

Beate Oerbeck, Katharina Manassis,
Kristin Romvig Overgaard, Hanne Kristensen

Селективный мутизм (СМ) – это расстройство, характеризующееся постоянной неспособностью говорить в определенных условиях (например, школа, социальные ситуации), несмотря на сохранённую способность нормально говорить в других ситуациях (например, дома). СМ относительно редкое, но достаточно серьезное состояние, и, если его оставить без лечения, может привести к значительным негативным социальным и академическим нарушениям. После публикации в 2013 году Диагностического и статистического руководства по психическим болезням (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), СМ классифицируется как тревожное расстройство, при этом использовавшееся ранее название *элективный*, заменено на *селективный*, отражая тот факт, что теперь это расстройство понимается не как поведение, подчиняющееся усилиям воли, а как неспособность говорить в определенных ситуациях. В данной главе будут рассмотрены клинические проявления, распространенность, течение, этиология, диагностика, оценка и лечение СМ с акцентом на аспектах, важных для практикующих врачей.

Таблица F.5.1 Сдвиг в понимании селективного мутизма с течением времени

1877	1934	1994	2013
Невролог Adolph Kussmaul: <i>Aphasia voluntaria</i>	Детский психиатр Moritz Tramer: <i>Элективный мутизм</i>	DSM-IV <i>Селективный мутизм</i> , относящийся к расстройствам, впервые диагностируемым в младенческом, детском и подростковом возрасте	DSM-5 <i>Селективный мутизм</i> , как тревожное расстройство

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Основным симптомом СМ является неспособность говорить в определенных ситуациях, прежде всего в детском саду или школе. Таким образом, симптомы, как правило, контекст-специфичны. Такое отличие речевого поведения – централь-

ный признак данного расстройства, однако оно часто приводит к непониманию и подозрительности, так как и учителя, и родители склонны думать, что дети ведут себя везде так же, как они это наблюдают (например, если ребенок не разговаривает в школе, учитель может предполагать, что тоже самое происходит и дома). СМ может также быть специфичным по отношению к определенным людям (например, ребенок может не разговаривать только с какими-то конкретными лицами и разговаривать со всеми остальными). Разные люди могут по-разному влиять на степень выраженности симптомов в одной и той же ситуации – усиливать, или наоборот ослаблять их. Так, например, полезны дружелюбные, веселые люди, которые говорят и поддерживают «разговор», независимо от активного участия ребенка. Детям с СМ часто легче общаться с другими детьми, по сравнению со взрослыми. Некоторые иногда будут способны разговаривать шепотом со своим лучшим другом в школе. Видеоролик (<https://www.youtube.com/watch?v=NkXFULOtuns>) демонстрирует клинические признаки, обычно выявляемые при СМ.

Для детей с селективным мутизмом характерно то, что они сильно отличаются по своей способности использовать невербальную коммуникацию (например, зрительный контакт, жесты, кивание головой и указание пальцем). Тогда как одни очень эффективно используют невербальную коммуникацию, другие вообще не вступают в контакт, могут быть не способными засмеяться или покашлять перед другими людьми. Последние часто не могут выразить свои потребности (посетить туалет, голод, жажду или боль), что подчеркивает потенциальную серьезность этого состояния.

Несмотря на интенсивный стресс, переживаемый в школе, дети с СМ редко отказываются от ее посещения. СМ часто сочетается с другими тревожными расстройствами, особенно с социальной фобией, и с расстройствами, связанными с неврологическим развитием, в частности с расстройствами речи. В этой группе значительно представлены дети иммигрантов и из двуязычных семей.

Клинический случай с Анной иллюстрирует черты характера, часто обнаруживаемые у детей с СМ. Он также показывает, насколько разной может быть способность говорить в разных условиях, что может вызывать фрустрацию, обусловленную тем, что люди могут воспринимать мутизм, как преднамеренное поведение.

В большинстве случаев СМ начинается в возрасте от 2 до 5 лет, однако обычно остается нераспознанным до тех пор, пока ребенок не пойдет в школу, где разговорная речь является одной из интегральных частей процессов обучения и социализации.

«Я не могу начать говорить, потому что тогда все будут говорить только о том, что я делаю...»

Мальчик-подросток



Видеоролик о ребенке с селективным мутизмом: <https://www.youtube.com/watch?v=NkXFULOtuns>

«Мне действительно нравится разговаривать с тобой, но что-то, я не знаю что, на самом деле, не дает мне это делать...»

Девочка-подросток



<https://www.youtube.com/watch?v=gn3CIGSsyK0> – документальный фильм («Помоги мне говорить») о двух детях с селективным мутизмом.

В целом, дети с СМ боятся делать ошибки и не любят быть в центре внимания. Их «решение» – немота и иногда старания быть невидимыми – становится частью проблемы. Когда они, от случая к случаю, *действительно* начинают говорить, то привлекают всеобщее внимание, что провоцирует у них тревогу, замыкая порочный круг сохранения мутизма.

Детей с селективным мутизмом часто расспрашивают, почему им трудно говорить; в большинстве случаев им тяжело это объяснить. Некоторые дети, более старшего возраста, описывали ощущения большого кома в горле, мешающего им говорить. Дети с СМ демонстрируют значительное ухудшение функционирования в социальной и академической сферах (Carbone et al, 2010; Remschmidt et al, 2001; Bergman et al, 2002). Два видеоролика (см. выше) иллюстрируют типичные симптомы у двух детей – мальчика и девочки.

Анна

Анна, пятилетняя девочка, направлена в психиатрическое учреждение с подозрением на СМ. Ее мутизм наблюдается с того момента, как она начала посещать детский сад, в возрасте трех лет. Как родители, так и воспитатели надеялись, что немота у девочки пройдет спонтанно, поэтому откладывали обращение за помощью.

Анна развивалась нормально, однако родители описывают ее, как стеснительную и «медленно привыкающую» к новым ситуациям и незнакомым людям. Оба родителя считают это свойственной им самим чертой характера, а мама девочки до сих пор страдает социальной фобией.

Дома Анна была живой и счастливой девочкой. Она свободно общалась с обоими родителями, со своей младшей сестрой и подружкой по детским играм. Когда в гости приходили родственники, она разговаривала с дедушкой и бабушкой по линии матери, но не разговаривала с родителями отца, что сильно их расстраивало. Они считали, что она преднамеренно не хочет говорить с ними, и требовали, чтобы родители надавили на нее и заставили общаться с ними, что в результате привело к конфликту между ними и родителями девочки.

Вне дома, Анна разговаривала с родителями, если они находились за пределами слышимости других людей, но родители хотели говорить с ней во всех ситуациях, например, в магазине или у дантиста. Если кто-то из друзей приглашал к себе на вечеринку, она шла только в сопровождении своих родителей, но всё равно не разговаривала.

В детском саду Анна выглядела довольной и счастливой, но не разговаривала ни со взрослыми, ни с детьми. Она разговаривала со своими родителями в раздевалке, но сразу же умолкала, если появлялся кто-то рядом. Однако Анна свободно пользовалась жестами, и общалась с воспитателями и другими детьми с помощью кивков головы и указаний пальцем. Она всегда участвовала во всех играх, и другие дети говорили с ней, и, похоже было, что ее молчание никого из них не беспокоит. Это поведение не было похоже на то, что наблюдалось в первые несколько месяцев посещения детского сада. В то время она сильно плакала, когда уходили ее родители, и не использовала жесты для общения. Более интенсивное использование невербальной коммуникации и, в целом, поведение в детском саду вселяют надежду на спонтанную ремиссию ее мутизма.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТЕЧЕНИЕ

По результатам разных оценок, СМ поражает в среднем 1% детской популяции; показатель распространенности составляет от 0,1% до 2,2%, в зависимости от выборки и использованных диагностических критериев. Тем не менее, описывается похожее гендерное соотношение, большинство исследователей сходится во мнении, что СМ более распространен среди девочек (соотношение девочки/мальчики составляет от 1,5:1 до 2,6:1) (Bergman et al, 2002; Hua & Major, 2016). Если спросить родителей, когда начали проявлять себя первые симптомы, то они отметят, что очень сложно точно указать время начала, и часто можно от них услышать, что ребенок «всегда был таким». Такого типа утверждение позволяет выделить черту характера, обнаруженную у детей с СМ: сдержанное поведение – характеризующееся стеснительностью, робостью, отгороженностью и страхом перед неизвестным (Gensthaler et al, 2016a; Muris et al, 2015).

Несколько, проведенных до настоящего времени, катамнестических наблюдений показали, что, несмотря на то, что симптомы СМ со временем ослабевают, некоторые из них могут сохраняться длительное время. Становясь взрослыми такие лица, как правило, страдают проблемами в коммуникации и социальной тревогой и подвержены более высокому риску возникновения других психических расстройств (Remschmidt et al, 2001; Steinhausen & Juzi, 1996).

ЭТИОЛОГИЯ

До настоящего времени не обнаружено какой-либо одной причины СМ. Однако понимание этого заболевания с годами изменилось – от восприятия поведения ребенка, как поддающегося волевому контролю, до отношения к нему, как отсутствию способности говорить в определенных ситуациях (см. Таблицу F.5.1). Как и в случае большинства психических расстройств детского возраста, следует предположить, что имеет место взаимодействие генетики, особенностей характера, а также факторов неврологического развития и окружающей среды, представленных ниже (для более подробного обзора и изучения этиологии СМ, см. Cohan et al, 2006; Muris & Ollendick, 2015; Hua & Major, 2016):

- *Генетические факторы.* СМ, социальная замкнутость и социальная тревога могут передаваться по наследству (Black & Uhde, 1995). Обнаружена специфическая вариация гена, ассоциирующаяся как с СМ, так и с социальным тревожным расстройством (социофобией) (Stein et al, 2011)
- *Характер.* Сдержанное поведение, как черта характера (пугливость и избегание неизвестных ситуаций), как правило, ассоциируется с последующим более высоким риском возникновения тревожных расстройств (Hirshfeld-Becker et al, 2007). Подобно связи между социальным тревожным расстройством и СМ, существует ассоциация между СМ и сдержанным поведением (Gensthaler et al, 2016)

- *Факторы, связанные с неврологическим развитием.* У детей с СМ довольно часто наблюдаются некоторые состояния, связанные с нарушением неврологического развития. Наиболее распространенные среди них – это проблемы с речью и языком, но также часто можно встретить нарушения выделительной функции и задержку моторного развития. Нечасто наслаиваются расстройства аутистического спектра и снижение интеллектуальных способностей, хотя у большинства детей с СМ IQ в пределах нормы (Kristensen, 2000; Cohan et al, 2006)
- *Факторы окружающей среды.* Двуязычные дети широко представлены среди детей с СМ. Переходные этапы, такие как начало посещения школы и встреча с новыми людьми, могут служить пусковыми механизмами многих расстройств, и особенно тяжело переносятся детьми с СМ. В отличие от стеснительных детей, которые со временем привыкают, дети, страдающие СМ, продолжают не разговаривать и держаться изолированно.

ДИАГНОЗ

Диагностические критерии

- В соответствии с DSM-5 селективный мутизм характеризуется постоянной неспособностью говорить в определенных условиях (например, школа, социальные ситуации), несмотря на нормальную речь в других обстоятельствах (например, дома) (American Psychiatric Association, 2013)
- DSM-5 уточняет, что для установления диагноза селективное отсутствие речи должно присутствовать, по меньшей мере, в течение одного месяца. Это не относится к первому месяцу посещения школы, поскольку многие дети замыкаются и становятся молчаливыми, сталкиваясь с незнакомой для них ситуацией, такой, как начало занятий в школе
- Важным моментом является то, что неспособность говорить не может быть объяснена незнанием разговорного языка, требуемого в конкретной социальной ситуации, или связанным с ним дискомфортом.
- Нарушение не может быть объяснено коммуникативным расстройством (например, начинающимся в детском возрасте нарушением плавности речи или заиканием), и не должно встречаться исключительно при расстройстве аутистического спектра, шизофрении или другого психотического расстройства.
- И наконец, неспособность ребенка говорить должна мешать повседневному функционированию: отсутствие речи препятствует способности ребенка функционировать в школе или в социальных взаимодействиях.

СМ в МКБ-10 имеет название – *элективный мутизм* и включен в раздел «эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (World Health Organization, 1990). В соответствии с МКБ-10 критериями исключения являются: общие нарушения психологического

развития, шизофрения, специфические расстройства развития речи и языка, переходящий мутизм, как составляющая часть сепарационной тревоги у детей раннего возраста. В опубликованной в августе 2016 бета-версии МКБ-11 название заменено на *селективный мутизм*, который включен в раздел «тревожные и связанные со страхом расстройства», при этом описание очень похоже на представленное в DSM-5.

КЛЮЧЕВОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Ребенок нормально говорит, по меньшей мере, в одной ситуации (например дома), однако демонстрирует мутизм в других (например, в детском саду или школе)?

- Если ответ «Да», попросите родителей подробно описать клиническую картину речевого поведения ребенка, как долго длится немота, и что было сделано, для того чтобы помочь ребенку, и к какому результату это привело.

Дополнительно:

- Убедитесь, что у ребенка нет проблем со слухом.
- Соберите подробный анамнез общего развития ребенка (речевого, двигательного, языкового) для исключения немоты, вызванной психологической травмой или приобретенного повреждения мозга.
- Обязательной является информация об академическом функционировании в детском саду/школе.
- Рекомендуется оценить невербальный язык и способность осмысливания (интеллект).

Диагностические трудности

Диагностическое наложение СМ и других психиатрических расстройств детского возраста, часто обнаруживаемых в клинике, может затруднять диагностику СМ. Ни в DSM-5, ни в МКБ не уточняется, касается ли критерий «постоянное отсутствие речи» только разговора со взрослыми. Следует отметить, что некоторые дети с СМ разговаривают шёпотом с «лучшим другом» в школе. Другая проблема заключается в том, есть ли основания ставить диагноз, если ребенок *немного* разговаривает в классе (как, например, в небольшой группе школьников, наедине с учителем, или с учителем и учениками в маленькой группе). В таких случаях в пользу или против диагноза может свидетельствовать степень нарушения, к которой приводит отсутствие речи. Однако нет каких-либо специфических рекомендаций на этот счет. Должна быть использована клиническая оценка степени нарушения, и решение, таким образом, зависит от навыков и опыта клинициста.

Особенно трудно диагностировать СМ у двуязычных детей.

У таких детей это расстройство часто остается нераспознанным – отсутствие у них речи приписывается непониманию нового

языка. В этой подгруппе часто не выявляют коморбидные расстройства речи или языка, маскирующиеся бессловесностью и билингвизмом. Важное значение имеет сбор информации или оценка языковых способностей ребенка с использованием его

ДИАГНОСТИКА СЕЛЕКТИВНОГО МУТИЗМА У ДВУЯЗЫЧНЫХ ДЕТЕЙ

- Мутизм должен длиться, как минимум, шесть месяцев
- Мутизм присутствует в обоих языках
- Имеют место ассоциированные симптомы тревоги и сдержанного поведения.

родного языка. Для постановки диагноза важным моментом является то, что мутизм должен сохраняться длительное время и быть непропорциональным относительно степени владения вторым языком (Torppelberg et al, 2005).

Коморбидность

У детей с СМ часто присутствуют симптомы других тревожных расстройств, особенно социальной фобии. Исследования обнаруживают такую коморбидность почти в 90% случаев (Gensthaler et al, 2016; Oerbeck et al, 2014).

Часто наблюдается сепарационная тревога, особенно у детей младшего возраста, тогда как редко возникает отказ от посещения школы. Нередко отмечаются состояния, связанные с нарушением неврологического развития. В наибольшей степени распространены проблемы с речью и языком, расстройства мочевого выделительной системы и задержка моторного развития. Коморбидность СМ с расстройствами аутистического спектра наблюдается в < 10% случаев. Расстройство дефицита внимания и гиперактивности – редкое явление (Kristensen, 2000).

Отмечались некоторые разногласия, касающиеся понимания оппозиционного поведения, наблюдаемого у некоторых детей с СМ. На протяжении многих лет дети с СМ описывались как контролирующие, упрямые и оппозиционные, что часто являлось основной проблемой в динамике семьи. В этой связи, важное значение приобретает тот факт, что в DSM-5 СМ понимается, скорее, как тревожное расстройство, а не как проявление оппозиционного поведения.

Наибольшее на сегодняшний день исследование у детей с СМ (n = 130) показало, что наиболее выраженным дополнительным проявлением была социальная тревога. Почти половина детей имели также пограничные клинические показатели проблем с речью и языком, что служит дополнительным напоминанием о том, что эти проблемы легко могут остаться незамеченными у таких детей. Другие 45% обнаружили пограничные клинические показатели оппозиционного поведения. Только у 12% отмечалась «чистая» социальная тревога (Cohan et al, 2008). Авторы высказывают предположение, что оппозиционность, у детей с СМ, часто присутствует лишь в ситуациях, требующих вербальной коммуникации. Таким образом, они становятся оппозиционными и неподчиняемыми, когда на них давят и заставляют говорить, в то время как они испытывают тревогу по этому поводу.

Дифференциальный диагноз

Наслоение симптомов, часто наблюдаемое в клинике, может затруднять диагностику, особенно если пользоваться критериями МКБ-10, которые требуют исключения общих нарушений психологического развития, шизофрении, специфических расстройств развития речи и языка, преходящего мутизма, как составляющей части сепарационной тревоги у детей раннего возраста. В соответствии с DSM-5, СМ не диагностируют, если симптомы можно объяснить другими расстройствами, такими как коммуникативное расстройство, аутизм, шизофрения или другое психотическое расстройство.

Несмотря на определенные трудности, подчеркивается важность диагностики коморбидных расстройств, связанных с нарушением неврологического развития.

Одна из целей такой диагностики заключается в том, чтобы подчеркнуть сильные и слабые стороны, для того чтобы можно было организовать соответствующую помощь и применить необходимые вмешательства в детском саду и школе. Если ребенок демонстрирует множественные коммуникативные и социальные задержки или мутизм в контексте другого необычного в социальном плане поведения, вероятнее всего первичным диагнозом будет расстройство аутистического спектра. Значительное смещение симптомов СМ и социального тревожного расстройства признается как в DSM, так и в МКБ. Для лиц с социальным тревожным расстройством и подозрением на селективный мутизм постановка точного диагноза имеет особое значение. При наличии признаков селективного отсутствия речи необходимо собрать информацию из многих источников. Исключение детей с СМ только как социально тревожных, потенциально неблагоприятно.

ОЦЕНКА

Диагностическая оценка СМ должна основываться на информации как от родителей, так и от учителей, для того чтобы гарантировать получение точных данных о неспособности ребенка говорить надлежащим образом в определенных ситуациях. Мульти-информантная перспектива крайне важна из-за ситуационной природы расстройства. Родители могут длительное время ничего не знать о мутизме ребенка в школе. Обычно оценка включает в себя сочетание диагностических интервью и опросников, заполняемых родителями и учителями, а также наблюдением за поведением ребенка младшего возраста. Старших детей можно попросить кивком головы подтвердить ответы на вопросы или заполнить письменные опросники. Некоторые дети младшего возраста с СМ (от 4 до 5 лет) способны с помощью родителей заполнить «говорящие карты». Однако следует отметить, что степень, до которой дети с СМ могут предоставлять информацию в этой новой для них стрессовой ситуации в присутствии незнакомых взрослых, достаточно вариабельна и несущественна для постановки диагноза.

Диагностические интервью

Наиболее часто используются такие интервью, как *Опросник по выявлению эмоциональных расстройств и шизофрении у детей школьного возраста: текущая и пожизненная версия* (англ. – *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL)) (Kaufman et al, 2013) и *Интервью по тревожному расстройству для DSM-IV, версия для детей и родителей* (англ. – *Anxiety Disorder Interview for DSM-IV Child and Parent Version* (ADIS-IV-C/P)) (Albano & Silverman, 1996). Эти интервью разработаны для детей в возрасте 6 – 18, однако адекватный диагноз может быть поставлен у детей до шести лет до тех пор, пока концепции о поведении и понимание жизненных препятствий адаптированы таким образом, чтобы иметь отношение к детям дошкольного возраста (Birmaher et al, 2009). В качестве альтернативы можно использовать опросник *Психиатрическая оценка детей дошкольного возраста* (англ. – *Preschool Age Psychiatric Evaluation* (PAPA)) (Egger & Angold, 2004).

ПРАКТИЧЕСКИЕ МОМЕНТЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ И ЛЕЧЕНИЯ

- Большинство детей с СМ сотрудничают в структурированной ситуации теста, если они добровольно соглашаются его пройти и хорошо подготовлены
- Родители могут присоединяться и помогать в разъяснении вопросов, если ребенок желает этого
- До того как начнется тест, скажите детям, что им не нужно будет с вами разговаривать
- Продемонстрируйте материалы теста и объясните альтернативные форматы ответов, которыми они могут воспользоваться, такие как указание пальцем, кивки головой или письменные ответы (дети старшего возраста)
- Ребенок должен сидеть рядом с клиницистом, не напротив, как обычно при проведении тестирования, для того чтобы избежать прямого зрительного контакта, который часто вызывает дискомфорт у этих детей. При таком расположении и ребенок, и клиницист сосредоточены на материале теста, размещенного перед ними
- Предпочтение следует отдавать не ограниченным по времени тестам пассивного словарного запаса, так как дети с СМ могут быть медлительными в ответах из-за страха совершить ошибку
- Одним из эффективных является Словарный тест Пибоди в картинках (Dunn & Dunn, 2007), при котором клиницист произносит слово, а ребенок указывает на соответствующую картинку среди других. Могут быть использованы другие невербальные тесты, направленные на проведение быстрой оценки способности к обучению, речевой способности, и уровня интеллекта
- Для того, чтобы провести оценку на наличие потенциальных проблем с артикуляцией и прагматических аспектов речи, родителей просят использовать цифровой диктофон, для того чтобы записывать речь ребенка дома в повседневных ситуациях (например, во время игр, при разговоре с родителями и сиблингами)
- Старайтесь добиться совместного внимания, используя для этого приятные ребенку игры, а не сосредотачивая внимание на нем
- Разговаривая, старайтесь «размышлять вслух» (например, «Мне интересно, подойдет это сюда, или нет?»), а не задавать ребенку прямые вопросы
- Для разговора выбирайте темы, напрямую относящиеся к той приятной игре, в которую вы играете вместе, вместо того, чтобы спрашивать ребенка о его чувствах или его/ее личных проблемах
- При работе с такими детьми неизбежны периоды молчания. Некоторые люди испытывают неловкость при таком молчании и предпочитают заполнять его разговорами. Стремитесь к тому, чтобы работать без напряжения, скорее предоставляя ребенку достаточно времени для того, чтобы он мог отреагировать, а не стараясь все время непрерывно говорить с ним

- Через какое-то время спокойно продолжите «диалог» даже если ребенок, возможно, не будет реагировать вербально; отсутствие давления на ребенка и непринуждение его к разговору, повышает у него чувство комфорта и продвигает «диалог» дальше
- Воспринимайте возможную вербальную реакцию нейтрально, не слишком эмоционально. Спокойно признайте то, что ребенок сказал и продолжайте вместе с ним делать то, что начали раньше.

Поскольку СМ является тревожным расстройством, наиболее подходящим, по всей видимости, будет тест ADIS. С помощью ADIS можно оценить уровень тревоги, настроение, экстернализацию, тики, употребление психоактивных веществ и общие расстройства психологического развития, в соответствии с DSM. Очень полезен «термометр чувств», который позволяет детям и родителям количественно определить тяжесть симптомов тревоги и нарушения функционирования ребенка. Показатели тревоги используются как помощь в диагностике. Более того, они могут быть использованы для самонаблюдения (у детей более старшего возраста) и наблюдения родителями за тревогой, а также, со временем, для оценки реакции на лечение.

Дети младшего возраста могут использовать более простые визуальные модели, такие как нарисованные от руки или распечатанные улыбающиеся и огорченные лица. Ниже вы можете найти пример *говорящей карты* для школьной ситуации, которая может быть использована для детей младшего возраста. В зависимости от возраста, можно попросить ребенка указать пальцем или нарисовать звездочки напротив ситуаций, в которых они действительно говорят. Можно также воспользоваться цветными самоклеящимися листочками: зелеными для разговора, желтыми для невербальной коммуникации, и красными для молчания.

ПРИМЕР ГОВОРЯЩЕЙ КАРТЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА, ШКОЛЬНАЯ ВЕРСИЯ

Говорящая карта эффективна в оценке селективного мутизма. В зависимости от возраста можно попросить ребенка указать пальцем или нарисовать звездочки напротив ситуаций, в которых они действительно говорят. Можно также воспользоваться цветными самоклеящимися листочками: зелеными для разговора, желтыми для невербальной коммуникации и красными - для молчания. Карта дает возможность получить информацию о том, как ребенок воспринимает свое речевое поведение в разных ситуациях. Она, со временем, может также быть использована для оценки происходящих изменений.

Имя ребенка: _____ **Возраста:** _____

Кто помог заполнить карту _____ **Дата:** _____

По пути в школу



В классе



В небольшой группе



Наедине с учителем или другими взрослыми (с кем?)



В других помещениях в школе



Во время приема пищи



За пределами школы на каникулах



Дети более старшего возраста могут конструировать свои собственные говорящие карты для использования в разных ситуациях. Клиницисту следует проявить креативность, для того чтобы вовлечь детей в этот процесс.

Оценочные шкалы

Общие

Доступно несколько оценочных шкал для симптомов тревоги (см. Главу F.1 данного руководства). Свободно доступная *Дополненная шкала детской тревоги и депрессии* (англ. – *Revised Children’s Anxiety and Depression Scale (RCADS)*) включает в себя скрининговый пункт, касающийся речевого поведения:

Пункт 38. *Мой ребенок испытывает страх, если ему/ей приходится говорить перед всем классом.*

Варианты ответов: «никогда», «иногда», «часто» и «всегда»; кроме того, на вебсайте доступно руководство пользователя.

Вопросники по селективному мутизму

Большинство широко используемых стандартизированных вопросников разработаны Lindsey Bergman и включены в ее недавно опубликованное руководство по лечению СМ (Bergman, 2013). Версии для родителей, *The Selective Mutism Questionnaire* (*Вопросник по селективному мутизму*) (Bergman et al, 2008) и учителей *School Speech Questionnaire* (*Вопросник для оценки речи в школе*) (Bergman et al, 2002) доступны бесплатно на вебсайте по адресу:

<http://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780195391527.001.0001/med-9780195391527-appendix-10>

Для того чтобы получить версии на других языках, необходимо установить контакт с автором по электронной почте: lbergman@mednet.ucla.edu

Несмотря на то, что общая оценка может быть получена путем суммирования баллов, отражающих тяжесть мутизма, эти вопросники являются только лишь инструментами для количественной оценки тяжести, они не имеют диагностического порога. Диагноз должен основываться на клиническом обследовании. Вопросники по СМ полезны в оценке симптомов этого расстройства до, во время и после лечения. В версии для родителей содержатся шкалы для трех разных ситуаций: школа, дом и социальные ситуации вне школы. Можно получить отдельные результаты для каждой подшкалы и общую оценку. Версия для учителей оценивает речевое поведение в школе, как видят его учителя.

Шкала тревоги социальной коммуникации (англ. – *Social Communication Anxiety Inventory (S-CAI)*) подчеркивает раз-

ПРИМЕРЫ ПУНКТОВ ИЗ ВОПРОСНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЧИ В ШКОЛЕ BERGMAN (заполняемого учителями)

- Пункт 3. Если его/ее вызывает учитель, то этот ученик/ученица отвечает вербально.
- Пункт 4. Когда это целесообразно, этот ученик задает вам (учителю) вопросы.

(Оценочные варианты: всегда, часто, редко, никогда)

нообразии поведения при СМ, выделяя некомуникативную, невербальную, переходную и вербальную стадии (см. примеры пунктов для ситуации «дома» ниже). Визуальную схему в виде моста моно посмотреть здесь: http://www.selectivemutismcenter.org/Media_Library/SM_Bridge_2015.pdf

ЛЕЧЕНИЕ

Составить концепцию лечения можно, приняв во внимание три группы факторов:

- *Факторы восприимчивости* (генетика, характер, социальная тревога, сдержанное поведение и расстройства, связанные с нарушением неврологического развития). Целью лечения не является изменение характера. Если присутствуют расстройства, связанные с неврологическим развитием, адекватная помощь должна быть оказана в школе.
- *Провоцирующие факторы* (переходные периоды и неожиданные события, такие как начало посещения детского сада или школы, миграция, использование нового языка). Дети с СМ выигрывают от подготовки, тренировки и в том случае, если им предоставляют больше времени для адаптации к новой ситуации или переходному периоду, равно как и от структурированной окружающей среды, где они знают, чего можно ожидать.
- *Поддерживающие факторы* (поведение людей, окружающих ребенка с СМ). Существует два противоположных риска. Один – принять избегание ребенка, говорить с ним и принимать его неспособность улучшить коммуникацию. Другой – ожидать от ребенка коммуникации, на которую он не способен в данной ситуации. Несмотря на то, что преследуют благие намерения, оба эти подхода бесполезны, способствуют усилению у ребенка ощущения дискомфорта и могут способствовать усугублению симптомов (см. ниже).

Широко распространено мнение, что СМ тяжело поддается лечению, и всего несколько исследований высокого качества посвящено его эффективности. Среди публикаций, касающихся лечения, доминируют исследования отдельных случаев или серии случаев, включая широкий спектр методов, отражающих в значительной степени теоретическую ориентацию авторов. По-прежнему, в наличии скудные данные об исходе лечения и о предикторах такого исхода. Несколько существующих длительных исследований исхода ретроспективны и содержат мало информации о лечении, применявшемся в клинике много лет назад. В 2006 в обзоре публикаций о психологических методах лечения было с определенной осторожностью заявлено, что рекомендована когнитивно бихевиоральная терапия (Cohan et al, 2006). За последние годы были разработаны научно обоснованные вмешательства КПТ, специально адаптированные для детей с СМ (Klein et al, 2016; Bergman, 2013; Oerbeck et al, 2014). Все они поддерживают раннее вмешательство и, несмотря на то, что в некоторой степени отличаются по дизайну, частоте, длительности и

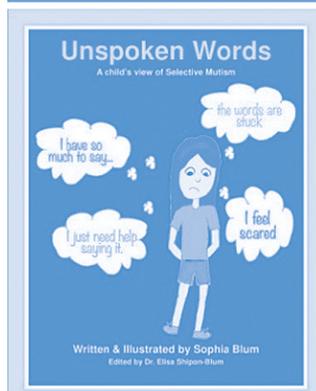
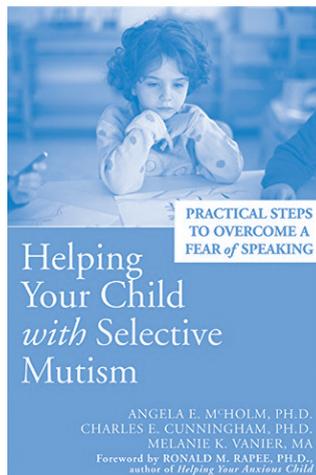
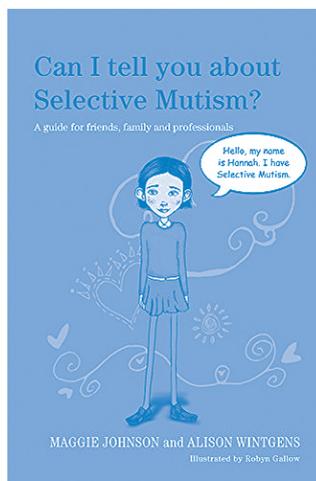
локализации терапевтических сессий, существует поразительное сходство между ними и новаторской работой по лечению СМ, проводимой британскими, канадскими и американскими группами (Johnson & Wintgens, 2007; McHolm et al, 2005; Kearney, 2010). Другая канадская группа опубликовала обзор методов лечения СМ (психологические подходы и использование медикаментов) (Manassis, 2009).

Психологические методы лечения

Для упрощения ниже приведены ключевые терапевтические факторы. Затем следует краткий обзор данных, касающихся психологических вмешательств, которые проиллюстрированы примерами отдельных случаев.

- Вмешательства, как правило, являются мультидисциплинарными и нацелены на ослабление тревоги, улучшение внешней речи и избавление от связанных с СМ нарушений
- Во всех подходах акцент делается на бихевиоральных компонентах КПТ, так как из-за самих по себе симптомов мутизма, и, как правило, начала в раннем возрасте, когнитивное переструктурирование менее оправдано. Используются задачи на постепенное воздействие и вознаграждение за речевое поведение (условное подкрепление).
- Чрезвычайно важно вовлечение в процесс терапии родителей. Обязательным является психообразование и предоставление информации о том, как можно лучше помочь их детям путем ослабления облегчающего поведения (например, стараться разговаривать с безмолвным ребенком) и предоставления возможности для общения в менее тревожной домашней и публичной обстановке. Во вкладке приведена рекомендуемая литература для детей с СМ. Вы можете также ознакомиться с информационным буклетом для родителей, разработанным SMIRA (<http://smira.org.uk/wp-content/uploads/2015/10/Selective-Mutism-Parents-Leaflet.pdf>) – британской группой поддержки по СМ.
- Необходимо также интенсивное вовлечение учителей и координация действий с ними, так как симптомы у детей с СМ, чаще всего проявляются в школе. Используются психообразование о СМ, консультации по ходу лечения и задачи на простое воздействие.

Психообразовательные ресурсы, полезные для детей с селективным мутизмом и их родителей



ПРИМЕРНЫЕ СОВЕТЫ ДЛЯ СВЕРСТНИКОВ

Большинство людей чего-то боятся. Этому ребенку трудно говорить. Есть способы помочь ему говорить. Помочь можно следующим образом:

- Когда кто-то не говорит, люди рядом с таким человеком чувствуют себя неловко. Постарайтесь быть дружелюбным к такому ребенку и попытайтесь вовлечь его/ее в игровую деятельность
- Не говорите другим людям о том, что этот ребенок не может говорить, и вообще не высказывайтесь о нем
- Не устраивайте переполох, если ребенок начинает говорить, просто продолжайте делать то, что делали до этого момента.



- Поскольку дети с СМ часто неспособны говорить с терапевтом, важное значение имеет стратегия безопасного раннего вовлечения ребенка. Основное значение имеют: получение информации о том, что ребенку действительно нравится, использование забавных любимых игр и игровых занятий, и стремление к тому, чтобы вознаграждение было привлекательным для ребенка.
- Главная цель лечения – ослабление речевой тревоги путем уменьшения давления на ребенка, преследующего цель – заставить его говорить, а также повышения чувства комфорта, не ожидая, что ребенок будет смотреть прямо на терапевта. Такое поведение может выглядеть как парадоксальное вмешательство, не способствующее достижению главной цели – усилению речи. Однако оказалось, что именно такое отношение к детям с СМ способствовало тому, что они становились более разговорчивыми и охотнее вовлекались в общение с незнакомыми людьми в новой ситуации.

Интегрированная поведенческая терапия СМ, разработанная Lindsey R Bergman

Этот метод лечения проводится в клинике опытными врачами с участием родителей и использует задачи на постепенную подверженность воздействию пугающих стимулов/ситуаций (вербальная коммуникация) (Bergman, 2013). Терапевты поддерживают тесный контакт с учителями, для того чтобы гарантировать релевантность задач воздействия в школе. Пилотное рандомизированное контролируемое исследование, включавшее 21 ребенка (в возрасте от 4 до 8 лет) обнаружило значительное улучшение речи после лечения, при этом никаких из-

ГРЕТА

менений не было отмечено в контрольной группе пациентов из списка ожидающих своей очереди на лечение (Bergman et al, 2002). Важно отметить, что 67% детей, получивших лечение, больше не удовлетворяли диагностическим критериям СМ, и по данным катамнестического наблюдения через три месяца клинические результаты сохранялись (Bergman et al, 2013). Диагностическая коморбидность не оценивалась, но по данным отчетов родителей (но не учителей) было отмечено значительное ослабление симптомов социальной тревоги. Смотрите Дополнение F.5.1 для ознакомления с обзором 20 сессий терапевтического метода Bergman.

Руководство Bergman содержит формы и таблицы, которые помогают в диагностике и лечении СМ, в том числе и рекомендуемые упражнения на воздействие. Описаны также структурированные задания, планируемые вознаграждения и варианты исхода, а также оценочные шкалы эмоций ребенка. В качестве примеров смотрите Приложения F.5.2, F.5.3.

Доступ к ресурсам по адресу:

<http://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780195391527.001.0001/med-9780195391527-appendix-10>

Лечение тревоги социальной коммуникации (Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT)), разработанное Elisa Shipon-Blum

Этот метод лечения также реализуется в клинике с участием родителей и использует задачи на постепенную подверженность воздействию, а также консультации с учителями, чтобы гарантировать понимание СМ и релевантность задач на воздействие в школе. Терапия состоит из девяти сессий на протяжении трех недель и использует передачу контроля родителям между сессиями, для того чтобы обеспечить генерализацию терапевтических достижений. S-CAT охватывает бихевиоральные и когнитивные стратегии, направленные на восстановление у ребёнка, в соответствии со стадиями вербализации (см. Дополнение F.5.3), способности к социальной коммуникации, к которой постепенно предъявляются все более высокие требования, при этом используется *Шкала комфорта социальной коммуникации при СМ* (англ. – *SM-Social Communication Comfort Scale*) (детальное описание можно найти здесь:

http://selectivemutismcenter.org/Media_Library/Stages.SM.pdf

Грета была пятилетней девочкой с СМ, замеченным в три года, когда она начала посещать детский сад. Она была двуязычной, и мутизм распространялся на оба языка. Ее брат-подросток все еще страдал СМ, несмотря на длительный контакт с психиатрическими службами.

После использования задач на подверженность воздействию, во время трех визитов на дому, Грета начала разговаривать с терапевтом уже на второй сессии, когда они играли в ее любимую игру. Она продолжала разговаривать с терапевтом, когда лечение было продолжено в отдельной комнате в детском саду. Она энергично участвовала в составлении рангового списка, кого следует пригласить, предпочитая начать со сверстников. Интересен тот факт, что первой в списке тех сверстников, кого она пригласила, была застенчивая, робкая девочка – Грета сказала терапевту, что ее подруге тоже нужен этот тренинг речи.

Вопрос матери

Моей дочери М. 8 лет, и она ходит во второй класс. Она всегда была очень стеснительной и общалась только с моим мужем, моим сыном, дедушками и бабушками, а также некоторыми дядями и тетями. На сегодняшний день она

разговаривает со всеми ближайшими родственниками. В школе она может разговаривать только наедине с учителем физкультуры. Мы посещаем терапевта, на данный момент, уже год. [...] Терапевт и я пытаемся рассказать и объяснить учителям, что собой представляет селективный мутизм. Я пыталась приводить М. в школу раньше, до того как придут другие дети, и тогда дочь иногда могла прочитать несколько слов своему учителю. Я также записывала на диктофон ее устные отзывы о книгах, чтобы их могла послушать учительница. У М. есть одна очень хорошая подруга, с которой она разговаривает в школе. Она чувствует себя очень комфортно рядом с этой подругой и благодаря ей смогла обрести новых друзей и участвовать в школьных мероприятиях. Учителя дочери, особенно учитель физкультуры, считают, что М. использует эту девочку в качестве «костылей». Они хотят разделить их в следующем году. Я категорически против этого, потому что рядом с этой девочкой М. менее тревожна. Я знаю, как это тяжело, когда ты не можешь общаться. Я думаю, что ее учитель, по-видимому, считает, что сможет вылечить М., держа ее подальше от подруги. Я же считаю, что моей дочери можно помочь только, если она останется с детьми, с которыми чувствует себя комфортно. Похоже, они думают, что ей нужны другие друзья. У М. есть другие друзья, она просто не может подружиться с кем-то самостоятельно.

У меня к Вам следующий вопрос: «Стоит ли разлучать М. с единственной девочкой, с которой она может комфортно общаться?»

Что Вы думаете по этому поводу?

Ответ можете найти здесь: http://www.selectivemutism.org/find-help/ask-the-doc-archives/index_html/question5-schoolintervention

Вмешательство при СМ, реализуемое дома и в школе, разработанное Hanne Kristensen и ее группой

Лечение по данной методике начинается дома, где ребенок чувствует себя безопаснее, и где существует большая вероятность, что он начнет говорить, и продолжается в школе, где симптомы могут быть более тяжелыми. Этот подход в лечении мог бы быть особо эффективным в сельских районах или там, где ограничен доступ к специализированным клиникам. Учитель или другое ключевое лицо может проводить вмешательство под наблюдением клинициста. См. Дополнение F.5.4 для ознакомления с описанием вмешательства в домашних и школьных условиях.

Благоприятный исход был обнаружен в пилотном исследовании семи детей дошкольного возраста с диагнозом длительного СМ (в среднем 20 месяцев) (Oerbeck et al, 2012). Шесть из семи детей говорили свободно во всех дошкольных ситуациях после лечения, продолжавшегося в среднем 14 недель, и продолжали говорить при катamnестическом обследовании спустя 1,5 года. В рандомизированном контролируемом исследовании с участием 24 детей с СМ (возраст от 3 до 9 лет), мы обнаружили значительное улучшение речи после трех месяцев лечения, и отсутствие

каких-либо изменений в контрольной группе, в которую вошли дети из списка ожидающих своей очереди на лечение (Oerbeck et al, 2014).

Катамнестическое исследование 24 детей через полтора года после шестимесячного лечения не продемонстрировало потери эффекта. Наоборот, в данном случае было обнаружено хоть и небольшое, но значимое улучшение речевого поведения через некоторое время (Oerbeck et al, 2015). Более ранний возраст начала лечения и более легкие симптомы СМ ассоциировались с лучшими результатами. Длительное катамнестическое наблюдение 30 из 32 детей (в возрасте от 3 до 9 лет), завершивших эту программу в Норвегии, показало, что по отчетам родителей и учителей, 21 ребенок из 30 больше не соответствовал диагностическим критериям СМ. Четверо детей, по-прежнему, страдали СМ, и у пятерых наблюдалась частичная ремиссия (например, они разговаривали в некоторых, но не во всех школьных ситуациях) (неопубликованные данные).

Фармакотерапия

Медикаменты в лечении детей с СМ из-за недостатка эмпирических доказательств, используются главным образом «вне зарегистрированных показаний». Лекарственные средства следует применять в исключительных обстоятельствах. На сегодняшний день опубликованы результаты двух небольших слепых исследований, в одном использовался флуоксетин, в другом – сертралин (Manassis et al, 2016). Применение медикаментозных средств основано на экстраполяции результатов лечения других тревожных расстройств. Важно признать эту реальность и объяснить, на чем основано разумное использование лекарственных средств – например, отсутствие реакции на психологическое лечение, тесная связь между СМ и социальной фобией (Compton et al, 2014). Родители часто начинают беспокоиться, если поднимается вопрос о том, что стоит рисковать возможностью побочных эффектов медикаментов. Однако риск нарушения социального и академического функционирования может быть более высоким, если СМ не пролечить эффективно, а медикаменты обладают потенциалом улучшения функционирования в этих сферах (Manassis & Tannock, 2008). Если у детей на фоне медикаментозного лечения уменьшается тревога, некоторые из них могут быстрее добиваться прогресса в психологическом лечении. Для родителей выглядит обнадеживающей ситуация, если рассказать им, что реакция на медикаменты (позитивная или негативная) и побочные эффекты будут тщательно контролировать, и что планируется прекращение медикаментозного лечения, как только ребенок начнет говорить нормально в большинстве социальных ситуаций.

Когда медикаменты могут быть эффективны при СМ?

В случае с Элен симптомы у ребенка сохраняются в течение двух лет, несмотря на четыре месяца интенсивного психологического лечения. Попытка «начать все сначала» со сменой школы оказалась безрезультатной и ее социальное функционирование явно ухудшается. Такие события, похоже, оправдывают использование медикаментов. Тем не менее, на вопрос о том, когда применять лекарственные средства при СМ – нелегко ответить (см. также видеоролики #3 и #4). При принятии

решения стоит ли рекомендовать медикаментозное лечение или нет, необходимо учитывать несколько факторов:

- Ограниченность данных об эффективности и потенциальная возможность возникновения побочных эффектов, особенно у детей препубертатного возраста

Элен

Элен было шесть с половиной лет, когда она впервые была осмотрена. Элен мигрировала вместе со своей семьей в Европу из Юго-восточной Азии, когда ей было три года. Дома она бегло разговаривала на местном и родном языке. По описанию родителей Элен всегда была тихой и застенчивой, но, несмотря на это, развивалась нормально. Когда она начала посещать школу, то полностью не разговаривала, но учительница была довольна тем, что у нее в классе появилась уступчивая, не нарушающая порядка ученица. Она убеждала родителей, что вполне вероятно, что Элен будет хорошо со всем справляться, как только адаптируется к новым условиям. Однако Элен не начала говорить в школе ни в этот год, ни на следующий.

В своей новой школе, во втором классе, Элен не разговаривала. Более того, она потеряла контакты со сверстниками из своей предыдущей школы и подвергалась буллингу в новой. Она еще больше замкнулась в себе, и большую часть времени в школе сидела за партой, положив на нее голову, и ни на кого не смотрела. В школе организовали для Элен занятия с логопедом и включили ее в программу изменения поведения, которая продемонстрировала улучшение речи в подобных случаях, однако за четыре месяца не удалось добиться никакого прогресса. Элен прошла повторное психиатрическое обследование (на то время ей было семь с половиной лет), после которого было рекомендовано медикаментозное лечение. Видя ухудшение состояния дочери, родители теперь были готовы рассмотреть такой вариант.

Было начато лечение с назначения флуоксетина 10 мг/день. Элен переносила лекарственный препарат без побочных эффектов. Спустя шесть месяцев было замечено, что она чаще улыбается, но все еще не разговаривала, несмотря на дальнейшую работу с логопедом и участие в бихевиоральной программе. Доза была увеличена до 15 мг/день (поочередно через день капсулы по 20 и 10 мг). Через три недели Элен начала шепотом разговаривать со сверстниками. Еще через месяц она начала разговаривать с учителем, если оставалась с ним наедине. Элен продолжала принимать медикаменты, и ей также разрешили продолжить занятия с тем же учителем в третьем классе, что в результате привело в этот год к развитию нормальной социальной речи, дружеским отношениям со сверстниками и хорошему прогрессу в академической успеваемости. Медикаментозное лечение было отменено сразу после начала занятий в четвертом классе, так как к тому времени Элен уже нормально разговаривала во всех ситуациях.

- Медикаменты следует использовать в сочетании с психологическим лечением, а не как монотерапию
- Должно быть очевидно, что ребенок не реагирует на одно лишь психологическое лечение, и что симптомы тяжелые и вызывают серьезные затруднения. Продолжаются дискуссии по поводу того, как долго должно длиться психологическое лечение, до того как оно будет дополнено медикаментозным, однако большинство авторов сходятся во мнении, что это должны быть несколько месяцев
- Поскольку старшие дети, по всей видимости, хуже реагируют только лишь на психологические методы лечения, чем младшие (Oerbeck et al, 2015), медикаменты старшим детям можно назначить раньше. Медикаментозное лечение также может быть назначено раньше в тех местах, где затруднен доступ к психологическим методом терапии.
- В каждом конкретном случае клиницист должен взвесить потенциальный риск и пользу медикаментозного лечения и помочь понять это ребенку и его родителям.

Как и в случае многих других психиатрических расстройств детского возраста, для которых отсутствуют данные об оптимальных дозах, назначая медикаментозное лечение при СМ, нужно руководствоваться общим правилом: «начинаем с малого, продвигаемся медленно» (англ. "start low and go slow")

Выбор лекарственного препарата

Лучше всего исследован флуоксетин, хотя имеются публикации о других селективных ингибиторах обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также двух ингибиторах моноаминоксидазы (иМАО): фенелзин и моклобемид (Manassis et al, 2016). Необходимо избегать применения иМАО в лечении детей из-за их потенциальных побочных эффектов и взаимодействия с пищевыми продуктами. Мы рекомендуем начать с флуоксетина и в случае плохой переносимости или отсутствии реакции перейти на сертралин.

Как следует назначать лекарственный препарат?

У младших детей (до 7 лет) можно начать с 5 мг флуоксетина в день, в жидкой форме или (если такая форма недоступна) по одной капсуле 10 мг через день. Учитывая длительный период полувыведения, дозу флуоксетина можно титровать, добавляя количество капсул, принимаемых за неделю. При переходе на сертралин вначале можно назначить 12,5 мг/день (т.е. половину капсулы в 25 мг). В случаях, подобных Эллен, может потребоваться повышение дозы, так как дети широко варьируют в плане потребности в лекарственном препарате и его переносимости.

Целесообразно контролировать вес ребенка, на который может влиять наличие у него тошноты, связанной с приемом лекарственного препарата, особенно на начальных этапах лечения. Нередко у детей наблюдается повышение активности, как побочный эффект СИОЗС (Strawn et al, 2015); это может потребовать снижения дозы или замены препарата. Родителям необходимо рассказать о возможности усиления суицидального поведения (хотя это случается довольно редко) и порекомендовать им предпринять необходимые шаги для гарантирования безопасности. При оценке возможных рисков важно собрать информацию

от родителей, а также учителей, а если ребенок немного говорит, то также и от него. При медикаментозном лечении улучшение часто может быть незаметным в домашних условиях, где симптомы, как правило, менее тяжелые, однако

Как только социальная речь ребенка начнет прогрессировать, важно продолжить медикаментозное лечение на несколько месяцев, для того чтобы оптимизировать пользу от сопутствующего психологического лечения, позволить ребенку обрести уверенность в его новых социальных способностях и избежать рецидивов.

более заметно в школе. Первые признаки улучшения могут появиться спустя какое-то время: при приеме оптимальной дозы, это обычно две – четыре недели, однако, до того как изменения трансформируются в надлежащую вербальную коммуникацию, может пройти значительно больше времени. Идеальными были бы регулярные осмотры, раз в две недели, для контроля на наличие побочных эффектов, подбора дозы и продолжения психологического лечения.

Обычно не рекомендуется снижать дозу лекарственного препарата на время летних каникул, так как начало занятий в школе для детей с СМ является трудным периодом, иногда приводящим к рецидиву. Тем не менее, если ребенок говорит нормально в большинстве социальных ситуаций, отличается хорошим уровнем функционирования в социальной и академической сферах, врачу следует постепенно отменить препарат. Обычно это осуществляется путем уменьшения дозы, затем наблюдения в течение нескольких недель, для того чтобы исключить повторное возвращение симптомов, дальнейшего уменьшения дозы и снова наблюдения, и затем отмены препарата, если симптомы не возвращаются. Если же симптомы возвращаются, дозу препарата повышают до прежнего минимально эффективного уровня. Затем доза лекарства может быть пересмотрена примерно каждые шесть месяцев, для того чтобы убедиться, что ребенок по-прежнему нуждается в минимально эффективной дозе. Риски и польза от длительного медикаментозного лечения неизвестны.

ПРОЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОСОБЕННОСТЯМИ КУЛЬТУРЫ

Границы между нормой и патологией варьируют в зависимости от культуры. Следовательно, разное поведение будет считаться проблемным. Порог толерантности к ситуационной немоте также будет разным, в зависимости от культуры, социальных условий и семьи. Тем не менее, что касается СМ (в понимании болезни самой по себе) почти во всех культурах (даже в тех, в которых стеснительность/молчаливость считается положительным качеством) такое поведение будет считаться отклонением от нормы, и родители будут искать помощи, чтобы добиться улучшения функционирования их ребенка.

С нашей точки зрения, культуральные проблемы, требующие проявления большей чуткости при СМ, имеют отношение к лечению:

- В международном плане существуют различия, касающиеся того, насколько важной считается способность ребенка в устной форме участвовать во всех школьных мероприятиях. Также варьирует степень давления, считающегося приемлемым, когда ребёнку пытаются помочь улучшить речевое поведение.

- При проведении психологического лечения отличия между странами заключаются в том, полномочен ли и готов ли медицинский персонал помогать детям на дому или в школе
- Что касается фармакотерапии, существует огромное разнообразие в том, насколько охотно люди готовы использовать лекарственные препараты при СМ. Во многих странах такое лечение считается «применением лекарственных средств не по показаниям» – что означает, что врач назначает их без официального одобрения со стороны регулирующих органов системы здравоохранения, что обычно связано с недостаточностью научных данных об их эффективности.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- СМ – относительно редкое расстройство детского возраста, приводящее к значительному ухудшению социального и академического функционирования
- Основным симптомом СМ является постоянная неспособность говорить в определенных условиях (например, школа, социальные ситуации), несмотря на нормальную речь в других (например, дома)
- СМ передается по наследству и ассоциируется с такой чертой характера, как сдержанное поведение
- Распространены коморбидные состояния, особенно другие тревожные расстройства и заболевание неврологического развития, поэтому важно всесторонне обследовать ребенка, чтобы исключить эти заболевания
- Диагностическая оценка требует наличия опыта, восприимчивости и подробной информации от родителей и учителей, а также от самого ребенка
- Первый шаг обычно заключается в психообразовании и бихевиоральной коррекции
- Предпочтительным методом лечения является структурированный подход, сфокусированный на постепенном воздействии задачи, вызывающей страх (речь) с условным подкреплением
- Медикаменты могут быть полезны в том случае, если отсутствует реакция на психологическое лечение или при частичной реакции. Медикаменты могут быть назначены раньше, если психологическое лечение недоступно
- Если вообще возможно медикаментозное лечение, то оно должно проводиться в сочетании с психологическим, а не как монотерапия
- В настоящее время нет лекарственных препаратов, одобренных для использования в лечении СМ у детей и подростков. Однако растущее количество исследований вселяет осторожный оптимизм в отношении СИОЗС
- Оставленный без лечения СМ ассоциируется с более высоким риском возникновения других психических расстройств, особенно тревожных, равно как и с продолжающимся ухудшением социального и академического функционирования.

ПРИЛОЖЕНИЕ F.5.1

**Обзор 20 сессий интегрированной бихевиоральной терапии
Bergman для детей с селективным мутизмом**

	Тема	Содержание
1	Введение	Обзор программы и начало формирования у ребенка чувства комфорта в новой ситуации
2	Карта чувств, система подкрепления	Представьте и расскажите, как на практике пользоваться «картой чувств», субъективным инструментом оценки дистресса, соответствующим развитию. Представьте ребенку и его родителям систему подкрепления поведения для усиления речевого поведения и помогите им разработать индивидуальную систему поощрения
3	Список класса и построение иерархии	Соберите данные о вербальном поведении ребенка в классе. Постройте «лестницу речи» или иерархию (ступенчатый список ситуаций вербальной коммуникации, над которыми будет работать ребенок)
4	Практика воздействия*	Представьте обоснование вмешательств подвергания воздействию и начните с воздействия во время сессии, которое послужит руководством для будущих воздействий во время и вне сессий
5 - 9	Начальные (легкие) воздействия*	Разработайте, выполните и распределите упражнения на воздействие ситуаций, в которых ребенок испытывает затруднения с речью, во время сессии или где-либо в другом месте (школа, в кругу ближайших родственников, в общине и т.п.)
10	Сессия середины точки лечения	Сосредоточьтесь на обзоре прогресса и решите проблемы, препятствующие достижению успеха (например, несоблюдение условий учителями или родителями, проблемы с программой подкрепления, отсутствие согласованности, оппозиционность ребенка)
11 - 14	Промежуточное (умеренное) воздействие*	Продолжение работы над воздействиями в соответствии с иерархией ребенка («лестница речи») при участии родителей и учителей
15	Продолжающееся воздействие и представление концепции передачи контроля	Продолжение задач на воздействие и представление концепции контроля, в соответствии с которой ответственность за продолжение работы перекладывается на родителей и ребенка. Родители/ребенок начинают делиться своими идеями относительно воздействий вне сессий

	Тема	Содержание
16 - 17	Более сложные (продвинутые) воздействия и дополнительное сосредоточение на передаче контроля	Плановая работа над более сложными задачами воздействия и большая сосредоточенность на передаче контроля и перекалывание ответственности за лечение на родителей и, если это целесообразно, учителей
18 - 19	Обзор прогресса; более сложные воздействия и передача контроля	Определите сферы, в которых достигнут прогресс и идентифицируйте ситуации, в которых все еще присутствуют затруднения с речью. Позвольте родителям и учителям поделиться своими предположениями относительно задач воздействия, для того, чтобы направить усилия на те сферы, в которых все еще присутствуют симптомы
20	Профилактика рецидива и окончание терапии	Представьте ребенку карту прогресса, для того чтобы признать и закрепить достижения. Составьте список оставшихся проблем и вместе, с помощью техники «мозгового штурма», поищите идеи относительно продолжения работы в этих сферах. Представьте стратегии профилактики. Вручите сертификат окончания терапии и, если позволяет время, устройте небольшой праздник.

* Если позволяет уровень развития ребенка, на этих стадиях реализации вмешательства можно дополнительно использовать простые техники когнитивного реструктурирования.

ПРИЛОЖЕНИЕ F.5.2

Пример формы, используемой при выполнении структурированных заданий в соответствии с руководством Bergman

Задание:

Ожидаемое вознаграждение:

- Результат:**
- [1] Не пытался – невозможен
 - [2] Не пытался – ребенок не позволяет
 - [3] Пытался – не закончил
 - [4] Закончил в соответствии с заданием
 - [5] Закончил с модификациями

Как ребенок оценивает воздействие (от 1 до 5; разной интенсивности улыбающиеся или печальные лица)

Отметьте здесь _____, если не удалось получить оценку от ребенка.

Объясните результат:

ПРИЛОЖЕНИЕ F.5.3

Стадии в соответствии с Шкалой комфорта социальной коммуникации при СМ (Elisa Shipton-Blum)

- Стадия 0:** Ребенок не реагирует и не проявляет инициативы (выглядит крайне сдержанным)
- Стадия 1:** Ребенок вступает в контакт, используя невербальные (не речевые) средства коммуникации, реагирует или инициирует реакции, указывая пальцем, кивая головой, жестами, пищет или произносит нечленораздельные звуки
- Стадия 2:** Ребенок на переходном этапе к вербальной (речевой) коммуникации и реагирует, либо инициирует реакции, произнося звуки или используя вербальные посредники, которыми могут быть шепот или использование записывающих устройств
- Стадия 3:** Ребенок общается с помощью речи и реагирует, либо инициирует разговор, используя слова, произнося их обычным, тихим или измененным голосом из отрепетированного сценария или пользуясь спонтанной речью.

ПРИЛОЖЕНИЕ F.5.4

Обзор вмешательства при СМ, реализуемого в домашних условиях или в школе, разработанного Hanne Kristensen и ее группой

- **Одна предшествующая лечению психообразовательная сессия, в которой участвуют вместе родители и учителя**

Селективный мутизм часто дает основания для спекуляций относительно его этиологии (например, ребенок преднамеренно отказывается говорить или это результат перенесенной травмы). Эта сессия имеет важное значение, так как дает возможность лучше понять СМ, ознакомиться с научно обоснованными данными о причинах этого расстройства и наилучшими путями оказания помощи ребенку

- **Три еженедельные сессии на дому с ребенком и его родителями**

Сессия 1. Объясните (соответственно возрасту ребенка) цель вашего визита, расскажите о том, что другие дети также борются с неспособностью говорить вне дома, что большинство не знает как, и они на самом деле хотят говорить, но не знают, как это сделать. Объясните, что добиться улучшения можно, если работать постоянно, совершая маленькие шажки, что вы их подготовите к тому, что надо делать, и что они получают маленькие подарки за то, что будут говорить. Представьте рабочую тетрадь (карта речи, самоклеящиеся листочки, листы для рисования) и аудиокассету (для того, чтобы играть с ней и прослушивать записи собственных звуков/голоса) как в целях дальнейшего использования, так и для усиления раппорта.

Вместе выберите любимую игру, которая требует использование речи (например, счета, наименований), а также любимые вознаграждения. Покажите ребенку, как эта игра (задача на воздействие) будет выполняться во время 2-й сессии, на легкой и более сложной стадии (см. сессию 2).

Сессия 2. Обзор сессии 1 и проверка рабочей тетради/аудиозаписи, если она использовалась между сессиями. Выполнение запланированной задачи на подверженность воздействию по шести стадиям с увеличением сложности: (1) кто-то из родителей и ребенок играют в игру; при этом терапевта нет в комнате и дверь закрыта; (2) терапевт за пределами комнаты, но дверь открыта; (3) терапевт во время игры заходит в комнату; (4) терапевт в комнате, но не участвует в игре; (5) терапевт садится рядом, но не играет; (6) терапевт участвует в игре вместе с ребенком и родителем.

Сессия 3. Обзор сессии 2 и продолжение задачи на воздействие, в которой ребенок участвовал во время сессии 2. Подготовьте ребенка к следующим сессиям, которые будут проходить в школе с использованием той же задачи на подверженность воздействию и того же игрового материала, сначала в присутствии кого-то из родителей, или их обоих, затем вместе с учителем (учителями).

- **17 еженедельных сессий в школе** (если есть такая возможность, разделите их на две 30-минутные сессии, чтобы ребенок оставался «разогретым»):

То же содержание, что и у сессий 2 – 3, но в другом месте (школа). Программа следует шести модулям с заранее определенным и усложняющимися целями (см. ниже). Дети могут описываться, как пребывающие на нулевой стадии (не разговаривают со взрослыми)

Цель

1. Разговаривает с терапевтом в отдельной комнате, в школе в присутствии кого-то из родителей
2. Разговаривает с терапевтом в отдельной комнате, в школе без родителей
3. Разговаривает с одним из учителей в отдельной комнате, в школе в присутствии терапевта
4. Разговаривает с другими учителями (и детьми) в отдельной комнате, в школе в присутствии терапевта
5. Разговаривает с учителями и детьми в определенных ситуациях при отсутствии терапевта (разговаривает с некоторыми детьми, но не с учителями; разговаривает в школе с некоторыми из детей, но не в группе)
6. Разговаривает с учителями (и детьми) во всех ситуациях при отсутствии терапевта (нормальная/близкая к нормальной речь).

F

СПИСОК
ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- AACAP (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51:98-113.
- Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36:55–63.
- Achenbach TM (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Albano AM, Silverman WK (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. San Antonio, TX: Graywind Publications Inc.
- Alisic E, Zalta AK, van Wesel F et al (in press). PTSD rates in trauma-exposed children and adolescents: A metaanalysis. *British Journal of Psychiatry*.
- Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT et al (2007). Obsessive compulsive disorder: historical overview. In Storch E, Geffken G, Murphy T (eds) *Handbook of Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Routledge, 1-21.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition*, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold A, Costello EJ, Erkanli A (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:57-87.
- Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA (2006). Children's moods, fears, and worries: Development of an early childhood parent questionnaire. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14:41-49.
- Beesdo K, Knappe S, Pine DS (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32:483-524.
- Beidel DC, Turner SM, Hamlin K et al (2000). The social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C): External and discriminative validity. *Behavior Therapy*, 31:75-87
- Beiser M, Hyman I (1997). Refugees' time perspective and mental health. *American Journal of Psychiatry* 154:996-1002.
- Belsky J, Jonassaint C, Pluess M, Stanton M et al (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*, 14:746-754.
- Bergman LR (2013). *Treatment for Children with Selective Mutism. An integrative Behavioral approach*. New York: Oxford University Press.

- Bergman LR, Keller ML, Piacentini J et al (2008). The development and psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:456-464.
- Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J et al (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 51:680-689.
- Birmaher B, Axelson DA, Monk K et al (2003). Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:415-423.
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R et al (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 190:97-104.
- Black B, Uhde TW (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34:847-856.
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD et al (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry* 55:626-632.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 297:1683-1896.
- Briere J (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources 00253-8. Briere J (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Brinkmeyer M, Eyberg SM (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In AE Kazdin, JR Weisz (eds), *Evidence-Based Psychotherapies For Children And Adolescents*, New York: Guilford, pp204-223.
- Broadwin IT (1932). A contribution to the study of truancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2:253-259
- Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ et al (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry* 158:1480-1485.
- Bui E, Brunet A, Oliac B et al (2011). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire and Peritraumatic Distress Inventory in school-aged victims of road traffic accidents. *European Psychiatry* 26:108-111.
- Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA et al (2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29:399-419.
- Chorpita BF, Yim L, Moffitt C et al (2000). Assessment of Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E et al (2004). symptoms of DSM-IV anxiety and

- depression in Child anxiety treatment: outcomes in adolescence children: a revised child anxiety and depression scale. and impact on substance use and depression at 7.4 *Behaviour Research and Therapy*, 38:835-855. year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical*
- Chowdhury U, Pancha A (2011). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Community Practitioner* 84:33-35.
- Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E et al (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37:770-784.
- Cohan SL, Chavira DA, Stein MB (2006a). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1085-1097.
- Cohen JA, Bukstein O, Walter H et al (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49:414-430.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Compton SN, Peris TS, Almirall D et al (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82:212-224.
- Connolly SD, Bernstein GA, Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46:267-283.
- Costello E, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844.
- Costello EJ, Angold A (1995). Epidemiology. In J March (ed), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Costello EJ, Egger HL, Angold A (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14:631-648.
- Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E et al (2007). Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *International Journal of Clinical Practice*, 61:98-104.
- Dunn LM, Dunn DM (2007) Peabody Picture Vocabulary Test-IV. San Antonio, TX: Pearson Assessments.
- Egger HL, Erkanli A, Keeler G et al (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:538-549.

- Eisen AR, Schaefer CE (2007). *Separation Anxiety in Children and Adolescents: An Individualized Approach to Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27:764-771.
- Fletcher KE (1996c). Childhood posttraumatic stress disorder. In EJ Mash, RA Barkley (eds) *Child Psychopathology*. New York: The Guilford Press, pp. 242-276.
- Foa EB, Johnson KM, Feeny NC et al (2001). The child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 30:376-384.
- Friedlander L, Desrocher M (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical Psychology Reviews*, 26:32-49.
- Geller DA (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29:352-370
- Geller DA, Biederman J, Stewart ES et al (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:1919-1928.
- Gillies D, Taylor F, Gray C et al (2012). Psychological therapies
- Ginsburg G, Siqueland L, Masia-Warner C et al (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11:28-43.
- Gregory AM, Eley TC (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10:199-212.
- Hanna GL, Fischer DJ, Fluent TE (2006). Separation anxiety disorder and school refusal in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 27:56-63.
- Hawkins SS, Radcliffe J (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology* 31:420-430.
- Hua A, Major N (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28:114-120.
- Ipsier JC, Stein DJ, Hawkrige S et al (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 3): CD005170.
- James A, Soler A, Weatherall R (2006). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library*, 1:1-25.
- Johnson M, Wintgens A (2007). *The Selective Mutism Resource Manual*, Brackley, UK: Speechmark Publishing.
- Kassam-Adams N, Winston FK (2004). Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43:403-411.
- Kendall PC, Brady EU, Verduin TL (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40:787-794.

- Kendall PC, Chansky TE (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5:167–185.
- Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM et al (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:366-380.
- Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E et al (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:276-287.
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ et al (2011). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69:372-380. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.160
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:593-602.
- Krain AL, Ghaffari M, Freeman J et al. Anxiety disorders (2007). In Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp538-548.
- Last CG, Hansen C, Franco N (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:645-652.
- Leckman JF, Bloch MH, King RA (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 11:21-33.
- Lieberman AF, Chu A, Van Horn P et al (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology* 23:397-410.
- Lyneham HJ, Rapee RM (in press). Prevention of child and adolescent anxiety disorders. In WK Silverman & AP Field (Eds), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*, 2nd ed. Melbourne: Cambridge University Press.
- Management of Post-Traumatic Stress Working Group (2010). VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense.
- Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR (2016). The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25:571-578.
- Manassis K, Tannock R (2008). Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:700-703.
- Mancuso E, Faro A, Joshi G et al (2010). Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 20:299-308.

- March JS, Mulle K (1998). *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guildford Press.
- March S, De Young AC, Murray B et al (2012). Assessment of posttraumatic stress in children and adolescents. In G Beck and D Sloane (eds) *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders*. New York: Oxford University Press pp. 262-281.
- Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N et al (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:773-778.
- Muris P, Merckelbach H, Mayer B et al (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29:327-339.
- O'Connor KP, Aardema F, Robillard S et al (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica*
- Ollendick TH (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21:685-692.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:1969-1976.
- Piacentini J, Langley AK (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60:1181-1194.
- Pine DS (1999). Pathophysiology of childhood anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46:1555-1566.
- Pynoos R, Rodriguez N, Steinberg A et al (1998). *The UCLA PTSD Reaction Index for DSM IV (Revision 1)*. Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program.
- Rapee RM (in press). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*.
- Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5:311-341.
- Reich W (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39:59-66.
- Reinblatt SP, Riddle MA (2007). The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology (Berl)*, 191:67-86.
- Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (2001). Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 344:1279-1285.

- Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL et al (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress* 25: 241-251. Doi: 10.1002/jts.21699
- Ribbe D (1996). Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). In
- Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S et al (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11:495-504.
- Rose S, Bisson J, Churchill R et al (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Systematic Reviews* (2): CD000560. Doi: 10.1002/14651858.CD000560
- Saigh PA, Yasik AE, Oberfield RA et al (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress* 13:369-380.
- Saxe G, Chawla N, Stoddard F et al (2003). Child Stress Disorders Checklist: A measure of ASD and PTSD in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42:972-978.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA (2011b). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety* 28:770-782.
- Schneider SJ, Grilli SF, Schneider JR (2013). Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. *Current Psychiatry Reports* 15:332.
- Schniering CA, Lyneham HJ (2007). The Children's Automatic Thoughts Scale in a clinical sample: Psychometric properties and clinical utility. *Behaviour Research and Therapy*, 45:1931-1940.
- Silverman WK, Albano AM (1996). *The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV Child Version*. Oxford: Oxford University Press. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Silverman WK, Fleisig W, Rabian B et al (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20:162-168.
- Silverman WK, Nelles WB. The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988 Nov;27(6):772-8.
- Spence SH (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106:280-297.
- Spence SH, Rapee R, McDonald C et al (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavior Research & Therapy*, 39:1293-316.
- Spielberger CD (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*.
- Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Steketee G (1999). *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder. Best Practices for Therapy*. Canada: Empirically Based Treatment Protocols, Raincoat Books: 9-10.
- Stewart SE, Geller DA, Jenike M et al (2004). Long term outcome of pediatric obsessive compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110:4-13

- van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT et al (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8:450-458.
- Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG et al (2007). Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61:301-307.
- Walitza S, Melfsen S, Jans T et al (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108:173-179.
- Walsh KH, McDougle CJ (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7:485-494.
- Wang CW, Chan CL, Ho RT (2013). Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: A systematic review of epidemiological studies across 1987-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48:1697-1720. Doi: 10.1007/s00127-013-0731-x
- Warren SL, Huston L, Egeland B et al (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36:637-644.
- Wolfe VV, Gentile C, Michienzi T et al (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment* 13:359-383.