Bio je to on, dječak koji nekoć nije mogao pustiti glas pred skupinom ljudi, a danas hrabro izgovara 'da' pred roditeljima i njemu, većinom, nepoznatom djecom.

Štoviše, drugog dana škole samostalno se javio za čitanje pjesmice. Kako majka, mogu reći da sam izrazito ponosna i zahvalna prijateljima, roditeljima, odgojiteljicama na svemu što su učinili za Marin. Što se tiče stručnjaka, kao što sam već i spomenula, dobili smo reakciju 'proći će', 'to je faza', 'kad malo sazrije', pa čak i 'on protestira'. Unatoč razumijevanju na koje smo naišli u Centru za rehabilitaciju na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu, zasmetalo me kad sam vidjela da je u nalazu moja priča o tome kako mi je Marin rekao da ga je 'teta Goga morala deset puta pitati', a on joj 'nije mogao ništa odgovoriti' prenijeta s: 'nisam htio odgovoriti'. To mi je bio znak dubokog nerazumijevanja situacije.

Što se tiče suradnje s obitelji, moja majka je bila snažno protiv bilo kakve terapije i isticala je da mu ne smijemo 'nalijepiti' dijagnozu. Moram priznati da i meni nije bilo svejedno, radila sam u školi i znam da ima kolega koji su puni razumijevanja, ali i onih koji sve s nekim 'papirom' trpaju u isti koš i toga sam se jako bojala. Psihologinja s kojom smo ostvarili suradnju u obliku terapije igrom nam je zaista pomogla. Tužno je, s druge strane da smo to mogli dobiti samo u privatnom sektoru. Ja ne mislim nipošto da je to loše uloženi novac, naprotiv. Ali sigurno ima puno roditelja koji svome djetetu, zbog financijskog stanja, ne mogu tako pomoći.“

#### Promatranje:

Sve naprijed navedene aktivnosti poduzete od strane roditelja, odgojiteljica i studentice s vremenom su rezultirale očekivanim pozitivnim pomacima u smanjivanju simptoma Marinovog selektivnog mutizma. Činilo se da je dječak sve samopouzdaniji. Tome su sigurno pridonijeli i tretmani koje su s dječakom realizirali logoped i psiholog. Ipak, najvažnija je bila podrška roditelja i drugih dječaka iz djetetove okoline (baka, djed, brat), angažman odgojiteljica i usuglašeno djelovanje svih involviranih osoba.

### **2.3. Analiza**

U prethodnom su poglavlju prikazani dostupni podaci o jednom dječaku koji je, kao subjekt analize slučaja, imao potrebu za interdisciplinarnom suradnjom odgojitelja, roditelja i drugih stručnjaka. Iz prikazanih podataka proizlazi da je dječak rođeno kao neurorizično dijete, što je moglo rezultirati nekom teškoćom u razvoju. Međutim, početne zdravstvene teškoće su s vremenom svladane. Iako je pojavu selektivnog

mutizma moguće je povezati s ranom hospitalizacijom dječaka i traumama koje je u prvim danima života proživio, za to ne postoje nedvosmisleni dokazi.

Zanimljivo je da su se prvi simptomi selektivnog mutizma javili prilikom odlaska djeteta u dječji vrtić. Ta činjenica već sama po sebi ukazuje na iznimno važnu ulogu odgojitelja u identificiranju teškoća djeteta. Naravno, ta identifikacija nije sama sebi svrhom, već je usmjerena podržavanju djetetova razvoja. U tom je procesu neophodna suradnja odgojitelja i roditelja. S time u vezi, dijete koje je u ovom radu analizirano imalo je najmanje dvije prednosti. To su: (1) angažirani i predani roditelji te (2) angažirani i profesionalni odgojitelji. Profesionalnost odgojitelja je posebno istaknuta jer bi (sukladno zakonu) svakom djetetu trebalo biti osigurano da u ranoj i predškolskoj dobi ima odgovarajuću stručnu podršku. Na žalost, kako je u teorijskom dijelu ovog rada navedeno, tek neka djeca zaista imaju priliku rasti i razvijati se uz odgojitelje i roditelje koji zajednički traže i razvijaju strategije podrške djetetu, temeljenu na prihvaćanju i uvažavanju specifičnosti djeteta. Prema tome, ovdje su se upravo odgojiteljice pokazale kao najvažniji činitelj prepoznavanja teškoće i važan sudionik tretmana.

S druge strane, stručna podrška koju u ranoj intervenciji trebaju djeca, ali jednako tako i njihovi roditelji i odgojitelji – je uglavnom izostala. Od početnih intenzivnih medicinskih pregleda i testiranja, do stvarne podrške u tretmanu selektivnog mutizma u biti nije došlo. Sve što je dječaku pruženo, pružili su i platili roditelji. Navedeno otvara pitanje temeljne ravnopravnosti djece i mogućnosti da svakom djetetu budu dostupni primjereni tretmani. Čini se da je ostvarivanje ovog prava jako nedostupno. Tim je više naglašena potreba intenzivne i međusobno podržavajuće suradnje roditelja i odgojitelja koji su s djetetom svakodnevno i najviše pridonose njegovim dnevnim uspjesima i pomacima.

Dodatno, prikazani podaci o dječaku posredno upućuju na potrebu individualnog pristupa svakom djetetu. Roditelji su osigurali svakodnevnu podršku studentice i dječak je imao osiguranu pažnju stručnih osoba i roditelja u kontinuitetu.

Međutim, sam povod govorenju dječaka u društvu vršnjaka bio je neki drugi dječak. Iako ta okolnost svakako potvrđuje važnost doprinosa vršnjaka u socijalizacijskim procesima djece s teškoćama, ona ne umanjuje ulogu odgojitelja koji su stvorili pretpostavke za vršnjačke interakcije.



Na kraju se kao ključne poruke istraživanja nameću uzajamno povjerenje, strpljenje i ljubav (kako u obitelji, tako i dječjem vrtiću) te povezivanje djeteta bliskih osoba sa stručnjacima za pojedine teškoće. Iznimno je važno da među tim bliskim osobama budu i odgojitelji djeteta.

### 3. ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada je prikazati suradnju različitih stručnjaka, roditelja i odgojitelja koja se ostvaruje kontinuirano i sinkronizirano te bitno pridonosi napretku i razvoju dječaka uz istovremeno umanjivanje simptoma selektivnog mutizma.

Svrha ovog rada ostvarena je teorijskom razradom teme i studijom slučaja. Studija slučaja rezultat je kombinacije osobnog iskustva autorice s dječakom, opsežnog intervjua s majkom dječaka, osobnog promatranja te djelomičnog uvida u relevantnu dokumentaciju i njezine analize. Podaci koji su proizašli iz intervjua daju uvid u sam početak selektivnog mutizma, povezanost pojave teškoće s dobi dječaka, povezanost početka mutizma s djetetovim kretanjem u vrtić kao i u poglede roditelja o uzroku nastanka teškoće.

Odgoj (obiteljski i institucijski) uvelike doprinosi razvoju djetetovog samopouzdanja, emocionalnom i socijalnom razvoju te stjecanju potrebnih znanja i vještina. Može se zaključiti da su upravo odgojitelji u tom procesu vrlo važni. Kako dijete u vrtiću provodi većinu svoga dana, odgojitelj treba prepoznavati djetetove potrebe i osnažiti dijete u svladavanju problema. Iako odgojitelji ne provode terapiju, imaju važnu suportivnu ulogu, kako u odnosu s djetetom, tako i u odnosu s roditeljima. Naravno, važni su i specijalizirani tretmani, ali oni ne mogu nadomjestiti odnose koje dijete gradi s osobama koje ga okružuju.

Zaključno je važno istaknuti da su i složene teškoće poput selektivnog mutizma rješive, ako im se posveti dovoljno truda, ako u tome sudjeluju stručnjaci različitih profila i ako su pri tome svi oni usuglašeni.

Meni je osobno rad s Marinom i pisanje ovog rada pomoglo u jačanju vlastite želje da se cijeli život usavršavam i da nikada ne odustanem od prihvaćanja djece takve kakve jesu, bez težnji da ih mijenjam, već sa željom da im pomognem izraziti i razviti vlastitu osobnost.

## LITERATURA:

1. Amir, D. (2005). *Re-finding the Voice –Music Therapy with a Girl who has Selective Mutism*. Nordic Journal of Music Therapy. str.66-67.
2. Anstendig, K. (1998). *Selective Mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980-1996*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 35, str. 381-391.
3. Barbano, A. (2018). *Icd-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/167946871>  
Pristupljeno 17. rujna 2018.
4. Bastašić, Z. (2014). *Scenska lutka u psihoterapiji*. Etnološka istraživanja. 18/19, str. 19-33.
5. Bašić, J., Hudina, B., Trbović, N. K., Žižak, A. (2005). *Integralna metoda u radu s predškolskom djecom i njihovim roditeljima*. Zagreb: Alinea.
6. Bergman, R. L. (2013). *Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach (Programs that work)*. New York: Oksford University Press.
7. Bergmann, W. (2007). *Umijeće roditeljske ljubavi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. Black, B., Uhde, T. W. (1995). *Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 34, str. 47-56.
9. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
10. Bouillet, D. (2014). *Nevidljiva djeca – Od prepoznavanja do inkluzije*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
11. Bouillet, D. (2018). *S one strane inkluzije djece rane i predškolske dobi*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku .
12. Bratanić, M. (1993). *Mikropedagogija: interakcijsko-komunikacijski aspekt odgoja: priručnik za studente i nastavnike*. Treće izdanje. Zagreb: Školska knjiga.

13. Busse, R. T., Downey, J. (2011). *Selective Mutism: A Three-Tiered Approach to Prevention and Intervention*. Contemporary School Psychology. 15, str. 53-63.
14. Camposano, L. (2001). *Silent Suffering: Children with Selective Mutism*. Profesional Counselor., str. 46-56.
15. Chansky, T. E. (2004). *Freeing your child from anxiety: Powerful, practical strategies to overcome your child's fears, phobias and worries*. New York: Broadway Books.
16. Cline, T., Baldwin, S. (2004). *Selective Mutism in Children: 2nd Edition*. London: Whurr
17. Cohan S. L. i sur. (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, str. 85-97.
18. Dodig-Ćurković, K., Franić, T., Grgić, M. i sur., (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svjetla grada
19. Došen Dobud, A. (2005). *Malo dijete – Veliki istraživač*. Zagreb: Alinea.
20. Državni pedagoški standard predškolskog odgoja i naobrazbe (2008). Narodne novine br. 10/97, 107/07.
21. Dulčić, A., Ajduković, M., Kolesarić, V. (2003). *Etički kodeks istraživanja s djecom*. Zagreb: Vijeće za djecu Vlade Republike Hrvatske, Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.
22. Dummit, E., Klein, R., Tancer, N., i sur., (1997). *Systematic assessment of 50 children with selective mutism*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 36, str. 653 – 660.
23. George, A. L. (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge (USA): Belfer Center for Science and International Affairs.
24. Hulquist, A. M. (1995). *Selective Mutism: Causes and Interventions*. Journal of Emotional and Behavioral disorders. 3, str. 100-107.
25. Izvješće o radu pravobraniteljice za djecu za 2017. godinu (2008). Zagreb

26. Jackson, M. F., Allen, R. S., Boothe, A. B., i sur. (2005). *Innovative Analyses and Interventions in the Treatment of Selective Mutism*. Clinical Case Studies. 4, str. 81-112.
27. Johnson, M., Wintgens, A. (2016). *The Selective Mutism Resource Manual: 2nd Edition (A Speechmark Practical Sourcebook)*. Abingdon: Routledge.
28. Jukić, V., Arbanas, G. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. (DSM-5)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
29. Juul, J. (2008). *Vaše kompetentno dijete*. Zagreb: Naklada Pelago.
30. Kearney, C. A., Vecchio J. L. (2007). *When a child won't speak*. *Journal of Family Practice*. 56, str. 917-921.
31. Kearny, A.,K. (2010). *Helping children with Selective Mutism and Their parents: A guide for School-Based Professionals*. New York: Oxford University Press.
32. Konvencija o pravima djeteta (2001). Narodne novine – Međunarodni ugovori 23./01.
33. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (2007). Narodne novine br. 06/07.
34. Kostelnik, M. J., Onaga, E., Rohde, B., Whiren, A. (2002). *Djeca s posebnim potrebama: Priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje*. Zagreb: Educa.
35. Kotrba A. (2015). *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators and Parents*. Eau Claire: PESI Publishing & Media.
36. Kratochwill, T. R., Johnston, H., Carlson, J. S. (1994). *Prevalence and Treatment of Selective Mutism in Clinical Practice: A Survey of Child and Adolescent Psychiatrists*. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 4, str. 281-291.
37. Krysanski, V. L. (2003). *A Brief Review od Selective Mutism Literature*. *The Journal of Psychology*. 137, str. 29-40.
38. Kumpulainen, K. (2002). *Phenomenology and treatment of selective mutism*. *Journal of CSN Drugs*. 16. str. 80-175.
39. Lansdown, G. (2011). *Vidi me, čuj me*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.

40. Leonard, H. L., Dow, S.P. (1995). *Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism*. Journal of Child and Adolescent Psychiatry. 34, str. 36-46.
41. Ljubetić, M. (2013). *Partnerstvo, obitelji, vrtića i škole*. Zagreb: Školska knjiga
42. Mac, D. (2015). *Suffering in Silence: Breaking Through Selective Mutism*. Bloomington: Balboa Press.
43. Maleš, D. (2012). *Nove paradigme ranoga odgoja*. Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja. 27. str. 277-281.
44. 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: New Harbinger Publications Inc.
45. Mijatović, A. (2000). *Leksikon temeljnih pedagoških pojmova*. Zagreb: EDIP.
46. Miljak, A. (2009). *Življenje djece u vrtiću*. Zagreb: SM Naklada d.o.o.
47. Mitchell, J. C. (1983). *Case and Situation Analysis*. The Sociology Review. 31, str. 187-211.
48. Mušanović, M., Lukaš; M. (2011). *Osnove pedagogije* Rijeka: Hrvatsko futurološko društvo.
49. Pećnik, N., Tokić, A. (2008). *Roditelji i djeca na pragu adolescencije: Pogled iz tri kuta, izazovi i podrška*. Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.
50. Pranjić, M. (2011). *Pedagogija: Suvremena stremljenja, naglasci, ostvarenja*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Hrvatski studiji.
51. Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju (2015). Narodne novine br. 94/2013.; 152/2014.; 24/15.
52. Ravlić, S. (2006). *Hrvatska enciklopedija – osmo izdanje: O – Pre*. Zagreb: Leksikografski zavod „Miroslav Krleža“.

53. Sharkey, L., McNicholas F. i sur. (2007). *Group therapy for selective mutism – a parent's and children's treatment group*. Journal of behavior therapy and experimental psychology. 39, str, 38-45.
54. Shipon-Blum, E. (2003). *The Ideal Classroom Setting for the Selectively Mute Child: 2nd Edition*. Philadelphia: Dr. Elisa Shipon-Blum and Selective Mutism Anxiety Research and Treatment Center.
55. Shreeve, D. F. (1991). *Eclective Mutism:origins in stranger anxiety and selectivie mutism*. Journal Bulletin of the Menninger Clinic. 55, str. 491-504.
56. Slunjski, E. (2003). *Devet lica jednog odgajatelja- roditelja*. Zagreb; Mali profesor.
57. Slunjski, E. (2011). *Razvoj autonomije djeteta u procesu odgoja i obrazovanja u vrtiću*. Pedagogijska istraživanja. 8, str. 217-228.
58. Slunjski, E. (2012). *Tragovima dječjih stopa*. Zagreb: Profil.
59. Slunjski, E., Šagud, M., Brajša-Žganec, A. (2006). *Kompetencije odgojitelja u vrtiću – organizaciji koja uči*. Peagogijska istraživanja. 3, str. 45-57.
60. Smith, B. R., Sluckin, A., Gross, J. i sur. (2014). *Tackling Selective Mutism: A Guide for Professionals and Parents*. London: Jessica Kingsley Publishers.
61. Šagud, M. (2006). *Odgajatelj kao refleksivni praktičar*. Petrinja: Visoka učiteljska škola.
62. Verčić, A. T., Ćorić, D. S., Vokić N. P. (2010). *Priručnik za metodologiju istraživačkog rada*. Zagreb: M.E.P.
63. Vujčić, V. (2013). *Opća pedagogija: Novi pristup znanosti o odgoju*. Zagreb: Hrvatski pedagoško-književni zbor.
64. Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Penguin Books.
65. Wintgens, A., Johnson, M. (2001). *Can I tell you about Selective Mutism?: A guide for friends, family and professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
66. Yin, R. K. (2010). *Studija slučaja – dizajn i metode*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu.

67. Zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju (2013). Narodne novine br.94/13.

68. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Čakovec:Zrinski d.d.



## IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI ZAVRŠNOG RADA

kojom izjavljujem da sam ja, Ana Marija Pajk, studentica ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja Učiteljskog fakulteta u Zagrebu, samostalno provela aktivnosti istraživanja literature i napisala završni rad na temu *Selektivni mutizam u predškolskoj dobi: Uloga odgojitelja u interdisciplinarnom timu*, pod vodstvom prof. dr. sc. Dejana Bouillet.

U Zagrebu, rujan 2018.

Ana Marija Pajk

---