

ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТИВНОГО МУТИЗМА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА
Российская медицинская академия последиplomного образования. Москва.

Элективный мутизм у детей (ЭМ) – сравнительно редкое и малоизученное заболевание в современной психиатрии. В МКБ-10 «элективный мутизм» включен в главу 10 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте», раздел «Расстройство социального функционирования с началом в детском и подростковом возрасте (F94)». Для диагностики расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям: 1) экспрессивная и рецептивная речь в пределах нормы (в пределах двух стандартных отклонений относительно нормативного для данного возраста уровня по тестовым данным); 2) постоянная объективированная неспособность говорить в определенных социальных ситуациях, когда от ребенка ожидается речь (например, в школе), в других ситуациях речь возможна; 3) длительность расстройства свыше 4 недель; 4) отсутствуют общие расстройства развития (F84); 5) расстройство не вызвано незнанием ребенком языка, на котором ожидается речь.

По данным большинства сообщений, средний возраст возникновения ЭМ составляет 5 лет, что совпадает с поступлением в детский сад или школу. Средняя продолжительность заболевания от нескольких месяцев до 2 лет. Частота во всей популяции детей и молодежи составляет 0,02%, а среди детей, получающих психиатрическую помощь, – около 0,2%. Чаще болеют девочки (1,9:1). Основным симптомом ЭМ является отказ от речи в определенных ситуациях. Чаще всего эти дети не разговаривают с незнакомцами (преимущественно взрослыми) или за пределами дома. Дети могут говорить с ближайшими родственниками и сверстниками. Часто мутизм бывает связан только со школой, дети могут молчать в присутствии некоторых или всех учителей или только в классной комнате [2, 3, 9, 10, 26, 29, 34, 35, 36, 40, 44, 46, 48, 66, 80].

Специалисты лечение ЭМ до настоящего времени относят к сложному и длительному. Существуют различные объяснения трудности лечения ЭМ. Одна из причин, возможно, заключена в том, что мутизм прочно закреплен до того, как ребенок обратился за помощью [85]. Многие работы выявляют вторую возможную причину – это то, что данный феномен, кажущийся на первый взгляд простым, на самом деле гораздо сложнее.

Для лечения этого нарушения используются большой выбор психотерапевтических методов и, с недавних пор, фармакологическое вмешательство [7, 27, 58]. В психотерапии существуют два основных направления: поведенческая и психодинамическая. К сожалению, большинство сообщений о лечении были описаниями единичных случаев. Во многих из этих сообщениях процедуры не были достаточно описаны, измерения исходов не были объективны или стандартизованы, альтернативное объяснение ремиссий и симптомов не изучалось, и было очень мало сообщений о неудачных случаях. Только 2 исследования лечения ЭМ в сравнении с контрольной группой были обнаружены в литературе.

Самые ранние попытки лечения ЭМ проводились *психодинамическими методами* [69, 75, 32, 36, 88, 64, 13, 15, 47, 49]. В центре такого подхода находится тезис о том, что проблема ребенка с ЭМ не является в первую очередь проблемой коммуникации. Психодинамическая теория характеризует ЭМ как проявление психоаналитических конфликтов, и лечение фокусируется на разрешении этих конфликтов, лежащих в его основе. Например, Radford P. [69] выявила разнообразные страхи у Роба, 6-летнего мальчика с ЭМ, - страх собак, лестниц, одиночества. Она считала, что, когда ребенок еще только начинал ходить, он чувствовал себя нелюбимым и отвергнутым. Он сердился на враждебный мир, контролируя его посредством воздержания от шума и речи. В то же самое время он держал под контролем деструктивную силу своих собственных агрессивных фантазий, которых он очень боялся. Эти сильные амбивалентные чувства были связаны с Эдиповым комплексом, страхом, который внушал отец и страхом потери матери. За Робом наблюдали в течение 3 лет, сеансы психотерапии проводились 1 раз в неделю. Все это время работа была направлена на то, чтобы дать ему возможность повторно пережить и решить внутренние конфликты в ситуации безопасного переноса отношений с терапевтом.

Проблема при использовании психодинамического метода заключается в том, что мутизм у ребенка продолжает сохраняться вследствие того, что в центре внимания находятся другие, не речевые, проблемы. Многие терапевты обнаружили, что они вынуждены работать с такими детьми невербально, даже обучать их новым неречевым способам коммуникации. Неизбежный эффект заключается в подкреплении их мутизма [75, 32, 88]. Другой существенный момент заключается в длительности самого лечения – от нескольких месяцев до нескольких лет [69, 25, 13, 61].

В связи с тем, что невербальные способы общения имеют столь решающее значение при психодинамической терапии детей с ЭМ, были сделаны попытки использовать *арттерапию* как основное лечение [27], но чаще она использовалась в комбинации с другими видами психотерапии [45, 64, 25, 57, 11]. При лечении искусством зрительные визуальные образы играют центральную роль. Некоторые авторы рассматривают их как средство релаксации и отвлечения от тревожащих мыслей, другие подчеркивают

их роль как способа передачи самых глубоких чувств. Для некоторых детей зрительные образы являются менее прямым и поэтому менее пугающим средством общения, чем речь.

На ранних этапах развития подходов к лечению ЭМ использовалась также и *речевая терапия*, так как у значительного процента больных присутствуют проблемы с артикуляцией, заикание и другие речевые трудности [27, 58, 68]. Речевая терапия, сфокусированная на этих проблемах, может внести вклад в план лечения.

Хотя не было крупных исследований в отношении *семейной терапии* ЭМ, большинство авторов понимают значение вовлечения семьи в лечение [73, 37, 71, 59, 1, 12, 63]. Поскольку причины возникновения мутизма ребенка произрастают из семьи, существующих внутрисемейных отношений, личных и коммуникативных проблем родителей, то без изменений внутри семьи невозможно качественное улучшение состояния ребенка. Среди причин неспособности родителей самим помочь своим детям часто указываются анозогнозия проблем ребенка, собственная застенчивость в отношении социальных взаимодействий вне дома, болезни родителей или нехватка времени. Большинство исследователей считает, что наилучший эффект достигается путем сочетания семейной и поведенческой психотерапии.

Сообщений об успешной *групповой терапии* мало [14, 20, 4, 8]. Авторы высказывают мнение, что дети раньше прекращают молчать в группе с детьми того же возраста, чем при индивидуальном лечении.

Также имеются убедительные аргументы в пользу того, что работу с маленькими детьми следует выполнять у них дома, по крайней мере, в начале курса коррекции. Для старших детей, особенно ригидных в отношении коррекции, некоторые авторы рекомендуют стационарирование в психотерапевтические отделения [43, 84, 27]. Они подчеркивают терапевтическую действенность перемены окружения, позволяющую исключить поддерживающее мутизм влияние семьи. В статье Wernitznig H. [84] описываются 4 правила, которые использовались при стационарном лечении детей с ЭМ: 1) не требовать речь напрямую; 2) не контактировать посредством письма; 3) никто не должен говорить за ребенка с ЭМ; 4) «табу-тема»: родители не должны спрашивать ребенка и врачей - разговаривает ли он.

Наиболее часто применяемой и эффективной в настоящее время остается *поведенческая (бихевиоральная) терапия*. Методы поведенческой терапии для лечения мутизма описаны подробно во многих работах [72, 55, 58, 27, 17, 21, 28, 30, 54, 62, 79]. На первом этапе терапевт пытается установить прямой вербальный контакт с ребенком один на один. Для достижения этой цели вначале необходимо добиться невербального контакта с ребенком в виде реакций на вопросы простым кивком головы, поднятием руки, после чего следует награда в форме сладостей или похвалы. Затем материальные или социальные стимулы используются для подкрепления звуков, произнесения отдельных слов, коротких и все более длинных предложений, чтения вслух и, наконец, свободной беседы с терапевтом. Когда контакт установлен, в ситуацию общения вводится третий человек. Постепенно количество собеседников увеличивается, таким образом осуществляется десенсибилизация к акту общения.

Исследования, проведенные Reed G. [70], показали, что в зависимости от причины элективного мутизма тактика поведенческой терапии будет различной. Он считал, что «перенаучение» ребенка с мутизмом необходимо осуществлять двояко. В той группе детей, где мутизм был видом уклоняющегося поведения, связанного с потребностью внимания (манипулятивное поведение), он предлагал, не акцентируя внимания на молчании, реализовывать другое, позитивно-продуктивное поведение. В другой группе детей, где мутизм являлся защитной реакцией на травмирующую ситуацию общения (сверххранительное поведение), необходимо установление доверительных и безопасных для ребенка отношений посредством постепенного включения его в коммуникативную деятельность со взрослыми, в больнице, затем с детьми и взрослыми. При этом необходимо совмещать работу семьи и школы в поисках адекватных путей самореализации ребенка.

Kratochwill T. [52] особо подчеркивал значение использования естественных социальных стимулов, когда это удается. Возможность общения с более широким кругом людей сама по себе приносит удовлетворение так же, как и одобрение родителей. Используются такие социальные вознаграждения, как участие в коллективных играх, выигрывание жетонов и призов в интересах всего класса, участие в вечеринках.

Представляет интерес для выбора коррекционной тактики и внутренняя картина болезни при ЭМ. Так, в описании Mora G. et al. [64] одна из двух девочек-близнецов в процессе положительной динамики стала легко говорить с ранее незнакомыми людьми, тогда как с теми, кто ее знал раньше, продолжала молчать. Ее сестра, также продолжающая молчать в школе, написала, что просто боится, что скажут люди, если она начнет говорить. В другом случае мальчик признался, что продолжает молчать в школе из-за опасения, что на него рассердятся учитель или одноклассники, если он обнаружит свою способность к речи. Со своим новым наставником при этом он общался без затруднений. Таким образом, отказ от молчания в привычном окружении равносителен для них признанию в симуляции, подлежащей осуждению.

В различных методиках используются самые разнообразные *вспомогательные средства*. Наиболее частыми являются те вспомогательные средства, которые дают возможность осуществлять общение без

визуального контакта, например, телефон, куклы, маски, лабиринты из пустых коробок, аудио- и видео-запись [61, 19]. Чтение вслух или декламация стихотворения, записанные на магнитофон в привычной для ребенка обстановке, озвучиваются в его присутствии в классе или группе знакомых сверстников [82, 19].

Первое сообщение об использовании **гипноза** было отрицательным [81], и в последующем не появилось подробных описаний успешного применения гипноза. Bozigar J. and Hansen R. [20] сделали методы релаксации и упражнения с глубоким дыханием постоянной частью лечения детей с ЭМ. Goll K. [37] опубликовал короткое сообщение о неформальном вмешательстве, имевшем положительный эффект, которое проводил любитель-гипнотизер. В.В. Ковалев [6] указывал, что при наличии страха речи у повышенно тормозимых детей целесообразно внушать успокоение, уменьшение и отсутствие страха речи, а при истерических формах мутизма и невротических реакциях – необходимость восстановления речи, возникновение потребности говорить и общаться. Перспективным представляется применение так называемого «материнского гипноза» в различных его вариантах [8].

Подход к лечению ЭМ, разработанный Wright H. [86], соединяет в себе эмпатические (сочувствующие) вмешательства, твердые поведенческие ожидания, вовлечение семьи и тесную связь со школой. В первичный контакт входит тщательная психиатрическая оценка, включая факторы развития, семейные и медицинские факторы.

Cline T. and Baldwin S. [27] разработали схему различных уровней вмешательства в зависимости от выраженности мутизма, опираясь на работы Cunningham et al. (1983) и Labbe E. and Williamson D. [55].

Вариант	Выраженность мутизма	Уровень вмешательства
1	Редко говорит с большинством людей во всех ситуациях, часто шепотом, неуверенно; «нежелающий говорить»	1. Сдержанное вмешательство с использованием умения справляться со случайностями в классе и вовлечением одноклассников
2 «а»	Говорит только с одним или несколькими людьми в большинстве ситуаций или только в одной ситуации.	2. Стратегия с ослаблением стимула + первая стратегия
2 «б»	Говорит только с одним человеком или с очень небольшим количеством в одной ситуации.	2. Сначала стратегия 2 в одной обстановке (дома), затем в других ситуациях
3	Не говорит ни с кем, ни в каких ситуациях.	3. Стимулирование ответов + 2 стратегия + 1 стратегия

При лечении детей с трудностями в обучении применяется **шейпинг**. Он включает анализ того навыка, достижение которого ставится целью, разделение его на этапы и постепенное подкрепление каждого этапа. В случае, описанном Austad L. et al. [16], эта последовательность заключалась в открывании рта, произнесении простых звуков с открытым ртом, вербализации гласных, согласных звуков, частей слов, половины имени девочки, полного имени и т.д.

Иногда поведенческую и психодинамическую терапию комбинируют, как в случае, описанном Wassing H. [82, 41, 74]. Сначала он использовал поведенческую терапию для побуждения речи с терапевтом, а затем стал обсуждать причины, по которым пациент молчит в школе. После появления речи с терапевтом стала использоваться поведенческая психотерапия для генерализации речи в школьной ситуации. Лечение заняло около 3,5 лет.

И.В. Добридень [4] предлагает методiku, базирующуюся на принципах онтогенетически ориентированной психотерапии, разработанной Ю.С. Шевченко и В.П. Добриденем [5, 8]. Принципиальной идеей этого направления психотерапии является гармонизация личностной структуры ребенка, семейных взаимоотношений и решение актуальных психотравмирующих проблем. Это осуществляется за счет сочетания двух разнонаправленных процессов: оживления онтогенетически ранних, включая и безречевые, форм общения, саморегуляции, мышления, деятельности и активное включение их в процесс адаптивной перестройки психики в качестве ранее не используемых резервов. Одновременно стимулируются более зрелые уровни функционирования, которые находятся в их «зоне ближайшего развития».

Автор [4] выделяет основные позиции психолого-педагогической коррекции ЭМ у детей:

1. Семейно-групповой характер работы, при котором неотъемлемым является участие обоих родителей, особенно отцов.
2. Психолого-педагогическая коррекция ЭМ у детей дошкольного и младшего школьного возраста реализуется на следующих принципах: возврат к онтогенетически более ранним формам коммуникации (невербальные средства общения, в том числе с помощью режима молчания) с целью оживления вербальных и отказа от непродуктивных форм взаимодействия.
3. Моделирование постепенно усложняющихся ситуаций, требующих речевой активности со стороны ребенка.

4. Сочетание коррекции общения с коррекцией поведения посредством бихевиоральных (поведенческих) методов.
5. Активное участие всех членов семьи в индивидуальных и групповых занятиях.
6. Привлечение к коррекционному процессу детского коллектива как необходимого компонента в формировании социально значимых потребностей.
7. Интегративный подход к коррекции ЭМ, подразумевающий использование всего арсенала имеющихся средств воздействия.

В целом, бихевиоральные подходы к коррекции ЭМ у детей, существенно потеснив первоначально преваляровавшие психодинамические методы [52, 53], признаются основными и продолжают развиваться, становясь все более сложными и изощренными.

В литературе имеются небольшое количество сообщений о лечении ЭМ фармакологическими средствами [18, 87, 31, 65, 23, 77]. Основным препаратом, опробованным при лечении детей с ЭМ, является флуоксетин, но в последнее время появились сообщения об использовании сертралина и фенелзина [24, 38, 39]. В статье Wright H. [87] описан случай комбинированного лечения девочки с ЭМ, включавшего семейную, поведенческую, игровую и фармакологическую терапию. Исследование Black B. and Uhde T. [18] с применением флуоксетина двойным слепым методом под контролем плацебо выявило эффективность флуоксетина, по наблюдениям родителей; по наблюдениям же учителей разницы между двумя группами не обнаружено.

Все работы указывают на отсутствие серьезных побочных эффектов у вышеназванных препаратов, а также необходимость дальнейших более долгосрочных и широких исследований фармакологического лечения ЭМ.

Хотя в литературе предлагались многие типы лечебных вмешательств, эти исследования описывали один или небольшое количество случаев [53, 78, 51, 13, 15, 16, 24, 28, 56, 76]. Имеется всего 7 исследований, обобщавших результаты лечения немногим более чем 10 случаев. Можно предположить, что случаи неудачного лечения вообще не сообщаются в литературе и являются причиной неточных показателей чистоты реакции на лечение. Далее, многие из этих мелких исследований не использовали строгие диагностические критерии, в частности, по отношению к длительности мутизма и, таким образом, не исключают случаев транзиторного мутизма с высокой частотой спонтанной ремиссии. Но все же можно сделать выводы о большей успешности поведенческих подходов, чем чисто психодинамических [86]. Browne E. et al. [22], сообщившие о 10 случаях, и Wergeland H. [83], проанализировавший 11 случаев, заключили, что лечение с использованием первичного психодинамического подхода было длительным и затрудненным с плохим, в целом, исходом. Parker E. et al. [67], используя индивидуальную терапию, работу в семье и консультации в школе, сообщили, что все 24 ребенка с ЭМ начали говорить в течение 2 лет от начала лечения. Однако их критерии при поступлении не ориентировались на длительность мутизма и успех определялся как «некоторое использование речи в классе». Kolvin J. et al. [50] в исследовании 24 детей с ЭМ определил 46%, которые показали положительные результаты от выраженного до умеренного улучшения и 54% с небольшим улучшением или отсутствием его. Длительность мутизма и метод лечения четко не были описаны.

Lebrun Y. [58] полагает, что устранение ЭМ не является гарантией того, что социальное поведение будет полностью адекватным. Мутизм исчезает, но он заменяется другим девиантным поведением. Halpern W., Hammond J. and Cohen R. [42] предостерегали от этой опасности и рекомендовали осуществлять программу модификации поведения с должным вниманием к ограниченным адаптационным возможностям ребенка. Если молчание используется ребенком как средство уменьшить свои страхи, то терапевт должен заставить его почувствовать, что речь может быть полноценной альтернативой ослабления тревожного состояния.

Сообщение Wright H. [85] о 24 случаях остается одним из самых крупных исследований в зарубежной литературе с наибольшей успешностью лечения. Последующее наблюдение за 19 пациентами показало, что 79% имели отличный или хороший исход, в то время как 21% имели удовлетворительный или плохой исход, включая 1 случай шизофрении.

Среди причин особой резистентности элективного мутизма называют позднее обращение за помощью [85], сложность психологических механизмов, стоящих за внешней простотой феномена [69], сложность и комплексность развития мутизма, что исключает возможность найти какую-либо одну стандартную и эффективную для всех случаев методику [70].

Являясь проблемой взросления, элективный мутизм имеет тенденцию к саморедукции. Некоторые дети с возрастом «вырастают» из мутизма. В то же время, как подчеркивает Wergeland H. [83], это может произойти тогда, когда «мутист» станет взрослым человеком и проведет некоторый период жизни в новой окружающей обстановке. Однако негативный жизненный и социальный опыт в возрасте активного формирования личности может оставить неизгладимый след на психическом облике и функционировании человека, что делает выжидательную позицию неоправданной. Отсюда следует необходимость раннего выявления и своевременного, комплексного и дифференцированного вмешательства.

Таким образом, анализ литературы по лечению ЭМ выявляет **основные проблемы в его коррекции** у детей:

1. Длительность коррекционного воздействия (иногда до нескольких лет), что, возможно, связано с неинтенсивностью самого процесса коррекции.
2. Низкая мотивационная потребность в избавлении от мутизма у родителей и самого ребенка.
3. Низкая доля участия семьи в процессе коррекции.
4. Разработанность поведенческих методов лечения и недостаточная изученность комплексных методик с применением семейной, групповой и других видов психотерапии.
5. Недостаточная изученность фармакологических методов лечения.
6. Отсутствие данных об отдаленном исходе ЭМ у детей, получавших те или иные виды лечебного вмешательства.
7. Отсутствие работ по первичной психопрофилактике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амусин Г.Л. *Опыт психотерапевтической коррекции школьной дизадаптации с проявлениями элективного мутизма*. Материалы Всероссийской научно-практической конференции по школьной дизадаптации, 1995: 80-81.
2. Ассоциация детских психиатров и психологов. *Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста*. Санкт-Петербург: Издательство «Питер», 1999.-752 с.
3. Буянов М.И., Каганская Л.А., Кириченко Е.И. *Мутизм в детском возрасте (история изучения и современное состояние проблемы)*. Ж. невропатол. и психиатр. 1978, 10: 1576-1581.
4. Добридень И. В. *Психолого-педагогическая коррекция элективного мутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста*. Диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. Московский педагогический государственный университет. 2000.
5. *Психокоррекция: теория и практика*. Под ред. Шевченко Ю.С., Добридень В.П., Усановой О.Н. – Н.П.Ц. «Коррекция», 1995. –224 с.
6. Ковалев В.В. (ред.). *Неврозы и нарушения характера у детей и подростков*. М., 1973. - 57.
7. *Психотерапия детей и подростков*. Под ред. Х. Ремшмидта. Пер. с нем. – М.: Мир, 2000. –656 с.
8. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. *Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС)*. Практическое пособие. –М.: Российское психологическое общество, 1998. –157 с.
9. Шевченко Ю.С., Добридень И.В., Кириллина Н.К. *Элективный мутизм – клиничко-патогенетические и психотерапевтические аспекты проблемы*. Материалы 1-й региональной научно-практической конференции «Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы», 2000. . Под ред. Семина И.Р., Анаркова А.П. Томск, 2000. - с. 108-113.
10. Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Добридень И.В. *Актуальные аспекты и методы изучения элективного мутизма*. Материалы конференции по актуальным вопросам детско-подростковой психиатрии и психотерапии. Минск, 2000. – с. 65.
11. Шевченко Ю.С., Крепица А.В. *Принципы арттерапии и артпедагогики в работе с детьми и подростками*. Методическое пособие. –Изд. БГПИ. Балашов, 1998. –56 с.
12. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. *Семейная психотерапия*. –Л.: Медицина, 1990. –189 с.
13. Adams M. S.: *A case of elective mutism*. J. National Medical Association 1970, 62(3), 213-216.
14. Asperger H. *Heilpädagogik, 5. Auflage*. Wien: Springer, 1968.
15. Atlas J. *Symbol use in a case of elective mutism*. Percept. Mot. Skills. 1993, 76 (3 Pt 2): 1079-1082.
16. Austad L., Sininger R., Stricken A. *Successful treatment of a case of elective mutism*. The Behaviour Therapist, 1980, 3: 18-19.
17. Bednar R. *A behavioral approach to treating an elective mute in the school*. J. School Psychol., 1974, 12: 326-337.
18. Black B. and Uhde T. W.: *Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1994, 33(7), 1000-1006.
19. Blum N., Kell R., Starr L., Lender W. L., Bradley-Klug K., Osborn M. and Dowrick P.: *Case study: Audio feedforward treatment of selective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1998, 37(1), 40-43.
20. Bozigar J., Hansen R. *Group treatment for elective mute children*. Social work, 1984, 29 (5): 478-480.
21. Brison D. *Case studies in school psychology. A non-talking child in kindergarten: An application of behavior therapy*. J. School Psychol., 1966, 4: 65-69.
22. Browne E., Wilson V., Laybourne P. *Diagnosis and treatment of elective mutism in children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1963, 2: 605-615.
23. Campbell M., Cueva J. *Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: a review of the past seven years*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1995, 34 (10): 1262-1272.
24. Carlson J., Kratochwill T., Johnston H. *Sertraline treatment of 5 children diagnosed with selective mutism: a single-case research trial*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol., 1999, 9(4): 293-306.

25. Chethik M. *Amy: The intensive treatment of an elective mute*. In MacDermott J. and Harrison S. (Eds) *Psychiatric Treatment of the Child, 1977*, pp.117-136. New York: Aronson.
26. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern approaches*. Third edition. Edited by M. Rutter, E. Taylor and L. Hersov. Blackwell Science.
27. Cline T. and Baldwin S.: *Selective mutism in children*. London: Whurr Publishers Ltd, 1994, 170 p.
28. Conrad R., Delk J., Williams C. *Use of stimulus fading procedures in the treatment of situation specific mutism: a case study*. J. Behav. Exp. Psychiat., 1974, 5: 99-100.
29. Crumley F. *Is elective mutism a social phobia?(letter)*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1993, 32: 1081-1082.
30. Dow S., Sonies B., Scheib D., Moss S. and Leonard H.: *Practical Guidelines for the assessment and treatment of selective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995, 34(7), 836-846.
31. Dummit S., Klein R., Tancer N., Asche B. and Martin J.: *Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996, 35(5), 615-621.
32. Elson A., Pearson C., Jones D., Schumacher E. *Follow-up study of childhood elective mutism*. Archives of General Psychiatry, 1965, 13: 182-187.
33. Evans J. *Adolescent and Pre-Adolescent Psychiatry*. London, 1982. –274 p.
34. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. *Manuel de Psychiatrie*. Paris, Masson, 1967. –1211 p.
35. Finch S. *Fundamentals of Child Psychiatry*. N.-Y., W.W. Norton, 1960. –812 p.
36. Freud A. (Фрейд А.) *Введение в технику детского психоанализа*. Одесса, 1926. –98 с.
37. Goll K.: *Role structure and subculture in families of elective mutists*. Family Process, 1979, 18, 55-68.
38. Golwin D. and Weinstock R.: *Phenelzine treatment of elective mutism*. Journal of Clinical Psychiatry, 1990, 51, 384-385.
39. Golwin D., Sevlie C. *Phenelzine treatment of selective mutism in four prepuberta children*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol., 1999, 9(2): 109-13.
40. Graham P. *Child Psychiatry. A developmental approach*. Oxford–N.Y.–Tokio – Ox. Un. Press, 1986. – 465 p.
41. Guna-Dimitrescu L., Pelletier G. *Successful multimodal treatment of a child with selective mutism: a case report*. Can. J. Psychiatry, 1996, 41 (6): 417.
42. Halpern W., Hammond J., Cohen R. *A therapeutic approach to speech phobia: Elective mutism reexamined*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1971, 10: 94-107.
43. Hartmann B. *Mutismus*. Berlin: Spieb, 1991.
44. Hesselman S.: *Elective mutism in children 1877-1981*. Acta Paedopsychiatr. 1983, 49: 297-310.
45. Heuyer G. et al. *Encerhale, 1927*, 22: 478.
46. Joseph P. *Selective mutism – the child who doesn't speak at school*. Pediatrics, 1999, 104 (2 Pt 1): 308-9.
47. Kaplan Tancer N.: *Elective mutism. A review of the literature*. Advances in Clinical Child Psychology. New York: Plenum Press. 1992.
48. Kisker K., Freyberger H., Rose H., Wulff E. (Кискер К., Фрайбергер Г., Розе Г., Вульф Э.). *Психиатрия, психосоматика, психотерапия*. Пер. с нем. –М.: Алетея, 1999, с. 63-64.
49. Kolakowski A., Liwska M., Wolanczyk T. *Elective mutism in children: literature review*. Psychiatr. Pol., 1996, 30 (2): 233-246. *Elective mutism: an overview of therapy and practice*. Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother. 1997, 25(4): 247-62.
50. Kolvin J., Fundudis T.: *Electively mute children: psychological development and background factors*. J. Child. Psychol. Psych. 1981, 22: 219-232.
51. Kopp S. and Gillberg C.: *Selective mutism: A population-based study: A research note*. J. Child Psychol. Psychiat. 1997, 38(2): 257-262.
52. Kratochwill T. *Selective mutism: implecations for research note*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1981.
53. Krohn D., Weckstein S. and Wright H.: *A study of effectiveness of a specific treatment for elective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992, 31(4): 711-718.
54. Kupietz S. and Schwartz I.: *Elective mutism. Evaluation and behavioral treatment of three cases*. New York State Journal of Medecine, 1982, june, 1073-1076.
55. Labbe E. and Williamson D.: *Bechavioural treatment of elective mutism: A review of literature*. Clinical Psychology Review, 1984, 4, 273-292.
56. Lachenmeyer J. and Gibbs M.: *The social-psychological functions of reward in the treatment of a case of elective mutism*. Journal of Social and Clinical Psychology, 1985, 3, 466-473.
57. Landgarten H. *Art therapy as primary mode of treatment for an elective mutism*. Am. J. Art Therapy, 1975, v. 14: 121-125.
58. Lebrun Y.: *Mutism*. Whurr Publishers Ltd: London and New Jersey, 1990, 124 p.
59. Lindblad-Goldberg M. *Elective mutism in families with young children*. In Combrinck-Graham (Ed.).

- Treating Young Children in Family Therapy. Rockville, MA: Aspen Publications., 1986, v. 18.: 31-42.
60. Lorand B.: *Katamnese electiv mutistischer Kinder*. Acta Paedopsychiatria, 1960, 27: 273-289.
 61. Mack J. and Maslin B.: *The facilitating effect of claustral experience on the speech of psychogenically mute children*. J. Am. Acad. Child Psychiatry 1981, 20: 65-70.
 62. Matson J., Box M., Francis K. *Treatment of elective mute behavior in two developmentally delayed children using modeling and contingency management*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1992, 23 (3): 221-229.
 63. Meyers S. *Elective mutism in children: A family system approach*. American Journal of Family Therapy, 1984, 12: 39-45.
 64. Mora G., Devault S., Schopler E. *Dynamics and psychotherapy of identical twins with elective mutism*. J. Child Psychol. and Psychiatry, 1962, 3: 41-52.
 65. Motavalli N. *Fluoxetine for (s)elective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1995, 34 (6): 701-3.
 66. Myquel M., Granon M. *Le mutisme electif extrafamilial chez l'enfant*. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1982, 30: 329-339.
 67. Parker E., Elsen T., Throckmorton M. *Social casework with elementary school children who do not talk in school*. Social Work (New York, NY), 1960, 5: 64-70.
 68. Pecukonis E., Pecukonis M. *An adapted language training strategy in the treatment of an electively mute male child*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1991, 22 (1): 9-21.
 69. Radford P.: *A psychoanalytically based therapy as the treatment of choice for a six-year-old elective mute*. Journal of Child Psychotherapy, 1977, 4: 49-65.
 70. Reed G. *Elective mutism in children: A re-appraisal*. J. Child Psychol. and Psychiatry, 1963, 4: 99-107.
 71. Roberts J. *Switching models: family and team choice points and reactions as we moved from the Hakey strategic model to the Milan model*. J. Strateg. Systemat. Therapies, 1984, v. 3(4): 40-53.
 72. Rosenbaum E., Kellman M. *Treatment of a selectively mute third- grade child*. J. School Psychol., 1973, 11: 77-81.
 73. Rosenberg J. and Lindbland M.: *Behavior therapy in a family context: treating elective mutism*. Family Process, 1978, 17: 77-82.
 74. Russell P., Raj S., John J. *Multimodal intervention for selective mutism in mentally retarded children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37 (9): 903-4.
 75. Ruzicka B., Sackin D. *Elective mutism*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1974, 13: 551-561.
 76. Shaw W. *Aversive control in the treatment of elective mutism*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1971, 10: 572-581.
 77. Steffen R., van Waes H. *Elective mutism: effect of dental treatment with N2/O2-inhalation sedation: review and report of case*. ASDC J. Dent. Child, 1999, 66 (1): 66-9, 13.
 78. Steinhausen H. and Juzi C.: *Elective mutism: an analysis of 100 cases*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996, 35(5): 606-614.
 79. Straugan J., Potter W., Hamilton S. *The behavioral treatment of an elective mute*. J. Child Psychol. and Psychiatry, 1965, 6: 125-130.
 80. *The Essentials of Postgraduate Psychiatry*. Edited by R. Murray, P. Hill, P. McGuffin. -3rd ed. Cambridge University Press, 1997. p. 115-116.
 81. Tramer M.: *Electiver Mutismus bei Kindern*. Z.Kinderpsychiatr. 1934, 1: 30-35.
 82. Wassing H. *A case of prolonged Elective Mutisms in an Adolescent Boy: On the Nature of the Condition and its Residential Treatment*. Acta paedopsychiatria, 1973, 40: 75-96.
 83. Wergeland H.: *Elective mutism*. Acta Psychiatr. Scan. 1979, 59: 218-228.
 84. Wernitznig H. *Stationare Behandlung eines elective mutistischen Kindes – eine Fallstudie*. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr., 1993, 42 (5): 160-167.
 85. Wright H. *A clinical study of children who refuse to talk in school*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1968, 7: 603-617.
 86. Wright H., Miller D., Cook M. and Littmann J.: *Early identification and intervention with children who refuse to speak*. J. Am. Acad. Child Psychiatry 1985, 24(6), 739-746.
 87. Wright H., Cuccaro M., Leonhardt T., Kendall D. and Anderson J.: *Case study: Fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with elective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995, 34(7), 857-862.
 88. Youngerman J. *The syntax of silence: Electively mute therapy*. International Review of Psycho-Analysis, 1979, 6: 283-295.