

Клинический разбор

Если ребенок отказывается разговаривать

(селективный мутизм)

Клинический случай представляет детский психиатр Д.И. Марценковский (Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев).

В обсуждении принимают участие: детский невролог, психиатр А.Н. Дзюба, детский психолог Л.С. Ващенко, детский и подростковый психиатр Я.Б. Бикшаева (Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, г. Киев), детский и подростковый психиатр К. Дубовик (клиника детской и подростковой психиатрии Государственного медицинского университета северных территорий штата Нью-Йорк – Upstate Medical University, США, г. Сиракузы).



Д.И. Марценковский

Описание клинического случая

Светлана, 5 лет 2 мес, живет с родителями, 7-летней сестрой и 2-летним братом. Родители ребенка обратились за помощью к педиатру с жалобой на то, что девочка не разговаривает в социальных ситуациях за пределами квартиры или в самой квартире, если в ней находятся посторонние люди.

Анамнез заболевания

Со слов родителей, Светлана всегда была очень избирательной в общении, молчала, если домой приходили гости, всячески избегала с ними контактов.

Беспокойство родителей усилилось, когда девочка пошла в детский сад. Она начала посещать дошкольное учебное заведение в 3 года и 2 мес, но в течение года так и не начала использовать речь для коммуникации с другими детьми и воспитателями. Как отметили воспитатели, девочка была замкнутой, малообщительной, неохотно участвовала в групповых играх и занятиях.

Светлана поддерживала дружбу с несколькими соседскими детьми, играла с ними один на один дома, свободно общалась с воспитателем, когда та приходила к ним домой, но в садике ни с кем не разговаривала.

В течение года посещения дошкольного учреждения девочка стала общительнее, но так и не заговорила. Дома, когда к родителям приходили гости, она тоже ни с кем не разговаривала. Несколько раз она шептала что-то двум детям в детском садике и воспитателю на игровой площадке, но после того, как зимой заболела и месяц не посещала дошкольное учреждение, не разговаривала ни с кем в социальных ситуациях весь остаток года.

Летом, после второго года посещения дошкольного учреждения, в ответ на настойчивые просьбы своих родителей Светлана пообещала, что начнет разговаривать в садике осенью. Она продолжила посещать тот же детский садик, попала в группу того же воспитателя, но состав детского коллектива сильно изменился, большинство детей ее группы перешли в другие дошкольные учреждения. По прошествии месяца посещения детского садика девочка никому не сказала ни слова. Родители и воспитатели Светланы заметили негативную динамику в поведении ребенка – ее замкнутость заметно усилилась, она избегала любых форм взаимодействия с детьми и воспитателями.

И родители, и учителя пытались сформировать у ребенка заинтересованность в использовании диалоговой речи, мотивировали ее обещаниями вознаграждения, но эффекта не достигли. Воспитательница настойчиво пыталась общаться с девочкой, задавала ей конкретные вопросы, утверждая: «Я знаю, ты можешь мне ответить». Ее родители также пытались создать специальные условия, вынуждающие девочку разговаривать.

Светлана никогда не разговаривала с незнакомыми взрослыми и часто отказывалась общаться с дальними родственниками, даже если они находились дома, не разговаривала со своими родителями в общественных местах, в тех ситуациях, когда считала, что кто-то может услышать ее.

Она неохотно принимала участие в любых формах деятельности, если это могло привлечь к ней внимание. Например, Светлана попросила подругу взять ее в свою команду для игры в «выбивного». Со слов родителей, Светлана отлично справлялась, выглядела удовлетворенной, так как все делали одно и то же, никто не обращал на нее внимания. При этом она отказывалась выбивать мячом, но отвечала на вопросы других детей, когда мяч попадал в нее.

Со Светланой работали три разных детских психолога, но без видимого улучшения. Родители рассказывают, что два психолога играли с девочкой, пытаясь разговаривать с ней, но так и не смогли ничего сделать. Они советовали родителям поощрять использование Светланой речи, но эта тактика не позволила добиться того, чтобы ребенок начал разговаривать в присутствии посторонних. Один из психологов сказал родителям, что селективный мутизм у Светланы вызван психической травмой и девочка не использует речь в социальных ситуациях из-за недостаточного осознания травмирующих событий. Другой сделал предположение, что у Светланы – регресс речи, связанный с детской шизофренией или расстройством из спектра аутизма.

Детский невролог также предположил наличие у ребенка регресса речевого развития, предположительно связанного с синдромом Ландау-Клеффнера. В подтверждение диагноза врач ссылался на эпилептиформную активность в височных отделах мозга на ЭЭГ. Была рекомендована терапия противоэпилептическими препаратами, от которой родители ребенка отказались.

Попытка логопедической коррекции не привела к успеху. После совместной игры в течение нескольких часов девочка свободно разговаривала с логопедом дома. Понимание обращенной речи и экспрессивная речь ребенка были описаны как соответствующие возрасту. Логопед попробовала перенести занятия со Светланой в садик, но там девочка так и не заговорила.

Светлана боится собак, пауков и воды. У нее есть несколько менее выраженных страхов, которые не отвечают диагностическим критериям простой фобии из-за незначительного влияния на поведение и социальную адаптацию.

Анамнез заболевания девочки не содержит указаний на наличие эпизодов депрессии, расстройств пищевого поведения, нарушений развития. Светлана средняя из троих детей, проживает в полной семье, с обоими родителями, которые работают по профессии. Не удалось установить наличие травматического опыта у девочки.

Семейная история

Мать Светланы описывает себя в детстве как очень стеснительную, но с возрастом она преодолела этот недостаток. Она никогда не была молчаливой и не имела проблем, связанных с посещением детского сада и школы. Тетя Светланы по материнской линии в детстве также была очень скромной. Дедушка Светланы по материнской линии был тревожно мнительным человеком и злоупотреблял спиртными напитками. Зависимыми от алкоголя также были два двоюродных брата девочки по материнской линии. Других расстройств психики и поведения в семейной истории Светланы выявить не удалось.

Изучение психического статуса

Я наблюдал за поведением Светланы во время ее разговора и игры с матерью и 7-летней сестрой в игровой комнате. Ее речь, поведение и содержание игры были ничем не примечательны. Следуя полученным инструкциям, родители отвели девочку в кабинет врача, когда там никого не было, усадили в кресло и начали вместе с ней рассматривать хорошо иллюстрированную книжку со сказками. После того как они находились в кабинете 10-15 мин, я вошел в комнату, но притворился, что не заметил их, избегая взглядов в их сторону. Светлана продолжала непринужденно разговаривать с матерью и сестрой, увлеченно рассматривая картинки в книжке. Тогда я начал постепенно увеличивать свое внимание к девочке, сначала поглядывая на нее мельком, затем подошел к ней стул, начал комментировать ее действия, первоначально не глядя на нее, затем устанавливая секундный зрительный контакт и, наконец, давая комментарии и задавая вопросы, обращенные непосредственно к ней: «Белоснежка... гномики... Люблю эту сказку... Многие дети любят эту сказку... По-моему, наряд Белоснежки похож на платье Светланы... Я люблю эту сказку... интересно, знает ли Светлана, сколько было гномов?... Светлана, скажи мне, как их звали?». По мере того, как повышалось мое внимание к Светлане и я предпринимал попытки заговорить с девочкой, она становилась все более эмоционально напряженной и встревоженной, избегала моих взглядов, чаще поглядывала на свою мать и через некоторое время перестала разговаривать. Она не отвечала ни на вопросы своей матери, ни на мои. Я не получил вербального ответа ни на один заданный девочке вопрос.

Обоснование диагноза

Селективным мутизмом страдает около 1% детей школьного возраста (Bettina E. Bernstein, Chief Editor, Caroly Pataki, 2002), большинство из них также отвечают диагностическим критериям социальной фобии (социального тревожного расстройства).

У Светланы подтверждаются диагностические критерии как селективного

мутизма, так и социальной фобии. Дополнительный опрос позволил установить, что девочка избегает не только речи, но и общения с незнакомыми людьми, общения в социальных ситуациях из-за страха смущения.

Со временем клиническая картина мутизма нередко осложняется появлением простых (изолированных) фобий, сепарационной тревоги (тревожного расстройства с боязнью разлуки), оппозиционно-вызывающего поведения. Светлана боится собак, пауков и воды, но критерии изолированных фобий у нее не выполняются.

До 70% детей с селективным мутизмом имеют в семейном анализе родственников с социальной фобией (Black B., Uhde T.W., 1995), подтверждение чего мы видим в семейной истории девочки.

Отсутствие речи в социальных ситуациях может быть признаком первазивного расстройства развития или расстройства речи. Наличие первазивного расстройства развития маловероятно в случае Светланы, с учетом нормального общения девочки с родителями, сестрами и сверстниками дома, а также с учетом отсутствия стереотипных интересов и поведения.

У части детей мутизм развивается на фоне расстройства экспрессивной речи или речевой артикуляции. Рецептивное и/или экспрессивное расстройство речи были нами также исключены по причине нормальной речи, которую девочка демонстрировала дома и в кабинете врача при его отсутствии.

В настоящее время большинство детских психиатров отрицают связь между селективным мутизмом и психической травмой. Более того, нам не удалось выявить травматические события в анамнезе девочки.



Яна Бикшаева

Описанный случай селективного мутизма у Светланы типичен для детского возраста. Из описания убедительно следует, что развитие девочки является нормальным во всех сферах психической деятельности, кроме экспрессивной речи в определенных социальных ситуациях, когда рядом присутствуют незнакомые люди, взрослые или дети.

Некоторое время назад считалось, что психическая травма является одной из причин селективного мутизма, но научные исследования не подтвердили эту гипотезу. В представленном клиническом случае специалистам, которые оказывали медицинскую и психологическую помощь Светлане, не удалось выявить в анамнезе заболевания девочки специфическую психическую травму, которая могла бы объяснить появление селективного мутизма.

СТАНДАРТНЫЕ СЛУЧАИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (обсуждение диагностических процедур и терапевтических стратегий на примере клинических случаев)



Кроме психической травмы появления мутизма у дошкольников и младших школьников может быть объяснено клинической динамикой социальной фобии. Можно, например, предположить, что Светлана болеет ранней и тяжелой формой социального тревожного расстройства (Albano et al., 2003). Дети и взрослые с таким расстройством активно избегают социальных ситуаций, в которых они могут стать объектом внимания и потенциальной негативной оценки. Родители обычно противодействуют поведению избегания, пытаются навязать детям активное участие в социальной жизни, заставляя их посещать школу и участвовать в социальных событиях. Подростки, страдающие от такого времяпрепровождения, демонстрируют поведение избегания: конфликтуют с родителями, находят способы уклониться от посещения мероприятий, в которых их принуждают участвовать. Для Светланы, учитывая ее возраст, единственным спасением в ситуациях, когда она испытывала непереносимую тревогу и дискомфорт, являясь объектом внимания, могло оказаться молчание. Такое поведение сродни решению «замереть» в ситуации выбора – «борись или замри». Речь идет о механизме, который сложился в процессе эволюции нейробиологических механизмов выживания.

В любом случае для клинической квалификации селективного мутизма должна быть предварительно проведена тщательная оценка тревоги и ситуаций, в которых она возникает, изучены возможности ребенка управлять этой ситуацией.

Можно также использовать наблюдение за ребенком в разных обстоятельствах: при общении со знакомыми и незнакомыми людьми. Такое наблюдение дает много информации об активном и пассивном словаре ребенка, речевой артикуляции, стереотипе поведения, предшествующего тому моменту, когда он замолкает и перестает общаться.

Перечень ситуаций, рекомендованных для наблюдения, включает классную комнату или школу в целом, комнату ожиданий в отделении, игровые ситуации на детской площадке. Именно такая диагностическая стратегия была избрана в представленном клиническом наблюдении. Его утверждение об отсутствии нарушений речевого развития и слуха у Светланы выглядит достаточно обоснованным.

В данном случае было проведено наблюдение за речью и особенностями поведения Светланы, когда она находилась в комфортной для себя ситуации, разговаривая с членами семьи, а затем наблюдение за тем, как она замолкает, когда незнакомые люди вторгаются в ее окружение и принуждают к общению.



Константин Дубовик

Поскольку Светлана слишком мала для использования диагностических инструментов, основанных на самооценке, для того чтобы оценить тяжесть тревоги и ассоциированных с ней психических нарушений, применялся полуструктурированный опросник для родителей – родительская версия полуструктурированного интервью для тревожных расстройств (Silverman and Albano, 1996). Информация, полученная от родителей, была дополнена наблюдениями за поведением ребенка, что и было продемонстрировано в исследовании.

В нашей клинике для всесторонней оценки тревоги и ассоциированных с ней психических нарушений также используются скрининговая шкала детских страхов (The Fear Survey Schedule for Children – FSSC), разработанная в Колумбийском университете G.N. Shore and M.D. Rapport (1998); многоаспектная шкала тревоги для детей (Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC), предложенная J.S. March, J.O. Parker, K. Sullivan, P. Stallings and C.K. Conners (1997), и контрольный список детского поведения Child Behavior Checklist (включая учительскую форму), предложенный T.M. Achenbach (1991).

DS **Диагноз по DSM-IV-TR:**
Ось 1 – 313.23. Селективный мутизм;

300.23. Социальное тревожное расстройство (социальная фобия).

Ось 2 – Нет диагноза.

Ось 3 – Нет диагноза.

Ось 4 – Образовательные проблемы, социальные проблемы.

Ось 5 – Оценка общего функционирования (Global Assessment of Functioning) при поступлении – 55, при выписке – 95.

Предварительный диагноз по МКБ-10.

F. 40.9. Тревожно-фобическое расстройство неуточненное.

F. 94.0. Избирательный мутизм.

Z. 60.0. Проблемы адаптации при переходе от одного этапа жизненного цикла к другому.

Z. 55.0. Проблемы с обучением из-за нежелания говорить в школе.

Обсуждение стратегии терапии

У детей дошкольного и младшего школьного возраста, как и в случае со Светланой, стратегия лечения должна включать психотерапевтическую модификацию поведения, причем вмешательства должны быть сфокусированы преимущественно на родителях и людях, входящих в группу первичной поддержки ребенка. Именно такая стратегия лечения была предложена родителям Светланы.

Проблемой было то, что родители Светланы скептически относились к психотерапии. Три предыдущие попытки лечения девочки оказались неудачными. Пришлось объяснить родителям, что стандартизированные методики психосоциальной помощи маленьким детям с селективным мутизмом и тревожными расстройствами до настоящего времени не разработаны. Это не означает, что предлагаемое лечение не опирается на принципы доказательной медицины.

При планировании психотерапевтической стратегии для Светланы были использованы детально разработанные методики лечения тревожных расстройств у детей школьного возраста и взрослых, а также методы психотерапии, основанные на сфокусированной на родителях поддержке, разработанные для маленьких детей с разрушительными формами поведения и продемонстрировавшие впечатляющую эффективность.

В случае со Светланой психотерапевтическое воздействие заключалось в работе над ее тревогой и нежеланием разговаривать за пределами дома.

Первым шагом в лечении девочки было проведение функционального анализа: где, с кем и когда девочка разговаривает и в каких ситуациях она отказывается от речи. Этот анализ также включал тщательную оценку того, как люди вокруг Светланы реагируют на ее речь или молчание.

Как было указано в описании случая, ее родители и учителя, стимулируя появление диалоговой речи, действовали достаточно напористо, делали девочке незаслуженные комплименты, лестили, пытались подкупить, умоляли. Дети с социальной тревогой боятся любого внимания, поэтому все попытки разговаривать ее могли вызывать у девочки состояние фрустрации и растерянности. Общение Светланы со сверстниками, особенно то, как они реагируют на нее в разных ситуациях, также было тщательно проанализировано.

Собственно лечение началось с психообразования родителей, предоставления им инструкций относительно того, как изменить поведение девочки и создать условия для использования диалоговой речи.

Леся Ващенко

В работе с маленькими детьми обычно используются методологические приемы поведенческой модификации детско-родительских взаимодействий (Parent-Child Interaction Therapy – PCIT), предложенные Sheila Eyberg и детально разработанные для родителей детей в возрасте 2-7 лет Toni L Hembree – Kigin, Cheryl Bodiford, McNeil (1995) и Rex Forehand, Nicholas Long (2002).

Эта терапия фокусируется на родителях и использует техники как поведенческой, так и игровой терапии. Родители учатся играть со своими детьми и в процессе игры получают в простой для восприятия форме информацию и навыки воспитания ребенка и построения с ним взаимоотношений,

способствующих снижению у него социальной тревоги и формированию просоциального поведения.

Можно выделить две составляющие такой терапии: 1) родители учатся описывать и понимать действия своего ребенка, размышляют над тем, что их ребенок испытывает, учатся замечать и хвалить его положительные действия, получать удовольствие от игры с ним; 2) родители учатся тому, как повысить эффективность управления дезадаптивным поведением ребенка. Вместо системы поощрений и наказаний, используемых в традиционной поведенческой терапии, при этой форме психотерапии для модификации поведения родители учатся использовать природные, реально существующие в повседневной жизни ребенка стереотипы поведения.

Например, был случай из практики, когда 4-летний ребенок с селективным мутизмом начал разговаривать в социально фрустрирующих ситуациях благодаря подкреплению социально адаптивного поведения при помощи «любимых кукурузных хлопьев». Каждое утро этот ребенок ел свои любимые хлопья из определенной чашки. Однажды эта чашка исчезла, а дома в наличии оказались только другие хлопья, которые ребенок не любил. Когда семья пришла в клинику, в кабинете врача они увидели привычную чашку и любимые хлопья. За ответы, которые ребенок давал на вопросы врача, он получал немного хлопьев из этой чашки. В дальнейшем, по просьбе врача, его начали вознаграждать «любимыми хлопьями» в школе и в других социальных местах. Использование этого метода позволило сформировать у ребенка желательное поведение.

В дополнение к работе с родителями была проведена специальная психообразовательная работа с учителем в классе, в который безуспешно пытались отдать девочку, и воспитателем детского сада, в который она продолжала ходить.

Поведенческая терапия Светланы, ее родителей и учителя включала функциональный анализ поведения, постепенное усиление вербального и соответствующего социального общения и игнорирование избегающего поведения девочки, включая мутизм.

Леся Ващенко

Терапевт должен спланировать наименее обременительный и ненавязчивый метод для учителя, который тот сможет применять для управления поведением ребенка с мутизмом в классе.

Когда ребенок, который длительно молчал, начинает говорить, его хвалят, делают ему комплименты. Педагоги ошибочно считают, что таким образом они позитивно воздействуют на ребенка, поощряя его говорить больше. На самом деле такое внимание обычно действует на ребенка угнетающе, усиливая дискомфорт и тревогу. Поэтому основной целью психообразовательных занятий с педагогами является обучение их умению быть мягкими и влиять на поведение ребенка деликатными, не фрустрирующими его воздействиями.

Учитель для поощрения может использовать «карточку общения», которая всегда будет находиться на парте ребенка и в которой он будет отмечать его успехи, например, приклеивая улыбающиеся рожицы всякий раз, когда ребенок использует диалоговую речь. После того как ребенок получит определенное количество позитивных отметок, учитель может дополнительно наградить его, например, позволив покормить живущих в классе рыбок и т.д.

Продолжение на стр. 56.



Леся Ващенко

Полное обследование ребенка с селективным мутизмом, такого как Светлана, должно включать не только тщательное изучение его психических особенностей, клинический скрининг психических и поведенческих нарушений, но и оценку речевого развития (понимания и экспрессии речи, речевой артикуляции) (Albano and Hayward, 2004).

В случае Светланы логопед указал на соответствующее возрасту развитие рецептивной и экспрессивной речи. В заключении указывается на непримечательную речь девочки.

Оценка речевого развития Светланы, проведенная логопедом, смотрелась бы убедительнее, если бы была дополнена результатами тестирования. Для оценки пассивного и активного словаря девочки можно было, например, воспользоваться Тестом Джорджа Пибоди в картинках (Peabody Picture Vocabulary Test – Third Edition; Dunn and Dunn, 1997). Целесообразно также было провести тесты для оценки графомоторных способностей, восприятия языка и слуха. Такие обследования позволили бы подтвердить обоснованность исключения других, связанных с расстройствами речи или слуха, предпосылок селективного мутизма. Заключение, построенное только на данных, полученных во время интервью с родителями, не всегда является объективным.

Многие родители детей с селективным мутизмом располагают видео- или аудиозаписью речи ребенка, его речевого общения с другими людьми. Такие записи также могут помочь в объективизации оценки речевого развития ребенка.

Клинический разбор

Если ребенок отказывается разговаривать (селективный мутизм)

Продолжение. Начало на стр. 54.

Очень важно, чтобы родители были в курсе успехов ребенка за день. Для этого в конце дня «карточку общения» следует отдавать родителям.



Александр Дзюба

Не могу согласиться с тезисом о бессмысленности медикаментозного лечения мутизма у детей. Медикаментозное лечение может и должно рассматриваться как терапевтическая альтернатива при не поддающихся психологическому лечению случаях. Факты подтверждают возможность эффективного использования медикаментов, прежде всего флуоксетина, при лечении детей с селективным мутизмом и связанными с ним тревожными расстройствами (Black B., Uhde T.W., 1994). Психотерапия показана детям, имеющим коморбидные психические нарушения, например тяжелую депрессию или тревогу, при тяжелых клинических проявлениях продолжительного по времени мутизма, вследствие которого ребенок не разговаривает. Возможно применение и других, более современных селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС).

У маленьких детей, таких как Светлана, лечение следует начинать с небольших доз СИОЗС, составляющих 25-50% стартовой дозы для взрослых, обычно применяемой для лечения состояния тревоги или депрессии.

Дозу препарата следует увеличивать каждые 5-7 дней до достижения терапевтического эффекта, но при сохранении минимальных побочных эффектов. Некоторые дети реагируют на низкие дозы препаратов, другим требуются более высокие. Максимальная доза в конце месяца для флуоксетина не должна превышать 20-30 мг/сут, флувоксамина 100-150 мг/сут, сертралина 100-150 мг/сут, циталопрама 30-40 мг/сут.

В случае отсутствия побочных эффектов, но сохранения резидуальной симптоматики могут применяться и более высокие дозы. Строгое наблюдение за улучшением состояния и мониторинг побочных эффектов необходимы при применении СИОЗС у детей этой возрастной группы. Наиболее частыми побочными эффектами при терапии СИОЗС являются поведенческие нарушения, двигательная расторможенность, диспепсические жалобы и головная боль.

Если ребенок не реагирует на комбинированное лечение с применением медикаментозной терапии и психотерапии, а правомерность диагноза селективного мутизма не вызывает сомнений, следует прибегать к более активному фармакологическому лечению.

Ребенку, невосприимчивому или частично восприимчивому к низким или средним дозам СИОЗС, при условии их хорошей переносимости, назначают высокие дозы того же препарата.

Если увеличение дозы невозможно из-за наличия неприятных побочных эффектов, следующим шагом терапевтической стратегии может стать переключение на другой СИОЗС.

Критерии терапевтической резистентности для селективного мутизма не

сформулированы, поэтому приходится использовать терапевтические алгоритмы для нечувствительных или частично реагирующих на терапию СИОЗС больных с депрессией и тревожными расстройствами, экстраполируя их положение на лечение селективного мутизма.

Родители детей, страдающих селективным мутизмом и тревожными расстройствами, в странах Европы и США могут также рассчитывать на поддержку специальных агентств. Эти агентства не относятся к системе медицинской помощи. Они являются примерами успешной организации психиатрической помощи непосредственно в общине, помощи, организованной на доврачебном уровне.

Родители, которые столкнулись с проблемой мутизма или тревожного расстройства у своих детей и смогли помочь им, представляют собой отдельный терапевтический ресурс. Приобретенные ими опыт и знания очень полезны для семей, которые впервые столкнулись с подобной проблемой. Такие родители могут предложить свою поддержку и руководство.

Существуют национальные неправительственные организации, деятельность которых посвящена проблеме селективного мутизма и тревожных расстройств. В них родители могут получить помощь или поддержку. В качестве примера можно привести группу поддержки лиц с селективным мутизмом (The Selective Mutism Group) (<http://www.selectivemutism.org>), фонд «Миссия для лиц с селективным мутизмом» (The mission of the Selective Mutism Foundation) (<http://www.selectivemutismfoundation.org>) или Ассоциацию тревожных расстройств Америки (The Anxiety Disorders Association of America) (<http://www.adaa.org/GettingHelp/FocusOn/children&Adolescents/SM.asp>).

Учитывая тот факт, что родители Светланы имели предубеждение относительно изолированного применения психотерапии, было принято решение о проведении комбинированного лечения, включающего психосоциальное и фармакологическое лечение.

В качестве препарата первой линии выбора для фармакологического лечения был назначен раствор флуоксетина для перорального применения. Стартовая дозировка флуоксетина составляла 2 мг/сут (0,5 мл раствора препарата).

Через 10 дней лечения родители отметили, что состояние Светланы улучшилось, уменьшились страхи, ребенок стал охотнее ходить в садик. Воспитатели также отметили позитивную настроенность девочки и большую готовность к групповым играм.

Через 4 нед приема препарата девочка уже участвовала в групповых играх и разговаривала с двумя сверстниками.

Светлана в целом хорошо переносила медикаментозное лечение. Родители заметили, что девочка стала более неутомимой и подвижной, но не рассматривали эти изменения в ее поведении как проблему.

После того как доза флуоксетина была увеличена до 4 мг/сут, невербальная активность Светланы в детском садике существенно увеличилась, родители отметили, что девочка стала менее сдержанной и начала свободнее и громче говорить с ними в публичных местах.

Поведенческие тренинги были направлены на десенсибилизацию девочки

через постепенное усложнение воздействий, начиная с ситуаций, в которых Светлана уже говорила или, казалось, вот-вот заговорит, а затем постепенно вовлекали ее в ситуации, которые провоцировали появление у нее тревоги и мутизма.

Одновременно воспитатели и родители девочки были проинструктированы о необходимости отказаться от принуждения Светланы говорить. Также им было предложено воздержаться от дискуссий о причинах ее молчания в присутствии девочки. Мама приходила в садик и играла с ней в игровой комнате, когда там никого не было, поддерживая вербальное общение. Количество и разнообразие речи Светланы первоначально было незначительным, но с четвертой недели лечения начало увеличиваться.

Через 6 нед лечения дозировка флуоксетина была увеличена до 6 мг/сут. Гиперактивность и импульсивность появились с первых дней приема препарата и возрастали после каждого увеличения дозировки. Но родители Светланы все равно не считали это проблемой, были сконцентрированы на позитивной терапевтической динамике и настаивали на продолжении лечения.

Через 8 нед приема флуоксетина можно было наблюдать, как Светлана общается с воспитателем на игровой площадке. Учитель школы (которую девочка вынуждена была покинуть из-за отсутствия речи), с которой ранее она никогда не говорила, пришла к ней домой, и Светлана с ней заговорила. Воспитательница в детском саду, в соответствии с полученными инструкциями, стала заходить в игровую комнату, когда девочка играла и разговаривала с мамой. Воспитательница ходила по комнате, но избегала общения и даже не смотрела на девочку. Сначала девочка становилась напряженной и замолкала, но такая реакция прошла через несколько дней, и девочка снова начала свободно общаться с мамой, не обращая внимания на присутствие других людей. Воспитательница начала постепенно увеличивать свое внимание к Светлане во время таких сеансов.

Через 10 нед приема СИОЗС Светлана начала говорить в садике со всеми детьми и персоналом, громко разговаривала, находясь напротив группы людей на прогулке. Четыре недели спустя девочка начала посещать школу, где ее охарактеризовали, как «маленькую болтушку».

В связи с гиперактивностью и импульсивностью доза флуоксетина была уменьшена до 4 мг/сут. Состояние Светланы продолжало улучшаться, при этом дезадаптивное поведение прекратилось.

Девочка стала общаться с незнакомыми взрослыми дома и в социальных местах. Ее боязнь собак и воды исчезла. Через 11 мес после начала лечения Светлана свободно без ограничений посещала школу. Летом в течение двух недель она отдыхала в лагере, где абсолютно свободно общалась с незнакомыми взрослыми и сверстниками.

Через 12 мес приема СИОЗС доза флуоксетина была уменьшена до 2 мг/сут, затем через 2 мес – до 1 мг/сут, после чего препарат отменили. На фоне уменьшения дозировки и отмены лекарства родители отмечали, что девочка стала менее веселой, но это ухудшение настроения исчезло в течение нескольких недель.

Во втором классе школы Светлану описывают как жизнерадостную и не менее общительную, чем ее сверстники.

Яна Бикшаева

Флуоксетин продемонстрировал свою эффективность при лечении селективного мутизма у Светланы. В клинической практике около трети детей с мутизмом демонстрируют заметное улучшение, около трети – реагируют на лечение незначительно. Маленькие дети лучше отвечают на терапию, чем старшие. Собственно тревожно-фобическая симптоматика редуцируется быстрее, для устранения проявлений мутизма даже при хорошем первичном терапевтическом ответе может потребоваться от 3 до 6 мес.

Гиперактивность, импульсивность и оппозиционное поведение являются частыми побочными эффектами, наблюдающимися приблизительно у 50-70% детей, принимающих флуоксетин. Обычно нарушения поведения не столь существенны. Они могут быть более ярко выражены у детей с коморбидным гиперкинетическим расстройством. Если нарушения концентрационной функции внимания вызывают беспокойство, но анксиолитическая терапия необходима, можно рассмотреть целесообразность терапии кломипромином.

Оптимальная терапевтическая доза и длительность лечения для флуоксетина не установлены. Рекомендуется низкая стартовая доза (2-4 мг/сут), с постепенным увеличением дозы. Многие маленькие дети хорошо реагируют на дозировку 4-6 мг/сут, тогда как дети постарше могут получить улучшение при увеличении дозировки до 10 мг/сут. Длительная терапия (1-2 года после исчезновения симптомов) и постепенное уменьшение дозы препарата улучшают прогноз после его отмены.

Многие дети, которые хорошо отвечали на терапию СИОЗС, после прекращения приема лекарств демонстрируют усиление замкнутости и ухудшение речи. Часть детей, заговоривших при терапии СИОЗС, замолкали после ее прекращения. Часто после отмены лечения наблюдаются аффективные нарушения, например дисфория. Дети с более выраженным терапевтическим ответом на СИОЗС лучше реагируют на уменьшение дозы и прекращение их приема, чем дети, которые отвечают на терапию, но остаются замкнутыми.

Поведенческая терапия селективного мутизма также не была хорошо изучена, можно только эмпирически говорить о том, что она полезна, можно также предположить, что комбинация поведенческой терапии и медикаментозного лечения более эффективна, чем любой из этих методов, применяемых в качестве монотерапии.

Для более легких случаев селективного мутизма или у детей, которые демонстрируют улучшение без лечения, поведенческая терапия должна быть проведена до использования медикаментозного лечения. Как систематическая десенсибилизация, так и поведенческая модификация с использованием определенных целей и воздействий могут быть полезными.

Надо также осознавать, что тактика принуждения к речевому общению, применяемая многими родителями, только увеличивает тревогу и приводит к еще большей замкнутости ребенка. Одной из целей терапии является осознанный отказ родителей от такой терапевтической стратегии.

3