

ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ СЛУЧАЙ НА ЕЛЕКТИВЕН МУТИЗЪМ

д-р Миглена Кръстева Кръстева-Иванова д.пс.

ВСУ "Черноризец Храбър"

***Резюме:** Статията разглежда елективния мутизъм като част от разстройствата на социалното поведение. Акцентът е върху възможностите за терапевтично въздействие, както и трудностите, свързани с правилното интегриране на различни терапевтични подходи.*

***Ключови думи:** елективен мутизъм, терапевтична стратегия*

THERAPEUTICAL APPROACH IN CASES OF ELECTIVE MUTISM.

Dr. Miglena Krusteva Krusteva – Ivanova, M.D, Ph.D

VFU "Chernorizets Hrabar"

***Abstract:** The articles views elective mutism as part of the disorders in the social behaviour. The accent is on the possibilities for therapeutical impact, as well the difficulties, connected with the right integration in different therapeutical approach.*

***Key words:** elective mutism, thereuptical strategy.*

В практиката на психологичното консултиране и психотерапия има клъстер от психопатологични състояния, за които диагностичните критерии според МКБ и ДСН са ясни и поставянето на диагноза е елегантно и несъмнено. Умението ни на наблюдатели, коректно снетата анамнеза и познаването на статистическите справочници ни поставя в категорията на добрите диагностици, с което нашето участие в процеса би могло да завърши. В най-добрия случай бихме могли да начертаем терапевтична пътека, да добавим и алтернативна възможност, както и предпазливо да допуснем прогностичния край на това терапевтично упражнение.

Голямото предизвикателство в тези случаи е терапевтичното въздействие, което е с крайна цел извеждането на клиента /пациента/ до нивото на преморбидната личност. В случаите на психологично консултиране на деца, една допълнителна цел е преодоляване на развитийните дефицити, породени от конкретната психопатология.

Един от най-ярките примери за това е разстройство, наречено Елективен мутизъм

Мутизмът /от лат-/ е пълното, или частично отсъствие на говорно-речево общуване.

Терминът „елективен” се свързва с поведение на протест и противопоставяне у децата, за които се смята, че сами правят избор да говорят в някои ситуации и да мълчат в други. По-разпространената форма е т.н. **елективен мутизъм** (от латински *electus* – избран). Може да се нарича и селективен, като разликата в превода от латински, е че означава *избиращ* – *selectus*. /1/

Според СЗО, разстройството елективен мутизъм се характеризира с подчертана, емоционално детерминирана избирателност в разговарянето, като детето показва речевите си възможности в едни ситуации, но не говори

в други, определени ситуации (СЗО, 1993 г.). Обикновено детето говори и дори бива описано като бърливо в дома или с близки приятели, но е няма в училище или пред непознати. Основният уточняващ момент е този, че детето говори в някои ситуации.

В МКБ-10 ЕМ е описан в главата *Разстройства на социалното функциониране с начало, типично за детството и юношеството* (F 94), докато в DSM IV разстройството е описано в главата *Тревожни разстройства* с термина *Селективен мутизъм*.^{/2/}

Психоаналитичната гледна точка дава следното обяснение за възникването и протичането на това разстройство-децата, които не говорят избирателно искат да накажат своите родители. Те могат да се поддържат семейна тайна, измествайки враждебността си към майката, която остава неизразена. Чрез нея детето постига изключителни взаимоотношения с майката (Atoynatan, 1986).

Поведенческата психология твърди, че елективният мутизъм е продукт на една дълга поредица от негативно подсилени модели, в които децата са били обучени. Тези подходи намаляват тревожността около говоренето и / или засилват страха на детето от говорене. (Giddan et. Al, 1997).

Терапевтичните стратегии за повлияване на елективния мутизъм имат по-скоро пожелателно-теоретичен характер. Задължително е обаче да се отбележи, че за да се постигне известна ефективност, трябва да се разработи конкретна, индивидуална и многопластова терапевтична стратегия.

В подкрепа на това следва описание на казус от практиката на автора.

Формулировка случай :

„Константин, на 12 години, насочен за преглед и оценка по повод поведенчески проблеми и силно затруднение в усвояването на учебния материал. Проблемите на Константин започват преди около 6-7 г., изразени в неадекватно социално поведение в повече от две социални среди, различни от семейната. Изразяват се като нарушаване на правилата и нормите, наложени в новата за него социална среда /1 клас/, грубо отношение към връстниците и авторитетите, чести вербална и физическа агресия. Действията му имат импулсивен характер, със силно занижен инстинкт за самосъхранение и висок праг на болковата перцепция. Трудно се концентрира. Поведенческите проблеми водят до когнитивни дефицити. Дисфункционалното семейство на Константин – силно изискваща и наказваща майка, емоционално дистантна, както и оттеглилият се от родителски ангажименти баща, честите семейни конфликти, са допълнителните усложняващи фактори на дезадаптивното поведение на детето. Към този момент от развитието му е поставено диагноза Разстройство с Дефицит на Вниманието и Хиперактивност и е назначена медикаментозна терапия /CONCERTA табл 1x18 мг на 24 ч /, която Константин приема в продължение на 2 години. След този период майката спира своеволно приема, без консулт от специалист. През този период Константин е приет в Център за Социална Рехабилитация и Интеграция, и получава грижите на психолог, специален педагог и логопед. Специализирана грижа за детето дава положителен резултат, но той е колеблив. Смъртта на бащата, когато Константин е на 10 г. и появата в семейството на пъстрок са силно травматични събития, които отключват страхови и тревожни преживявания. Константин емоционално се отдръпва от обичайната си среда, капсулира се. Предпочита занимания в самота, все

по-рядко говори с околните. Езикът му е беден на изразни средства, поведението е в регрес. Пуберитетът, с настъпващите нормативни хормонални промени, усложнява картината, Константин има силно опозиционно поведение. Все по-често мълчи в присъствието на специалистите, които работят с него до момента, до който млъква дефинитивно и разчита на комуникация само през жестовите. Нарастват когнитивните дефицити. Поведението на Константин огрубява все повече, отхвърлен е от всяка социална среда.

План за работа:

Тук като първо съображение идва налагащата се активна консултативна работа с майката на Константин. Тя е емоционално и интелектуално средно диференцирана, но в същото време има ресурса много активно да търси разрешаване на проблемите на детето си.

Константин е с усложнена Едипова симптоматика, при силно кастрираща майка. Липсващата бащина фигура като модел за идентификация може да бъде заместена от неговия пъстрок, към който детето има по-топла емоционална свързаност, отколкото с кийто и да е значим възрастен от същия пол.

В същото време на Константин трябва да му бъде потвърден статутът на дете със Специални Образователни Потребности, за да бъде направен опит да се преодолеят дефицитите в емоционалната, когнитивната, волевата и певеденчески области.

Прогнозата е неоптимистична с оглед на настъпнащият пуберитет, нерелективната семейна среда, закрепеното опозиционно поведение.

Диагноза : **F90.0** Разстройство с дефицит на вниманието и хиперактивност.

F 94.0 Елективен мутизъм“

Препоръчителните терапевтични намеси:

1. Поведенческа терапия: Положително подкрепление и десенсибилизация. Акцентът трябва да бъде върху разбирането на детето и признаването на неговата тревожност. Въвеждането на детето в социалната среда по незастрашаващ начини е отличен начин да се помогне на детето да се чувства по-комфортно.

2. Игрова терапия, психотерапия и други психологически подходи: Те могат да бъдат ефективни, ако се премахне целият натиск за вербализация и се наблегне на това детето да се отпусне и отвори.

3. Когнитивно поведенческа терапия (CBT): Обучените терапевти помагат на децата да модифицират поведението си, като им помага да пренасочат своите страхове и тревоги към положителни мисли. CBT трябва да включва осъзнаване и признаването на тревожността и мутизма. Повечето деца със селективен мутизъм се „притесняват“, че другите ще чуят гласа им, задават им въпроси за „защо не говорят“ и се опитват да ги принудят да говорят. Фокусът трябва да бъде върху подчертаването на положителните качества на детето, изграждането на доверие в социалните условия и намаляване на общата тревожност и тревоги.

4. Фармакотерапия. Проучванията показват, че най-ефективният подход към лечението е комбинация от поведенчески техники и лекарства. Ако децата не постигат достатъчен напредък само с поведенческа терапия, може да се препоръча прием на лекарства за намаляване на нивото на тревожност.

5. Честа социализация: Насърчаване без натиск за игра със съученици или дори малки групови взаимодействия с хора, които детето познава добре. Целта е детето ви да се чувства достатъчно комфортно със съучениците си, за да настъпи вербализация.

6. Участие в училище: Училището трябва да разбере, че децата със селективен мутизъм не са предизвикателни или упорити, като не говорят - че наистина НЕ МОГАТ да говорят

7. Участие на семейството и приемане на проблема от родителите: Членовете на семейството трябва да участват в целия процес на лечение. Много често са необходими промени в родителските стилове и очаквания, за да се отговори на нуждите на детето. /6/

Литература:

1. Петър Иванов. **Психотерапия**. Том 1. Книга 1. Ахат-Русе 2009 г./1/
2. Американската психиатрична асоциация , 1994, /3/
3. Atoynatan, T. H. (1986). Elective mutism: Involvement of the mother in the treatment of the child. *Child Psychiatry and Human Development*, 17(1), 15–27. <https://doi.org/10.1007/BF00707910>
4. Selective Mutism in Elementary School, April 1997 *Language Speech and Hearing Services in Schools* 28(2):127, DOI: 10.1044/0161-1461.2802.127
5. МКБ10 /2/
6. http://www.psllcnj.com/services/services-what-we-treat_selective-mutism.asp /6/