

SAVREMENA SHVATANJA SELEKTIVNOG MUTIZMA

Sanja DIMOSKI¹

Univerzitet u Beogradu

Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Cilj rada je da pruži pregled savremene literature o selektivnom mutizmu (SM) koji bi bio dostupan na našem jeziku, budući da u našoj sredini ovaj poremećaj nije sistematski izučavan. Rad obuhvata savremeno određene poremećaje, dosadašnja istraživanja SM, teorije o nastanku, tretman. SM je poremećaj koji se javlja u detinjstvu, kada govor deteta selektivno izostaje u određenim socijalnim situacijama. Škola je kontekst u kojem se poremećaj tipično ispoljava, zbog čega se SM često dijagnostikuje tek sa polaskom deteta u školu. U radu je dat istorijski prikaz promena u shvatanju ovog poremećaja. Savremena shvatanja naglašavaju selektivnu nesposobnost dece da se spontano i uspešno verbalno izražavaju. U izučavanju SM-a tipično je objavljivanje studija slučaja dece sa ovim poremećajem. Etiološki faktori nisu precizno definisani, a različita teorijska shvatanja koja su prikazana daju svoja tumačenja. Istraživanja konstantno pokazuju povezanost SM-a sa socijalnom anksioznošću, a neka i sa oponirajućim ponašanjem i kašnjenjem u jezičkom razvoju. Na osnovu teorijskih objašnjenja SM-a kreiraju se psihološke intervencije (bihejvioralne i kognitivno-bihejvioralne, psihodinamske i projektivne tehnike, porodično savetovanje i terapija). Savremen tretman SM-a podrazumeva eklektički pristup uz naglašavanje uloga nastavnika i škole u celini. Buduća izučavanja treba da prodube znanja, preciziraju metodološku proceduru i stimulišu individualizovan tretman deteta sa SM.

Ključne reči: selektivni mutizam, socijalna anksioznost, etiologija selektivnog mutizma, tretman selektivnog mutizma

¹ E-mail: sanja.dimoski@gmail.com

UVOD

Osnovno određenje selektivnog mutizma

Selektivni mutizam (SM) je redak poremećaj koji se javlja u detinjstvu, tokom kojeg deca fluentno i bez teškoća govore sa bliskim ljudima i u poznatim situacijama, ali izražavaju teškoće u govoru ili im govor potpuno odsustvuje u nepoznatim situacijama i posebno, u školskom okruženju. Često uopšte ne govore među svojim vršnjacima ili pred publikom. U porodičnim situacijama ova deca govore primereno komunikativnom kontekstu, potpuno adekvatno, čak mogu da budu veoma pričljiva. Vrtić i škola su sredine u kojima se SM najčešće javlja, a tretman uobičajeno počinje u školskom periodu.

Kriterijumi za dijagnozu ovog poremećaja na osnovu klasifikacija mentalnih poremećaja (ICD-10 i DSM-IV) naglašavaju prisustvo značajne i stalne selektivnosti u govoru koja je emocionalna uslovljena. Karakteristike deteta koje uobičajeno prate selektivni mutizam su: izražena stidljivost, strah od socijalnog poniženja, socijalna izolacija i povlačenje, kompulzivna ponašanja, negativizam, napadi besa, kontrolišuće ponašanje ili oponiranje, naročito kod kuće (American Psychiatric Associations, 2000). Ovakvo ponašanje drugi mogu tumačiti kao ponašanje sa tendencijom kontrolisanja i oponiranja (Sharkey & McNicholas, 2008). Nova klasifikacija mentalnih poremećaja (DSM-V) iz 2013. godine, SM svrstava u anksiozne poremećaje i naglašava nemogućnost da se govori u situacijama u kojima je govor očekivan (npr. tokom usmenog odgovaranja u školi).

Naučno tumačenje ovog poremećaja menjalo se sa nje govim sve boljim razumevanjem. Prvi koncepti su naglašavali karakter odbijajućeg ponašanja i svodili ga na odbijanje da se govori. Kusmaul (Kusmaul), nemački psihijatar koji ga je prvi opisao, 1877. godine, nazvao ga je „voljna afonija“. Ova konceptualizacija bila je podržana od Tramera (Trammer, 1934) koji je koristio termin „elektivni mutizam“ opisujući decu koja uporno odbijaju da govore. U DSM-III iz 1980. godine korišćen

je termin „elektivni mutizam“, a od 1994. godine, u DSM-IV, kao i u DSM-V, upotrebljava se izraz „selektivni mutizam“. Termin elektivni mutizam podrazumeva je odsustvo govora u skoro svim socijalnim situacijama zbog odbijanja deteta da govori, dok se termin selektivni mutizam odnosi na odsustvo govora u određenim socijalnim situacijama (u školi, sa vršnjacima itd.) i u većoj meri podrazumeva nemogućnost deteta da govori. Razlika u tretiranju SM u DSM-III s jedne strane, i DSM-IV i DSM-V s druge je upravo u tome što se više ne navodi da dete kontinuirano odbija da govori. Savremena shvatanja naglašavaju nesposobnost dece i adolescenata da se spontano i uspešno verbalno izražavaju u određenim situacijama. Neki autori (Dow et al., 1995) smatraju da dete ima doživljaj sopstvene nesposobnosti govorenja u specifičnim verbalnim situacijama, koji uzrokuje stvarno odsustvo govora. U skladu sa konceptima koji su preovladavali, bile su osmišljavane i terapijske intervencije. Dugi period odlikovalo je shvatanje da će poremećaj spontano nestati (Freeman et al., 2004), a smatra se da više od 40% dece sa SM nikada ne započne bilo kakav tretman. Nekoliko studija pokazuje da se spontano nestajanje dešava do pete godine (Ford et al., 1998; Standart & Le Couteur, 2003). Poslednjih godina ulažu se naponi da se ispituju nalazi istraživanja zasnovani na razvojnoj perspektivi koja se oslanja na multiple uzroke nastanka poremećaja, kontekst i razvojnu fazu u kojoj se dete nalazi. Teorija emocionalne regulacije nudi objašnjenje o tome zašto su neka deca vulnerabilnija na prisustvo etioloških faktora (Scott & Beidel, 2011). Vijana i saradnici (Viana et al., 2009) smatraju da razvojna psihologija predstavlja koristan okvir za konceptualizaciju SM i da može da posluži kao integrativni zajednički imenitelj za organizovanje različitih zaključaka koji su permanantno prisutni u literaturi.

SM se uobičajeno postepeno javlja između druge i pete godine, a najčešće na uzrastu od tri i po godine (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997; Steinhaysen & Juzi, 1996), mada se tipično ne dijagnostikuje pre nego što dete uđe u školski sistem zbog teškoća roditelja da prepoznaju poremećaj koji se obično ne manifestuje u njihovom prisustvu. Neke studije navode

otpornost na poboljšanje tokom tretmana i dugotrajno trajanje poremećaja sve do odraslog doba (Kumpulainen, 2002; Sharkey & McNicholas, 2008).

Ima istraživanja koja izveštavaju o blago većoj učestalosti javljanja SM kod devojčica nego kod dečaka (Kumpulainen, 2002; Standart & Couter, 2003; Garcia et al., 2004; Lescano, 2008; Mendlowitz & Monga, 2007). Razlika u polu verovatno ima više veze sa činjenicom da devojčice češće od dečaka izveštavaju o postojanju simptoma anksioznosti (Standart & Couter, 2003).

Istraživanja daju različite podatke o prisustvu ovog poremećaja. Procene se kreću od 0,03% do 0,2%. Ranije studije navodile su prisutnost od otprilike manje od 1% dece školskog uzrasta. Istraživanja navode prisustvo kod 0,18% školske dece u Švedskoj (Kopp & Gillberg, 1997) i 0,2% u Finskoj (Kumpulainen et al., 1998). Takođe, postoje istraživanja prema kojima gotovo jedan procenat cele populacije ima neki vid ovog poremećaja (Bergman et al., 2002; Elizur & Perednik, 2003). Različiti podaci verovatno imaju veze sa različitim kriterijumima koji su se koristili u studijama (Kumpulainen, 2002).

Literatura o ovom poremećaju je limitirana metodološkim slabostima, a karakteriše je veoma često navođenje studija slučaja (Cohan et al., 2006; Storgaard & Thomsen, 2003). Kamposano (Camposano, 2011) smatra da je veliki broj dece sa SM-om pogrešno dijagnostikovano ili je jednostavno tretirano kao stidljivo. Dodatni problem predstavlja činjenica da pedijatri, kao i vaspitači i nastavnici, koji bi mogli da prepoznaju poremećaj, s obzirom da su osobe izvan porodičnog okruženja u kome govori uglavnom ne izostaje, često ovu decu sagledavaju kao stidljivo. Takođe, nema dobro kontrolisanih longitudinalnih epidemioloških studija.

Autori se uglavnom slažu da je etiologija ovog poremećaja multifaktorska. Među značajnije etiološke faktore navode se: minimalne moždane disfunkcije, somatske ili psihološke traume naročito tokom razvoja govora, porodični odnosi i posebno, odnos između majke i deteta. Najčešće, studije

navode biološku determinisanost vezanu za tip temperamenta i komponente vezane za anksioznost (Kumpulainen, 2002). Empirijska istraživanja pokazuju povezanost SM-a sa socijalnom anksioznošću, oponirajućim ponašanjem i kašnjenjem u jezičkom razvoju.

Deskriptivne studije i studije slučaja konzistentno pronalaze dokaze za vezu između SM-a i klinički značajnije izražene socijalne anksioznosti (Cohan et al., 2008). Neki autori (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997) navode da svi ispitanici sa SM-om zadovoljavaju kriterijume DSM-III za dijagnostikovanje socijalne fobije ili izbegavajućeg poremećaja u detinjstvu. Neki autori (Vecchio & Kearney, 2005) ukazuju da 53% ispitanika ima socijalnu fobiju, a Kristensen (Kristensen, 2000) smatra da 67% izražava više nivoe socijalnih fobija.

Nalazi studija o vezi oponirajućeg ponašanja i SM-a su kontradiktorni. Neka istraživanja govore o visokom procentu (90%) tendencija ka kontrolišućem, negativnom i oponirajućem ponašanju u verbalnim i neverbalnim situacijama (Krohn et al., 1992), dok neka druga (Steinhaysen & Juzi, 1996) izveštavaju da su oponirajuće odbrambeno ponašanje i agresivno ponašanje pronađeni u samo 20% slučajeva dece sa SM-om. U istraživanju nekih autora (Diliberto & Kearney, 2016) faktor opozicionog ponašanja je statistički izdvojen i utvrđena je njegova veza sa agresivnim ponašanjem, prkosom, protivljenjem, socijalnim problemima i simptomima socijalne anksioznosti, dok neki drugi (Vecchio & Kearney, 2005) nisu našli razlike u nivou eksternalizovanih problema u ponašanju dece sa SM-om koje su procenjivali roditelji i nastavnici. Kanningam i saradnici (Cunningham et al., 2006) takođe nisu potvrdili viši nivo u oponirajućem ponašanju dece sa SM-om. Neki autori (Kristensen, 2000; Yeganeh et al., 2003) smatraju da bi ovako kontradiktorni podaci mogli govoriti o različitoj sklonosti roditelja da izbegavajuće ponašanje dece tumače kao kontrolišuće ili oponirajuće u situacijama kada ona zapravo izražavaju socijalnu anksioznost.

Istraživanja ukazuju da se kod 20% do 50% dece sa SM-om mogu utvrditi kašnjenja u jezičkom razvoju. Autori (Steinhausen & Juzi, 1996; Wilkins, 1985) navode nalaz o 30% dece sa SM koja su izražavala kašnjenje u razvoju govora, artikulacione probleme ili druge teškoće u komunikaciji, dok Kristensen (Kristensen, 2000) smatra da je reč o 50% dece. Autori Anderson i Tomsen (Andersson & Thomsen, 1998) su pronašli dokaze o postojanju artikulacionih problema i kašnjenja u razvoju govora kod skoro 50% dece. Ford i saradnici (Ford et al., 1998) tvrde da su kod 153 osobe sa SM (19%) identifikovani govorni i jezički problemi i da je 34,6 % osoba odlazilo na tretmane zbog ovog poremećaja. Suprotne nalaze daje studija (Black& Uhde, 1995) koja nije utvrdila dokaze o postojanju razvojnih kašnjenja kod učesnika istraživanja. Moguće je da su ovako protivurečni rezultati posledica neujednačenosti kriterijuma za utvrđivanje i komunikacionih problema i SM-a. Neki autori (Elizur & Perednik, 2003) su naglašavali nalaze o višem nivou SM-a kod bilingvalne dece emigranata ukazujući na stres u procesu usvajanja jezika kao uzrok poremećaja.

Rezultati studija slučaja porodica dece sa SM-om ukazuju na postojanje komunikacionih problema, depresivnih i anksioznih reagovanja kod članova porodice. Jedno novije istraživanje (Chavira et al., 2007) je utvrdilo da 37% roditelja dece sa SM ima socijalnu fobiju, a 17% izbegavajući poremećaj ličnosti što je statistički značajno više nego kod kontrolne grupe, kao i da je kod njih prisutan viši neuroticizam i smanjena otvorenost, mereno NEO PI R-om (Petofaktorski inventar ličnosti).

Teorijski modeli objašnjenja selektivnog mutizma

SM kao varijanta anksioznog poremećaja

Ovo shvatanje podrazumeva bar dve vrste etioloških faktora koji objašnjavaju pojavu SM-a, a to su biološka predisponiranost i uticaj faktora okruženja (Anstendig, 1999). Nesposobnost

da se govori u određenim situacijama je izraz socijalne anksioznosti. Možda je najizrazitije shvatanje ovog teorijskog modela stanovište autora Bleka i Uhdea (Black & Uhde, 1992) koji smatraju da je SM samo ozbiljnija forma socijalne fobije. Brojne studije slučaja pokazuju postojanje socijalne fobije združene sa SM-om (Dummit et al., 1997; Scharkey & McNicholas, 2008). Najčešće konceptualizacije SM-a ovog teorijskog modela fokusirane su na vezu sa stidom, temperamentom koji izražava inhibirano ponašanje i socijalnom anksioznošću (Bergman et al., 2002; Dummit et al., 1997; Ford et al., 1998). Visok nivo socijalnih fobija je utvrđen kod dece sa SM-om ili članova njihovih porodica (Black & Uhde, 1995; Chavira et al., 2007; Kristensen, 2000; Vecchio & Kearney, 2005). Ranije spominjane studije (Black & Uhde, 1995; Dummit et al., 1997; Vecchio & Kearney, 2005) utvrđuju zadovoljavanje kriterijuma za dijagnozu socijalne fobije po DSM-III i DSM-IV kod dece sa SM-om. Na osnovu nalaza empirijskih studija zaključuje se da SM predstavlja ozbiljan poremećaj anksioznog spektra (Kryanski, 2003).

Polazeći od činjenica da su karakteristike socijalne fobije strah od negativne procene drugih i zebnja da će se uraditi ili reći nešto što će dovesti do poniženja, pojava SM-a se objašnjava tendencijom dece sa SM-om da, zadržavajući govor, pokušavaju da kontrolišu narastajuću anksioznost u socijalnim situacijama. Ovakvo tumačenje podrazumevalo bi da je SM istovremeno i rudimentarni način samoodbrane (Anstendig, 1999).

Model porodične disfunkcionalnosti

Autori teorijske orijentacije koja se zasniva na sistemskom pristupu porodici smatraju da je SM izraz disfunkcionalnosti porodičnog sistema (Dow et al., 1995; Anstendig, 1999; Kryanski, 2003). Oni naglašavaju dva etiološka faktora vezana za porodično funkcionisanje: strah od izdaje nekih od značajnih porodičnih tajni i otpor prema majci koja izražava prekomerno zavisno ponašanje prema detetu. Autori ove orijentacije objašnjavaju da disfunkcionalne porodične sisteme deteta sa SM karakterišu ekstremna emotivna umreženost deteta i majke, prisustvo

pasivnog oca i stidljivost ostalih članova porodice. Pretpostavka je da identifikovani problemi deteta u vidu SM-a i umreženi odnosi između deteta i majke vrše funkciju kamufliranja bračnog problema (Dow et al., 1995; Anstendig, 1999; Kryanski, 2003; Sharkey & McNicholas, 2008). Ovakvi odnosi ometaju individualni razvoj deteta i otežavaju razvoj socijalnih odnosa sa ljudima izvan porodice. U ovim porodicama roditelji kontrolišu neprijateljske stavove prema socijalnom okruženju i projektuju ih na dete koje postaje nepoverljivo prema sredini i drugima. Na taj način dete prima poruku da je prisustvo roditelja neophodno za preživljavanje. SM se posmatra kao odbrambeni mehanizam protiv osećanja vulnerabilnosti i opasnosti koji se javljaju kada roditelji nisu tu (Anstendig, 1999). Na taj način, SM može da se tretira i kao forma separacionih problema.

Kristensen i Torgerson (Kristensen & Torgerson, 2001) se slažu da je „porodični fenomen” nakon što su u ispitivanjima ličnosti roditelja dece sa SM-om utvrdili da su oni imali teškoće vezane za stidljivost i socijalnu anksioznost. Pojedini autori (Schwartz et al., 2006) navode da je 33% članova porodice izražavalo socijalno-anksiozni poremećaj, a 12,1% imalo člana porodice sa SM.

Psihodinamska objašnjenja

Rana psihodinamska shvatanja su SM smatrala manifestacijom oralne ili analne fiksacije, odnosno nerešenog nesvesnog konflikta. Neka od ovih tumačenja podrazumevala su – nesvesnu želju da se kazne roditelji (Maier, 1979; Parker et al., 1960), odgovor na situaciju u porodici, npr. prisustvo nadmene majke i strogog i odbijajućeg oca (Youngerman, 1979), kao i reakcije na traumu – seksualno zlostavljanje, ranu hospitalizaciju, razvod roditelja (Browne et al., 1963). Psihodinamska objašnjenja podrazumevaju da pojava simptoma SM omogućava detetu da izrazi nesvesna osećanja ljutnje i anksioznosti. Smatra se da konflikti potiču iz perioda razvoja kada je bilo moguće samo neverbalno izražavanje (pre razvoja govora). Neki autori ove orijentacije SM opisuju kao mehanizam odbrane koji dete

koristi da ne bi izražavalo osećanja direktno prema roditeljima, najčešće majci (Cline & Baldwin, 1994). Ovo stanovište podrazumeva i postojanje teškoća da se verbalno izraze misli i osećanja zbog rizika da dete bude preplavljeno sopstvenim uznemirujućim osećanjima.

Neki noviji psihodinamski koncepti poremećaja podrazumevaju intrapsihičke konflikte vezane za odlaganje i potiskivanje procesa tuge (Valner & Nemiroff, 1995), prenatalno neprijateljstvo i strah od nepoznatog (Shreeve, 1991), oštećene objektivne odnose (Bonovitz, 2003; Rossouw & Lubbe, 1994; Vasilyeva, 2013) i kastracionu anksioznost (Yanof, 1996).

SM kao posledica traume

Neka rana teorijska shvatanja su navodila traumatska iskustva (npr. zlostavljanje, smrt voljene osobe) kao neposredne povode, „okidače” za pojavu SM (Dow et al., 1995), dok druga (Andersson & Thomsen, 1998) sugerišu da se traumatska iskustva mogu tretirati kao etiološki faktor nastanka SM. Ovi autori izveštavaju o postojanju traumatskih iskustava tokom godina krucijalnih za razvoj govora kod jedne trećine od 37 ispitanika. Ipak, prema velikom broju studija, deca koja imaju iskustvo traume nisu sklonija SM-u (Gray et al., 2002; Steinhausen & Juzi, 1996). Autori Dumit i saradnici (Dummit et al., 1997) i Blek i Uhde (Black & Uhde, 1992) nisu pronašli dokaze za povezanost traume sa opisanim slučajevima SM-a, mada su Blek i Uhde (Black & Uhde, 1995) otkrili značaj rane traume kod 4 od 30 ispitanika koji su intervjuisani strukturiranim intervjuom.

Posttraumatski stresni poremećaj bio je, takođe, povezan sa SM-om kao njegov potencijalni prethodnik (Manassis et al., 2003; Krohn et al., 1992). Simptomi dece sa ovim poremećajem podrazumevaju izbegavanje misli i osećanja koja su vezana za traumu, slabljenje komunikacionih veština i izbegavanje bilo kakvog verbalnog izražavanja koje je vezano za traumu, uz moguće postojanje selektivne amnezije. Prestanak govora koji se javlja kod SM-a može biti kopiranje iskustava koja su vezana za traumatski događaj. Literatura o povezanosti

ova dva poremećaja ukazuje na disocijativne procese koji se mogu pronaći kod oba. Iako ovo objašnjenje SM nije mnogo često, autorka Vong (Wong, 2010) navodi nekoliko slučajeva dece koja su trpela zanemarivanje i doživela traumu, a klasifikuju se kao selektivno mutistična deca.

Bihevioralne teorije

Bihevioralne teorije nude različito objašnjenje SM koje je bazirano na učenju negativnim potkrepljenjem. Neuspeh u govorenju tumači se kao posledica pogrešnog učenja koje je pojačano od strane okoline. To je naučena strategija manipulacije sredinom, način izbegavanja anksioznosti ili privlačenja pažnje. Autori ovog teorijskog stanovišta smatraju da je SM pre adaptivan nego psihopatološki odgovor deteta (Krysanski, 2003). SM je produkt serije uslova i bez obzira na uzroke, obično donosi sekundarnu dobit (Labbe & Williamson, 1984). Problemi u govoru se mogu definisati kao inhibicije u spontanom ponašanju u situacijama koje se ne doživljavaju kao familijarne i u kojima se traži prisustvo roditelja. U novim socijalnim situacijama, simpatički nervni sistem preuzima inhibitornu kontrolu nad ponašanjem i sposobnošću da se govori. Ponavljanje neprijatnih situacija koje dovode do inhibicija doprinosi da se dete navikava na mutizam. Ako roditelji tolerišu ili neguju ovakvo ponašanje ono će se zadržavati. SM može biti i posledica imitiranja članova svoje porodice. Ono je rezultat kontinuiranog obrasca negativnog potkrepljenja u kojem deca uče da je odbijanje da govore način manipulisanja sredinom, ali i način izbegavanja anksioznosti. Autori ovog teorijskog stanovišta navode nalaze za koje smatraju da empirijski potvrđuju njihovo mišljenje.

Tretman selektivnog mutizma

Zbog nedovoljno jasne etiologije SM česta su neslaganja autora o koncepcijama tretmana ovog poremećaja. Takođe, još uvek ne postoji dovoljno dobra empirijska potvrda o efikasnosti

određenih vrsta tretmana. Neki autori smatraju da je tretman SM-a zapravo tretman anksioznih stanja (uključujući i farmakoterapijski pristup). Mnogi autori naglašavaju (Wright et al., 1994; Dow et al., 1995) da još uvek ne postoji sistematski razvijen tretman SM-a. Uočljiv je trend kreiranja multivarijantnih tehnika, koje su usmerena na dete sa SM-om, njegove roditelje, kao i na školsko okruženje.

Značajna pitanja tretmana SM-a vezana su za spontani nestanak poremećaja tokom razvoja, činjenicu da mnoga deca nikada nisu uključena u tretman, kao i to da je izvestan broj dece rezistentan na bilo kakav tretman i da mutizam ostaje prisutan i u odrasloj dobi. Na značaj efikasnog tretmana ukazuje i činjenica da bi se njime izbegle dugotrajne posledice poremećaja, s obzirom da su zbog SM ugroženi socijalni odnosi. Neke studije (Sharkey & McNicholas, 2008) sugerišu da SM može biti razvojni preteča socijalnih fobija kod odraslih.

Kouhan i saradnici (Cohan et al., 2006) u evaluaciji savremene literature (23 studije) o psihološkim intervencijama vezanim za SM saopštavaju da deset studija navodi bihejvioralni ili kognitivno-bihejvioralni pristup, jedna studija jezički bihejvioralni trening, jedna porodični sistemski pristup, pet psihodinamski, a šest multimodalni pristup. Pionek Stone i saradnici (Pionek Stone et al., 2002) navode analizu 114 studija o SM koja se može svesti na tri zaključka: (a) veća efikasnost u povlačenju SM postiže se primenom tretmana u odnosu na odsustvo tretmana, (b) tretman zasnovan na bihejvioralnom prisutupu dovodi do veće efikasnosti nego odsustvo tretmana, (c) nema razlike u efikasnosti između dve najčešće primenjivane bihejvioralne tehnike (primena bihejvioralne analize i kombinovan bihejvioralni pristup). U nastavku teksta ukratko će se prikazati psihološke intervencije, a naročito značaj će se posvetiti savremenim pristupima koji podrazumevaju intervencije u školskom okruženju.

Psihodinamski tretman SM usmeren je na razumevanje korena poremećaja (Cohan et al., 2006). Kreiranje tretmana SM-a podrazumeva izbegavanje slobodnih asocijacija ili

odgovore na pitanja, zbog inhibiranosti u govoru i verbalnom izražavanju. Pritisak da se komunicira je zamenjen aranžiranjem relaksirajuće, neobavezujuće atmosfere koja omogućava da terapijske intervencije budu efikasne (Weinstein, 2001). Psihodinamska shvatanja podrazumevaju da SM, odnosno tišina u komunikaciji koju deca ispoljavaju, ima nesvesni simbolički smisao čijim otkrivanjem (kroz interpretacije terapeuta) poremećaj treba da nestaje. Danas su najčešće u upotrebi psihodinamske projektivne terapijske tehnike kao što su art terapija, terapija igrom i muzikoterapija sa različitim varijetetima.

Empirijske potvrde efikasnosti psihodinamskih terapija su nedovoljne. Friman i saradnici (Freeman et al., 2004) smatraju da nema bitnih studija slučaja ili istraživanja koja pružaju dokaze o efikasnosti ovog terapijskog pristupa.

Rad sa porodicom deteta sa SM često se smatra neophodnim delom tretmana. Generalno gledano, cilj ovakvog rada je utvrđivanje porodičnih odnosa i eventualnih komunikativnih matrica koje doprinose razvoju i održanju SM-a. Utvrđeno je da učešće roditelja u tretmanu ima pozitivne efekte na njegovo odvijanje (Kumpulainen, 2002; Mendlowitz & Monga, 2007; Sharkey et al., 2008). Jedan od ciljeva tretmana je modifikovanje roditeljskog stila ponašanja u pravcu adekvatnijeg izlaženja na kraj sa stresom i strahom. Pažnja se posvećuje i neverbalnim porukama koje roditelji upućuju deci (Beidel & Turner, 2007).

Bihevioralne i kognitivno-bihevioralne tehnike u tretmanu SM-a, po mnogim autorima (Freeman et al., 2004; Kaakeh & Strumpf, 2008; Mendlowitz & Molda, 2007) su najčešće u upotrebi i one su u najvećoj meri podržane istraživanjima (Anstendig, 1999; Labbe & Williamson, 1984; Leonard & Topol 1993).

Specifične tehnike zasnovane na teorijama učenja uključuju razne vrste potkrepljenja, samodelovanje uz pomoć video-snimaka deteta, samopotvrđivanje i jačanje samopouzdanja, operantno uslovljavanje adaptivnih oblika verbalnog ponašanja nagrađivanjem, oblikovanje, sistematsku desenzitizaciju i postepeno uključivanje u situacije koje su provokativne

za nastajanje anksioznosti i pojavu SM-a, trening socijalnih veština praćenih verbalnim izražavanjem, podsticanje odgovora i mnoge druge. Cilj bihejvioralnih i kognitivno-bihejvioralnih tehnika je provociranje verbalizacije u prigodnim situacijama. Na primer, tokom sistematske desenzitizacije, koja je dosta korišćena za prevladavanje anksioznih stanja, dete se postepeno izlaže situacijama u kojima postoji odsustvo govora. Uobičajeno se smatra da dete na početku treba da zamišlja situacije graduirane prema nivou nelagode koju izazivaju (npr. govor pred vršnjacima, u školi, usmeno odgovaranje). Očekuje se da dete uz pomoć predstava prevladava anksioznost, da bi se kasnije izlagalo realnim situacijama i na kraju procesa pojavilo kao govornik pred vršnjacima i nastavnikom u školi.

Multidimenzionalni tretman SM

S obzirom na kompleksnu prirodu SM-a, nije teško naći jake argumente za njegov multidimenzionalni tretman koji uključuje nastavnike, vršnjake, roditelje i druge članove porodice (Camposano, 2011).

Kako izveštava savremena literatura (Cohan et al., 2006; Kumpulainen, 2002; Sharkey & McNicholas, 2008) danas su sve više u upotrebi eklektički terapijski pristupi. Često se kombinuju psihodinamski i porodični pristupi ili bihejvioralni i kognitivno-bihejvioralni pristupi sa psihosocijalnim intervencijama u školi. Sve više su prisutni i multidisciplinarni pristupi koji podrazumevaju logopedski tretman i tretman u školskom okruženju (Giddan et al., 1997; Russell et al., 1998). Naročit značaj se daje transferu postignuća u prevazilaženju SM-a sa terapijskih situacija na školski kontekst i komunikaciju sa vršnjacima i nastavnicima (Cohan et al., 2006). Sve je vidljivija i potreba da se dođe do empirijskih istraživanja koja bi bila baza za tretman dece u školi (Kratochwill & Stoiber, 2000; Stoiber & Kratochwill, 2000).

Literatura detaljno prikazuje tretmane (npr. Giddan et al., 1997) u kojima se na osnovu studije slučaja prikazuju rad multidisciplinarnog tima i pojedinačne opservacije psihologa,

nastavnika i logopeda koji rade sa detetom sa SM-om. Neke uspešne primere ovakvih tehnika navode autori Rajt i saradnici (Wright et al., 1995) i Džekson i saradnici (Jackson et al., 2005). Najveći broj multidimenzionih tretmana prikazan je u literaturi u vidu studija slučaja.

Neki autori (Dow et al., 1995; Camposano, 2011) naročito izdvajaju ulogu nastavnika deteta sa SM-om smatrajući da oni igraju krucijalnu ulogu u tretmanu. Upravo nastavnici obično prvi ukazuju na postojanje ovog komunikacionog problema, budući da se SM najčešće javlja u školskom kontekstu i da roditelji ne mogu da ga prepoznaju s obzirom da dete uobičajeno govori kada je sa njima. Zbog toga se ističe važnost obučenosti nastavnika za procenu ovog poremećaja kako bi se izbeglo pogrešno dijagnostikovanje, kao što je tretiranje mutistične dece kao stidljive, neprilagođene i slično. Nastavnici nisu u mogućnosti da samostalno rade na prevazilaženju SM-a, već su upućeni da traže pomoć školskih psihologa, ali neizostavno treba da učestvuju u multidisciplinarnom timu koji se bavi SM-om dece. Šipon-Blam (Shipon-Blum, 2003) naglašava veliki značaj koji može da ima adekvatan stav nastavnika i razumevanje samog poremećaja. Ona smatra da je dobrodošla dozvola nastavnika da dete komunicira neverbalno u učionici, koliko god je to potrebno. Negujuće, bezbedno okruženje učionice doprinosi osećanju adaptiranosti i sigurnosti deteta. Nastavnik radi na adekvatnom prihvatu deteta sa SM-om od strane vršnjaka i podstiče njegovu socijalnu integraciju. Za očekivanje je da ovakav pristup pogoduje smanjenju anksioznosti i protivljenja.

Jedan broj studija (Kumpulainen, 2002; Lescano, 2008; McHolm et al., 2005) pokazuje da spremnost nastavnika i ostalog nastavnog osoblja da sarađuje sa roditeljima i terapeutima doprinosi pozitivnim efektima tretmana. Drugi autori (Vecchio & Kearney, 2007; Lescano, 2008; McHolm et al., 2005) podržavaju ideju da stručni tim u školi (nastavnik, direktor, školski psiholog) doprinosi tretmanu tako što mogu da daju vredne opservacije vezane za ponašanje deteta u školi, nivo njegove anksioznosti i intenzitet i kvalitet pojave poremećaja u određenom vremenskom periodu.

Uloga nastavnika u sprovođenju bihejvioralnih tehnika koje su deo tretmana SM-a, takođe može biti značajna. Nastavnik je u neposrednom kontaktu sa detetom, a školski kontekst omogućava sprovođenje pozitivnog potkrepljenja za svaku verbalizaciju koja se pojavi kod deteta.

ZAKLJUČAK

S obzirom da je SM još uvek nedovoljno ispitan poremećaj anksioznosti, kao i da su nedovoljno jasni uticaji različitih etioloških faktora potrebno je da naredna istraživanja doprinesu njegovom boljem razumevanju. Teorijski pristupi koji objašnjavaju poremećaj i psihološke intervencije koje se na njima zasnivaju trebalo bi da dobiju jasnije potvrde u empirijskim istraživanjima. Imajući u vidu nisku prisutnost ovog poremećaja, neophodni su nalazi studija slučaja koji treba da, kroz kvalitativne analize povećavaju nivo znanja o ovom poremećaju. Napori istraživača treba da budu usmereni na utvrđivanje metodoloških procedura za ispitivanje SM-a koje se zasnivaju na jasnim dijagnostičkim kriterijumima. Savremen tretman SM-a podrazumeva multidisciplinarni pristup, a inovacije na ovom polju treba da omoguće individualizovani pristup deci sa SM-om.

U našoj sredini, SM nije sistematski izučavan, a u kliničkoj praksi nisu razvijene savremene forme tretmana navođene u tekstu. Ovaj rad je pokušaj da se doprinese razvoju literature o ovom poremećaju na našem jeziku, sa namerom podsticanja izučavanja selektivnog mutizma u domaćoj naučnoj i stručnoj praksi.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.* American Psychiatric Association; Washington, DC: text revision.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. fifth ed.* American Psychiatric Association; Washington, DC. London, England.
3. Anstendig, K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(4), 417-434.
4. Andersson, C. B., & Thomsen, P. H. (1998). Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. *Nordic Journal of Psychiatry, 52*(3), 231-238.
5. Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(7), 847-856.
6. Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Case study: elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(6), 1090-1094.
7. Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 938-946.
8. Browne, E., Wilson, V., & Laybourne, P. C. (1963). Diagnosis and treatment of elective mutism in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 2*(4), 605-617.
9. Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: The nature and treatment of social phobia.* Washington, DC: American Psychological Association Press.
10. Bonovitz, C. (2003). Treating children who do not play or talk: Finding a pathway to intersubjective relatedness. *Psychoanalytic psychology, 20*(2), 315-328.
11. Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *The Professional Counselor: Research and Practice, 1*(1), 40-56.

12. Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085-1097. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x
13. Cohan, S. L., Chavira, D. A., Blum, E. S., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the Classification of Children with Selective Mutism: A Latent Profile Analysis, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 770-784.
14. Chavira, D. A., Shipon Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective Mutism and Social Anxiety Disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1464-1472.
15. Cline, T., & Baldwin, S. (1994). *Selective mutism in children*. San Diego: CA: Singular.
16. Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European child & adolescent psychiatry*, 15(5), 245-255.
17. Diliberto, R. A., & Kearney, C. A. (2016). Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism. *Journal of communication disorders*, 59, 16-23.
18. Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E., & Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836-846.
19. Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653-660.
20. Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451-1459.

21. Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13(3), 192-227.
22. Freeman, J. B., Garcia, A. M., Miller, M. L., Dow, S. P., & Leonard, H.L.(2004). Selective mutism, In T. L. Morris, & J. S.March (Ed.) *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, (pp. 280-301). New York: Guilford Press.
23. Gray, R. M., Jordan, C. M., Ziegler, R. S., & Livingston, R. B. (2002). Two sets of twins with selective mutism: Neuropsychological findings. *Child Neuropsychology*, 8(1), 41-51.
24. Giddan, J. J., Ross, G. J., Sechler, L. L., & Becker, B. R. (1997). Selective Mutism in Elementary School Multidisciplinary Interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28(2), 127-133.
25. Garcia, A. M., Freeman, J. B., Francis, G., Miller, L. M., & Leonard, H. L. (2004). Selective mutism. In T. Ollendick (Ed.). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*, 433-455. London: Oxford University Press.
26. Jackson, M. F., Allen, R. S., Boothe, A. B., Nava, M. L., & Coates, A. (2005). Innovative analyses and interventions in the treatment of selective mutism. *Clinical Case Studies*, 4(1), 81-112.
27. Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school, *Europe Child and Adolescents Psychiatry*, 7(1), 24-29.
28. Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS drugs*, 16(3), 175-180.
29. Kristensen, H., & Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 648-652.
30. Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39,249-256.
31. Krohn, D. D., Weckstein, S. M., & Wright, H. L. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism.

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 711-718.
32. Kaakeh, Y., & Stumpf, J. L. (2008). Treatment of selective mutism: focus on selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy*, 28(2), 214-224.
 33. Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29-40.
 34. Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective Mutism: A Population-based Study: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257-262.
 35. Kratochwill, T. R., & Stoiber, K. C. (2000). Empirically supported interventions and school psychology: Conceptual and practice issues – Part II. *School Psychology Quarterly*, 15(2), 233-253.
 36. Labbe, E. E., & Williamson, D. A. (1984). Behavioral treatment of elective mutism: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 4(3), 273-292.
 37. Lescano, C. M. (2008). Silent children: Assessment and treatment of selective mutism. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 24(1), 6-7.
 38. Leonard, H. L., & Topol, D. A. (1993). Elective mutism, In H. L. Leonard (Ed.), *Child and adolescent psychiatric clinics of North America: Anxiety disorders* (pp. 695-708). Philadelphia, PA: Saunders.
 39. Mendlowitz, S. L., & Molda, S. (2007). Unlocking speech where there is none: Practical approaches to the treatment of selective mutism. *The Behavior Therapist*, 30(1), 11-15.
 40. Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety?. *Depression and Anxiety*, 18(3), 153-161.
 41. McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K. (2005). *Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
 42. Maier, A. (1979). Elective mutism in children. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 17, 93-100.
 43. Parker, E. B., Olsen, T. F., & Throckmorton, M. C. (1960). Social casework with elementary school children who do not talk in school. *Social Work*, 64-70.

44. Pionek Stone, B., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I., & Serlin, R. C. (2002). Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 168-190.
45. Rossouw, T., & Lubbe, T. (1994). Psychotherapy of a young boy with elective mutism. *Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa*, 2, 21-30.
46. Russell, P. S., Raj, S. E., & John, J. K. (1998). Multimodal intervention for selective mutism in mentally retarded children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 903-904.
47. Scott, S., & Beidel, D. C. (2011). Selective mutism: an update and suggestions for future research. *Current psychiatry reports*, 13(4), 251-257. doi: 10.1007/s11920-011-0201-7
48. Shreeve, D. F. (1991). Elective mutism: Origins in stranger anxiety and selective attention. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55(4), 491-504.
49. Shipon-Blum, E. (2003). *The ideal classroom setting for the selectively mute child*. Meadowbrook, PA: Selective Mutism Anxiety Research and Treatment. Philadelphia. Pennsylvania.
50. Schwartz, R. H., Freedy, A. S., & Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence?. *Clinical pediatrics*, 45(1), 43-48.
51. Storgaard, P., & Thomsen, P.H. (2003). Elective mutism--a disorder of social functioning or an emotional disorder? *Ugeskr Laeger*, 165(7),678-681.
52. Stoiber, K. C., & Kratochwill, T. R. (2000). Empirically supported interventions and school psychology: Rationale and methodological issues – Part I. *School Psychology Quarterly*, 15(1), 75-105.
53. Standart, S., & Couteur, A. L. (2003). The quiet child: A literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(4), 154-160.
54. Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614.
55. Sharkey, L., & McNicholas, F. (2008). 'More than 100 years of silence', elective mutism: a review of the literature, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(5),255-263.

56. Sharkey, L., McNicholas, F., Berry, E., Begley, M., & Ahern, S. (2008). Group therapy for selective mutism – A parents' and children's treatment group. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 538-545.
57. Tramer, M. (1934). Elektiver Mutismus bei Kindern./Selective Mutism of Children. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 1, 30-35.
58. Vecchio, J. L., & Kearney, C. A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 31-37.
59. Valner, J., & Nemiroff, M. (1995). Silent eulogy. Elective mutism in a six-year-old Hispanic girl, *Psychoanalytic Study Child*, 50, 327-340.
60. Vasilyeva, N. L. (2013). Elective mutism: psychoanalytic view of the problem. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013(4), 208-225.
61. Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57-67. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.009.
62. Weinstein, L. (2001). Language, transference, and the developmental context in child analysis. *The Psychoanalytic study of the child*, 57, 355-373.
63. Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *The British Journal of Psychiatry*, 146(2), 198-203.
64. Wright, H. H., Cuccaro, M. L., Leonhardt, T. V., Kendall, D. F., & Anderson, J. H. (1995). Case study: fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 857-862.
65. Wright, H. H., Holmes, G. R., Cuccaro, M. L., & Leonhardt, T. V. (1994). A guided bibliography of the selective mutism (elective mutism) literature. *Psychological reports*, 74(3), 995-1007.
66. Wong, P. (2010). Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(3), 23-31.

67. Youngerman, J. K. (1979). Towards A Developmental Theory Of Silence And Language. *International Review of Psycho-Analysis*, 6, 283-295.
68. Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1069-1075.
69. Yanof, J. A. (1996). Language, communication, and transference in child analysis, Selective mutism: The medium is the message. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 79-100.

CONTEMPORARY VIEWS ON SELECTIVE MUTISM

Sanja Dimoski

University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation

Summary

The aim of this paper is to review contemporary literature on selective mutism (SM), available in our language. The paper includes a contemporary definition of the disorder, previous studies of selective mutism, theories about its origin, and treatment. SM is a disorder that occurs in childhood, when a child's speech is selectively lacking in certain social situations. School is the context in which the disorder is typically manifested, which is why SM is often diagnosed only after children start school. The paper gives a historical account of changes in views on this disorder. Modern conceptions emphasize selective inability of children to spontaneously and successfully express themselves verbally.

In researching SM, case studies on children who have selective mutism are most commonly published. Etiological factors are not precisely defined, and different conceptions give their interpretations depending on various theoretical frameworks. Some studies consistently indicate a relation between SM and social anxiety, and some with opposing behavior and delays in language development. Based on theoretical explanations of SM, psychological interventions (behavioral and cognitive-behavioral, psychodynamic and projective techniques, counseling and family therapy) are created. Modern treatment of selective mutism includes an eclectic approach and emphasizes the role of teachers and school in general. Future studies should deepen the knowledge about selective mutism, specify the methodological procedure and stimulate the individualized treatment of children with SM.

Key words: selective mutism, social anxiety, etiology of selective mutism, treatment of selective mutism

Primljeno: 16.08.2016.

Prihvaćeno: 05.10.2016.