

Селективный мутизм: диагностические процедуры и терапевтические стратегии

*А.Н. Дзюба², М.Ю. Нестеренко¹, Л.С. Ващенко²,
К.В. Дубовик², Д.И. Марценковский³*

Анамнез жизни и заболевания

Светлана, 5 лет 2 месяца, 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 или в самой квартире, если в ней находятся посторонние люди.

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

Беспокойство родителей усилилось, когда девочка пошла в детский сад. Она стала посещать дошкольное учебное заведение в 3 года и 2 месяца, но в течение года так и не начала использовать речь для общения с другими детьми и воспитателями. Со слов воспитателей, девочка была замкнутой, малообщительной, неохотно участвовала в групповых играх и занятиях.

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

В течение года посещения дошкольного учреждения девочка стала немного лучше идти на контакт, но так и не заговорила. Дома, когда к родителям приходили гости, она тоже ни с кем не общалась. Несколько раз Светлана 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 ходить в тот же детский сад, попала в группу того же воспитателя, но состав детского коллектива сильно изменился, большинство детей ее группы перешли в другие дошкольные учреждения. В течение 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 делали попытки создать специальные условия, вынуждающие девочку разговаривать.

Светлана никогда не вступала в разговор с незнакомыми взрослыми и часто отказывалась общаться с дальними родственниками, даже если они находились дома, не разговаривала

¹ Государственный медицинский университет северных территорий штата Нью-Йорк (Сиракузы, США);

² Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев);

³ Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца (г. Киев).

со своими родителями в общественных местах, в тех ситуациях, когда считала, что кто-то может услышать ее.

Девочка 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, но так как все делали одно и то же, никто не обращал на нее внимания. При этом она отказывалась выбивать мячом и не 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 ее, 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 психологической травмой, и что девочка не использует речь в социальных ситуациях из-за недостаточного осознания травмирующих событий. Другой сделал предположение, что у Светланы имеет место 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 ссылаясь 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 девочки 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 – средний ребенок из троих детей, проживает в полной семье, с обоими родителями, которые работают по профессии. Наличие травматического опыта у девочки установить не удалось.

Мать Светланы описывает себя в детстве как очень стеснительную, но с возрастом она преодолела этот недостаток. Мама 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.

Психический статус

Поведение Светланы было проанализировано во время ее разговора и игры с матерью и 7-летней сестрой в игровой комнате.

Речь, поведение и содержание игры девочки были ничем непримечательны. Следуя полученным инструкциям, родители ответили ребенку 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 минут, лечащий врач вошел в комнату, но сделал вид, что не обращает на семью внимания, избегая взглядов в их сторону.

Светлана продолжала непринужденно разговаривать с матерью и сестрой, увлеченно рассматривая картинки в книжке. Тогда врач начал постепенно увеличивать свое внимание к девочке,

Диагноз по МКБ-10

F 40.9. Тревожно-фобическое расстройство не уточненное	от одного этапа жизненного цикла к другому
F 94.0. Элективный мутизм	Z 55.0. Проблемы с обучением из-за нежелания говорить в школе
Z 60.0. Проблемы адаптации при переходе	

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 при поступлении – 55 баллов, при выписке – 95 баллов

сначала бросая на нее мимолетные взгляды, затем пододвинул к ней стул и начал комментировать ее действия, первоначально не глядя на нее, затем устанавливая мимолетный зрительный контакт и, наконец, давая комментарии и задавая вопросы, обращенные непосредственно к ребенку: «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 внимание врача к девочке, и он предпринимал попытки заговорить с ней, она становилась все более эмоционально напряженной и встревоженной, избегала его взглядов, чаще поглядывала на свою мать, и, через некоторое время, перестала разговаривать. Она не отвечала на вопросы ни врача, ни своей матери. Врач не смог получить вербального ответа ни на один заданный Светлане вопрос.

Обоснование диагноза

Данный случай селективного мутизма 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.

У Светланы выполняются 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, в социальных ситуациях из-за чувства сильного смущения.

Селективным мутизмом страдает около 1% детей школьного возраста, большинство из них дополнительно отвечают диагностическим критериям социальной фобии (социального тревожного расстройства) (Bernstein, Pataki, 2002).

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 анамнезе родственников с социальной фобией, подтверждение этого факта мы видим в семейной истории девочки (Black, Uhde, 1995).

Отсутствие речи в социальных ситуациях может быть признаком первазивного расстройства развития или нарушения речи. Наличие первазивного нарушения развития маловероятно

в случае Светланы, с учетом нормального общения девочки с родителями, сиблингами и сверстниками дома, а также отсутствия стереотипных интересов и поведения.

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

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.

На сегодняшний день большинство детских психиатров отрицают взаимосвязь между селективным мутизмом и психической травмой. Не удалось выявить травматические события и в анамнезе Светланы.

Кроме психической травмы появление 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, заставляют их посещать школу и участвовать в общественных событиях. Подростки, страдая 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 «замерзнуть» в ситуации выбора – «борись, или замерзни». 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, а также изучены возможности ребенка управлять этой ситуацией.

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 вербального развития (понимания и экспрессии речи, речевой артикуляции) (Albano, 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, была бы более убедительной, если бы ее дополнили результатами тестирования. Для оценки пассивного и активного словаря девочки можно было, к примеру, воспользоваться Тестом Пибоди в картинках (1997). Целесообразно также проводить тесты для определения графо-моторных 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 видеонаписью или аудиозаписью речи ребенка, его вербального общения с другими людьми. Такие записи также могут помочь в объективизации оценки речевого развития ребенка.

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, предшествующему 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.

Были изучены речь и особенности общения Светланы, когда она находилась в комфортной для себя ситуации общения с членами семьи. Затем рассматривались ситуации, в которых она замолкала, когда незнакомые люди вторгались в ее окружение и принуждали к разговору. Важным также являлось наблюдение за поведением девочки при попытках знакомства с ней незнакомых людей.

Поскольку Светлана слишком мала для использования диагностических инструментариев, основанных на самооценке, для того чтобы оценить тяжесть тревоги и ассоциированных с ней психических нарушений применяли полуструктурированный опросник для родителей (Silverman, Albano, 1996). Информация, полученная от родителей, была дополнена наблюдениями за поведением ребенка.

Для всесторонней оценки тревоги и ассоциированных с ней психических нарушений также используются: скрининговая шкала детских страхов (FSSC), разработанная в Колумбийском университете Shore и Rapport (1998), многоаспектная шкала тревоги для детей (MASC), предложенная March et al. (1997), и контрольный список детского поведения Child Behavior Checklist (включая учительскую форму), предложенный Achenbach (1991).

Стратегии лечения

У детей дошкольного и младшего школьного возраста, как и в случае со Светланой, стратегия лечения должна включать в себя психотерапевтическую модификацию поведения, причем вмешательства необходимо фокусировать 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. Терапию необходимо было начать с объяснения родителям того факта, что стандартизированные методики психосоциальной помощи маленьким детям с селективным мутизмом и тревожными расстройствами до настоящего времени не разработаны, но это не означает, что предлагаемое ребенку лечение не опирается на принципы доказательной медицины.

При планировании психотерапевтической стратегии для Светланы упор делали на детально разработанные методики лечения тревожных расстройств у детей школьного возраста и взрослых, а также на методы психотерапии, основанные на сфокусированной на родителях поддержке. Психотерапия, которая базируется на поддержке родителей, продемонстрировала впечатляющую эффективность у маленьких детей с разрушительными формами поведения.

В случае Светланы психотерапевтические вмешательства были сконцентрированы на 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 где и в каких ситуациях она отказывается от речи. Этот анализ также включал тщательную оценку того, как люди вокруг Светланы реагировали 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, льстили, пытались подкупить, умоляли. Дети с социальной тревогой боятся любого внимания, поэтому чрезмерное внимание, уделяемое Светлане при попытках разговаривать ее, вызывало у девочки состояние фрустрации и растерянности. Общение Светланы со сверстниками,

особенно то, как они реагировали на нее в разных ситуациях, также было тщательно проанализировано.

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

Комментарий

При работе с маленькими детьми целесообразно использовать методологические приемы поведенческой модификации детско-родительских взаимодействий (РСИТ), предложенные Eyberg и детально разработанные для родителей детей в возрасте 2-7 лет (Hembree-Kigin et al., 1995; Forehand, Long, 2002).

Эта терапия фокусируется на родителях. В ходе лечения используются техники как поведенческой, так и игровой терапии. Родители учатся играть со своими детьми, в процессе игры и через нее получая в простой для восприятия форме информацию, навыки воспитания ребенка и построения с ним взаимоотношений, способствующих снижению социальной тревоги и формированию просоциального поведения.

Можно выделить две составляющие такой терапии:

- *родители учатся описывать и понимать действия своего ребенка, размышляют над тем, что он испытывает, учатся замечать и хвалить его положительные действия, получают удовольствие от игры с ним;*
- *родители учатся тому, как повысить эффективность управления дезадаптивным поведением ребенка; вместо системы поощрений и наказаний, используемых в традиционной поведенческой терапии, для модификации поведения родители стараются использовать природные, реально существующие в повседневной жизни ребенка стереотипы поведения.*

Например, был случай, когда 4-летняя девочка с селективным мутизмом начала разговаривать в социально фрустрирующих ситуациях благодаря подкреплению социально адаптивного поведения при помощи «любимых кукурузных хлопьев». Каждое утро ребенок ел свои любимые хлопья из определенной чашки. Однажды эта чашка исчезла, а дома в наличии оказались только другие хлопья, которые девочка не любила. Когда семья пришла в клинику, в моем кабинете она увидела привычную чашку и любимые хлопья. За ответы, которые девочка давала на вопросы, она получила немного хлопьев из этой чашки. В дальнейшем ее начали вознаграждать «любимыми хлопьями» в школе и других социальных местах. Рассудительное использование этого метода позволило сформировать у ребенка желательное поведение.

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

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

Когда ребенок, который длительно молчал, начинает говорить, его начинают хвалить, 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 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. В ней отмечаются успехи, например, путем приклеивания улыбающихся рожиц всякий раз после того, как ребенок использует диалоговую речь. После того как ребенок получит определенное количество позитивных отметок, учитель может дополнительно наградить его, к примеру, позволив покормить живущих в классе рыбок и т. д. Очень важно,

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

Медикаментозная терапия

Медикаментозное лечение может и должно рассматриваться как терапевтическая альтернатива при не поддающихся психологической терапии случаях мутизма у детей.

Факты подтверждают возможность эффективного использования медикаментов, прежде всего флуоксетина, при лечении детей с селективным мутизмом и связанных с ним тревожных расстройств (Black, Uhde, 1994). Психофармакотерапия показана детям, которые имеют коморбидные психические нарушения, например тяжелую депрессию или тревогу, при тяжелых клинических проявлениях мутизма, наличии длительного времени, в течение которого ребенок не разговаривает. Возможно применение и других, более современных селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС).

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

Дозу медикамента необходимо увеличивать каждые 5-7 дней до достижения терапевтического эффекта, но при сохранении минимальных побочных явлений. 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 при сохранении резидуальной симптоматики, могут применяться и более высокие дозы. Строгое наблюдение за улучшением состояния и мониторинг нежелательных реакций 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 и психотерапии, а правомерность диагноза селективного мутизма не вызывает сомнений, следует прибегать к более агрессивному 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 неприемлемых 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 депрессий и тревожных расстройств, экстраполируя их положения на лечение селективного мутизма.

Комментарий

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 в обществе, 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.

Существуют национальные неправительственные организации, деятельность которых посвящена проблеме селективного мутизма и тревожных расстройств. В них родители могут получить помощь или поддержку. Среди таких организаций группа поддержки лиц с селективным мутизмом (www.selectivemutism.org), фонд «Миссия для лиц с селективным мутизмом» (www.selectivemutismfoundation.org) и ассоциация тревожных расстройств Америки (www.adaa.org).

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

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

Через 10 дней терапии 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 недели 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 неугомонной 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, провоцировавшие появление у нее тревоги и мутизма.

Одновременно воспитатели и родители девочки были проинструктированы о необходимости перестать насильно заставлять Светлану говорить. Также их просили воздержаться от дискуссий в присутствии девочки о причинах ее молчания. Мама приходила со Светланой в садик и играла с ней в игровой комнате, когда там никого не было, поддерживая вербальное общение. Количество и разнообразие речи ребенка первоначально были незначительными, но с 4-й недели лечения начали увеличиваться.

Через 6 недель лечения дозировку флуоксетина повысили 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 недель приема флуоксетина можно было наблюдать, как Светлана общается с воспитателем на игровой площадке. Учитель школы, которую девочка вынуждена была покинуть из-за отсутствия речи, и с которой ранее 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 Светлана 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 недель приема СИОЗС Светлана начала говорить в садике со всеми детьми и персоналом, громко разговаривала, находясь напротив группы людей на прогулке. Четыре недели спустя девочка стала посещать школу, где ее охарактеризовали как «маленькую болтушку».

В связи с гиперактивностью и импульсивностью дозу флуоксетина уменьшили 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 месяцев 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.

Спустя 12 месяцев приема СИОЗС доза флуоксетина была уменьшена до 2 мг/сут, затем через 2 месяца до 1 мг/сут, после чего препарат отменили. На фоне уменьшения дозировки и отмены лекарства родители отметили, 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.

Комментарий

В клинической практике приблизительно у трети детей с мутизмом отмечается заметное улучшение, треть реагируют на лечение незначительно. Маленькие дети лучше отвечают на терапию, чем дети постарше. Собственно тревожно-фобическая симптоматика редуцируется быстрее, для устранения проявлений мутизма, даже при хорошем первичном терапевтическом ответе, может потребоваться от 3 до 6 месяцев.

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. Многие маленькие дети хорошо реагируют на дозировку 4-6 мг/сут, тогда как у детей постарше улучшения могут наблюдаться при увеличении 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 те, которые отвечают на лечение, но остаются замкнутыми.

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

Для более легких случаев селективного мутизма или детей, которые демонстрируют улучшение без лечения, поведенческую терапию необходимо проводить до использования медикаментозной. Как систематическая десенсибилизация, так и поведенческая модификация с применением определенных целей и воздействий могут быть полезными.

Следует учитывать, 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.