

## אילמות סלקטיבית

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

מהדורה בעברית

תרגום: איל מגן, קרן סלומון, ליעד רוטשטיין

עריכה: פז תורן



Beate Oerbeck PhD

Oslo University Hospital,  
Division of Mental Health and  
Addiction, Oslo, Norway

Conflict of interest: none  
reported

Katharina Manassis MD,  
FRCP(C)

University of Toronto,  
Department of Psychiatry,  
Toronto, Canada

Conflict of interest: none  
reported

Kristin Romvig Overgaard  
MD, PhD

Oslo University Hospital,  
Division of Mental Health and  
Addiction, Oslo, Norway

Conflict of interest: none  
reported

Hanne Kristensen MD, PhD

Centre for Child and Adolescent  
Mental Health, Eastern and  
Southern Norway, Oslo,  
Norway

Conflict of interest: none  
reported

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or [IACAPAP](#) endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

© [IACAPAP](#) 2016. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Oerbeck B, Manassis K, Romvig Overgaard K, Kristensen H. Selective mutism. In: Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. [Edition in Hebrew: Toren P (Ed); Translation: Magen E, Solomon K, Rotstein L]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

אילמות סלקטיבית (א.ס.) הינה הפרעה המאופיינת בכישלון עקבי לדבר במצבים מסוימים (למשל, בבית הספר, במצבים חברתיים) למרות היכולת לדבר בדרך כלל במצבים אחרים (למשל, בבית). א.ס. הוא מצב יחסית נדיר אך חמור הגורם ליקוי חברתי ולימודי משמעותי אם אינו מטופל. מאז הפרסום בשנת 2013 של מדריך דיאגנוסטי וסטטיסטי של הפרעות נפשיות (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), אילמות סלקטיבית מסווגת כהפרעת חרדה ושמה שונה מאילמות אלקטיבית לאילמות סלקטיבית, שינוי המשקף הבדל בהבנת א.ס. ממעשה רצוני, לחוסר היכולת לדבר במצבים מסוימים. פרק זה סוקר את התצוגה הקלינית, השכיחות, המהלך, הסיבות, האבחון, ההערכה, והטיפול ב-א.ס. עם דגש על היבטים הענייניים הקשורים לרופאים.

### F.5.1 לוח שינויים בהבנת אילמות סלקטיבית לאורך השנים

2013	1994	1934	1877
DSM-5: אילמות סלקטיבית מסווגת כהפרעת חרדה	DSM-IV אילמות אלקטיבית מסווגת בקרב הפרעות שאובחנו לראשונה בינקות, בילדות, או בגיל התבגרות	פסיכיאטר הילדים מוריץ טראמר: <i>Elective Mutism</i>	הנוירולוג Adolph Kussmaul: <i>Aphasia voluntaria</i>

## מופע קליני

התסמין המרכזי בא.ס. הוא הכישלון לדבר במצבים מסוימים, בעיקר בגן או בבית הספר. לכן, תופעות אלה הן בדרך כלל בהקשר מסוים. פער זה בדיבור הוא מרכזי להפרעה והוא מוביל לעיתים קרובות לאי הבנות וחשדנות, כך שמורים והורים נוטים לחשוב שילדים מתנהגים בכל מצב באופן בו הם רואים אותם (למשל, אם ילד אינו מדבר בבית הספר המורה עשוי לחשוב כי הוא לא מדבר גם בבית). א.ס. יכולה גם להתרחש ביחס לאדם מסוים (למשל, הילד עלול להיות אילם עם כמה אנשים אבל לא עם אחרים). אנשים שונים עשויים להעצים או להפחית את התסמינים באופן משמעותי בתוך אותו המצב. לדוגמא, אנשים ידידותיים ומצחיקים שמדברים ושומרים על מהלך

ללא קשר באם הילד שותף פעיל, יכולים להועיל. ילדים עם א.ס. בדרך כלל מוצאים שקל להם יותר לדבר עם ילדים אחרים לעומת עם מבוגרים. חלקם יהיו מסוגלים לעיתים ללחוש לחברם הטוב בבית הספר. קטעי הווידיאו ממחישים את המאפיינים הקליניים שבדרך כלל נמצאים בא.ס..

"אני באמת רוצה לדבר אבל משהו, אני לא יודעת מה, עושה את זה בלתי אפשרי עבורי..."  
(נערה מתבגרת)

"אני לא יכול להתחיל לדבר, כי אז כולם פשוט ידברו על מה שאני עושה..."  
(נער מתבגר)



לחצו על התמונה כדי לצפות  
בסרטון על ילדה עם אילמות  
סלקטיבית

בין הילדים המאובחנים כא.ס. קיים פער ביכולתם להשתמש בתקשורת בלתי-מילולית (למשל, קשר עין, מחוות, הנהון והצבעה). בעוד שחלק משתמשים בתקשורת לא מילולית ביעילות, אחרים הינם לא-תקשורתיים, ויכולים אפילו לא לצחוק או לא להשתעל בנוכחות אחרים. האחרונים לעתים קרובות אף אינם מסוגלים לבטא את הצרכים הבסיסיים שלהם (ללכת לשירותים, רעב, צמא, או כאב), דבר המדגיש את חומרת המצב.

למרות הלחץ הניכר שנחוה בבית הספר, סירוב ללכת לבית ספר הוא נדיר. א.ס. יש לעתים קרובות קו-מורבידיות עם הפרעות חרדה אחרות, במיוחד הפרעת חרדה חברתית, ועם הפרעות נוירו-התפתחותיות, במיוחד הפרעות שפה. ילדי מהגרים דו לשוניים נמצאים בייצוג יתר בהפרעה זו.

המקרה הרפואי המתואר של אן ממחיש את התכונות ההפכפכות הנמצאות לעתים קרובות אצל ילדים עם א.ס.. הוא גם ממחיש עד כמה הכשולן לדבר עשוי להיות שונה במצבים שונים, דבר אשר יכול לגרום לתסכול, כיוון שאנשים נוטים לחשוב שהאילמות היא מכוונת.

## אן

אן, ילדה בת 5 שנים, הופנתה לשירותי בריאות הנפש בשל חשד ל-SM. האילמות שלה קיימת מאז שהחלה ללכת לגן בגיל שלוש. ההורים והמורים שלה קיוו כי אילמותה תשתפר באופן ספונטני ולכן חיכו עם ניסיון לקבל עזרה. עכשיו, הם חוששים כי חוסר הדיבור שלה ימשיך בבית הספר ומחפשים עזרה.

ההתפתחות המוקדמת של אן הייתה תקינה, אבל ההורים תיארו אותה כביישנית ו"מפשירה לאט" במצבים חדשים כאשר עם אנשים זרים. שני ההורים מעידים כי תכונה זו קיימת גם אצלם ואמה עדיין נאבקת בחרדה חברתית.

בבית, אן היא ילדה מלאת חיים ושמחה. היא מדברת בחופשיות עם שני הוריה, עם אחותה הצעירה או עם חברה. כאשר המשפחה המורחבת מגיעה לביקור, היא מדברת אל סבא וסבתא מצד אמה, אבל לא עם ההורים של אביה, דבר שמצער אותם. הם חשבו כי אי הדיבור שלה מכוון וטענו כי יש ללחוץ עליה יותר לדבר, וכתוצאה מכך נוצר סכסוך בינם ובין ההורים.

מחוץ לבית, אן דיברה עם הוריה כשאף אחד לא היה בטווח שמיעה, אבל ההורים היו צריכים לדבר עבודה בכל המצבים, כמו בחנויות או אצל רופא השיניים. כשהיא מוזמנת למסיבה של חברה, היא תלך בתנאי שהורה יצטרף אליה אך היא לא תדבר.

בגן, אן נראתה מאושרת אבל לא דיברה עם אף מבוגר או ילד. היא מדברת עם הוריה בחדר המלתחה אבל משתקת כשאחרים מופיעים. למרות זאת, היא משתמשת במחוות בחופשיות ומתקשרת היטב עם הגנות והילדים בהנהונים ובהצבעות. היא תמיד נכללת במשחק ושאר הילדים מדברים בשבילה לעתים קרובות ולא נראים מוטרדים מחוסר הדיבור שלה. התנהגות זו עמדה בניגוד לחודשים הראשונים שלה בגן. באותה תקופה היא בכתה רבות כשההורים עזבו ולא תקשרה בעזרת מחוות. התקשורת הלא מילולית המתגברת והתנהגות כללית בגן העלו תקווה שתהיה נסיגה ספונטנית של האילמות שלה.

בדרך כלל א.ס. מתפרצת בין גיל שנתיים לחמש שנים אך היא לרוב לא מזוהה עד שהילדים מתחילים את בית הספר, שבו דיבור הוא חלק בלתי נפרד מתהליכי הלמידה והחברה. ילדים עם

א.ס. חוששים בדרך כלל לעשות טעויות וסולדים מלהיות במוקד תשומת הלב. "הפתרון" שלהם, אילמות, ולפעמים, ניסיון להיות בלתי נראים, הופך לחלק מהבעיה. כאשר הם מדברים מידי פעם, הם מקבלים את תשומת הלב של כולם, אותה הם חווים כמעוררת חרדה, שמחזקת את האילמות במעגל קסמים.

ילדים עם א.ס. נשאלים לעתים קרובות מדוע הדיבור הוא כל כך קשה; הם בדרך כלל מתקשים להסביר זאת. כמה ילדים גדולים יותר עם א.ס. תארו את ההרגשה שיש גוש גדול בגרון המונע דיבור. ילדים עם א.ס. מציגים פגיעה חברתית ולימודית משמעותית (Carbone et al, 2010; Remschmidt et al, 2001; Bergman et al, 2002). קטעי הווידאו להלן ממחישים את התסמינים האופייניים אצל שני ילדים, בן ובת.



לחצו על התמונה כדי להציג סרט תיעודי  
(עזרו לי לדבר) העוקב אחר שני ילדים עם  
אילמות סלקטיבית. חלק 1 (מעל, 12:15 דק') וחלק 2  
(מתחת, 13:11 דק') להמחשת התסמינים וההתנהגות.



## שכיחות ומהלך

ההערכה היא כי א.ס. משפיעה על כ 1% מאוכלוסיית הילדים; שיעור השכיחות מ -0.1% ל -2.2%, בהתאם למדגם ולקריטריונים לאבחון שבהם נעשה שימוש. למרות שבדרך כלל מתואר ש א.ס. מופיעה אצל שני המינים במידה דומה, רוב המחקרים מצביע על כך ש-א.ס. שכיחה יותר בבנות (יחס ילדה/ילד של 1:1.5 עד 1:2.6) (Bergman et al, 2002; Hua & Major, 2016). כששואלים הורים מתי החלו התסמינים, הם בדרך כלל מתקשים לאתר את נקודת התחלה ולעתים קרובות אומרים שהילד "תמיד היה כך". אמירה כזו מדגישה הפכפכות ב-א.ס.: מעצורים בהתנהגות המאופיינים בביישנות, חששנות, נסיגה, פחד מהלא מוכר (Gensthaler et al, 2015; Muris et al, 2016a).

המחקרים המעטים הקיימים של מעקב לטווח ארוך מראים כי למרות שתסמינים של א.ס. יכולים לפחות לאורך זמן, חלקם נשארים. כמבוגרים אנשים אלה בדרך כלל סובלים מבעיות תקשורת וחרדה חברתית ונמצאים בסיכון גבוה יותר להפרעות פסיכיאטריות אחרות (Remschmidt et al, 1996; Steinhausen & Juzi, 2001). עם זאת, הלחץ לדבר פוחת בגלל שמבוגרים יכולים לבחור בקלות רבה יותר עם מי להיות ומה לעשות.

## אטיולוגיה

עדיין לא נמצא גורם מסוים לא.ס. עם זאת, ההבנה של הפרעה זו השתנתה לאורך השנים ממעשה רצוני של הילד, לחוסר היכולת לדבר במצבים מסוימים (ראו טבלה F.5.1). כמו בשאר הפרעות הפסיכיאטריות של ילדים, ההשערה היא כיקיים משחק גומלין גורמים גנטיים, הפרעה נורו התפתחותית וגורמים סביבתיים, שמסוכמים להלן (עבור סקירה של א.ס. ושל האטיולוגיה שלה, ראו Hua & Major, 2016; Muris & Ollendick, 2015; Cohan et al, 2006b):

- **גורמים גנטיים**. א.ס., איפוק חברתי וחרדה חברתית עוברים בתורשה (Black & Uhde, 1995). נמצא וריאציה של גן מסוים הקשור הן להפרעת א.ס. והן לחרדה חברתית (Stein et al, 2011).
- **מזג**. תכונת המעצור התנהגותי (חששנות והימנעות במצבים לא מוכרים) מזוהה בדרך כלל עם סיכון גדול יותר להפרעות חרדה בשלב מאוחר יותר (Hirshfeld-Becker et al, 2007). ישנו קשר

ברור בין הפרעת חרדה חברתית ו- א.ס., כמו גם הקשר בין א.ס. ומעצורים ההתנהגותיים (Gensthaler et al, 2016a)

- גורמים נירו-התפתחותי. לילדים עם א.ס. יש שיעור גבוה יותר של מצבים נירו-התפתחותיים. השכיחים ביותר הם בעיות דיבור ושפה אבל גם אנקופרזיס/אנורזיס ועיכוב מוטורי נפוצים. יש חפיפה קטנה עם הפרעות בספקטרום האוטיסטי ועם יכולת אינטלקטואלית נמוכה, אם כי לרוב הילדים עם א.ס. יש IQ בטווח התקין (Kristensen, 2000; Cohan et al, 2006b)
- גורמים סביבתיים. ילדים דו לשוניים נמצאים בייצוג יתר של א.ס.. מעברים כגון התחלת בית הספר ופגישות עם אנשים חדשים עלולים לשמש כטריגר והם מאתגרים במיוחד לילדים עם א.ס.. בניגוד לילדים ביישנים אשר "מתחממים" לאורך זמן, ילדים עם א.ס. ממשיכים להיות אילמים ומסוגרים.

## אבחון

### קריטריונים דיאגנוסטיים

- אילמת סלקטיבית מאופיינת לפי ה- DSM-5 על ידי כישלון עקבי לדבר במצבים מסוימים (למשל בבית ספר, במצבים חברתיים) למרות היכולת לדבר באופן רגיל במסגרות אחרות (למשל, בבית) (American Psychiatric Association, 2013)
- DSM-5 מציין כי היעדר סלקטיבי של דיבור צריך להיות נוכח לפחות חודש כדי לבסס את האבחנה. כלל זה אינו חל על החודש הראשון בבית הספר כיוון שילדים צעירים רבים שותקים כשהם מתמודדים עם מצב חדש, כגון התחלה של בית ספר.
- חשוב לציין כי אי היכולת לדבר לא ניתן לייחוס לחוסר ידע של, או אי נוחות עם השפה המדוברת הנדרשת במצב חברתי.
- ההפרעה חלק מהפרעת תקשורת (הפרעה השטף הדיבור או גמגום) ולא מהספקטרום האוטיסטי, סכיזופרניה, או מצבים פסיכויטיים אחרים.
- לבסוף, חוסר הדיבור של הילד צריך לפגוע בתפקוד היומיומי: העדר דיבור מעכב את יכולתו של הילד לתפקד בבית הספר או באינטראקציות חברתיות.

א.ס. נקראה אילמות אלקטיבית ב- ICD-10, והיא כלולה בפרק "הפרעות התנהגותיות ורגשיות שהופעתם מתרחשת בדרך כלל בילדות" (ארגון הבריאות העולמי, 1990). קריטריוני אי ההכללה של ICD-10 כוללים PDD, סכיזופרניה, הפרעות התפתחותיות ספציפיות של דיבור ושפה, ואילמות חולפת כחלק מחרדת נטישה של ילדים קטנים. **טיוטת הבטא של ICD-11 הזמינה מאוגוסט 2016** מציעה לשנות את השם לאילמות סלקטיבית, הכלולה בפרק על "הפרעות חרדה והפרעות הקשורות לפחד", עם תיאור דומה לזה שב- DSM-5.

### שאלת המפתח לאבחון

האם הילד מדבר רגיל בדרך כלל בלפחות מקום אחד (למשל בבית), אך אילם במסגרות אחרות (למשל, בגן או בבית ספר)?

- אם כן, יש לבקש מההורים להרחיב את התיאור של התמונה הקלינית על אופי הדיבור של הילד, כמה זמן האילמות נמשכת, ומה נעשה, עם איזו השפעה, כדי לעזור לילד.

### בנוסף:

- ודאו כי לילד לא קיימת בעיית שמיעה.
- אספו מידע על ההיסטוריה ההתפתחותית של הילד (שפתית, גופנית מוטורית) כדי לשלול אילמות חריפה עקב טראומה נפשית או נזק מוחי נרכש.
- מידע על תפקוד אקדמי בגן / בית הספר הוא חובה.
- הערכת יכולת שפתית לא מילולית ויכולת החשיבה (אינטליגנציה) הוא רצוי.

### אתגרי אבחון

חפיפת האבחון בין א.ס. ומספר הפרעות פסיכיאטריות אחרות של הילדות אשר מופיעות לעתים קרובות במרפאה עושים את האבחנה של א.ס. לקשה. לא ה- DSM, ולא ה- ICD מציינים אם הקריטריון "עקביות בחוסר דיבור" מתייחס לדיבור עם מבוגרים. מן הראוי לציין כי חלק מהילדים עם א.ס. דברים או לוחשים "לחבר הטוב ביותר בבית הספר". אתגר נוסף הוא אם **דיבור מסוים** בכיתה (כמו בקבוצות קטנות של תלמידים, לבד עם מורה, או עם מורים וילדים בקבוצות קטנות)



עדיין מאפשר את קיום האבחנה. במקרים אלה, ניתן למצוא תמיכה בעד ונגד אבחנה לפי מידת הפגיעה שהאילמות יוצרת. עם זאת, הנחיות יותר ספציפיות אינן קיימות. יש לעשות שימוש בשיקול דעת קליני של מידת הפגיעה, והחלטה תלויה אפוא בכישורים ובניסיון של המטפל.

אבחון א.ס. בילדים דו לשוניים הוא קשה במיוחד. לעיתים קרובות מתעלמים מהם – האילמות שלהם שמיוחסת לחוסר ההבנה של השפה החדשה. לעתים לא מבחינים בתת קבוצה זו בתחלואה-נלוות של הפרעות שפה ודיבור, אשר ממוסכות על ידי האילמות ודו-הלשוניות. קבלת מידע על, או הערכת היכולת הלשונית בשפת האם של הילד היא חיונית. עבור אבחון, הנקודה העיקרית היא כי אילמות חייבת להיות ממושכת או במידה לא מתאימה לידע ולחשיפה לשפה שנייה (Toppelberg et al, 2005).

### תחלואה נלווית

ילדים עם א.ס. לרוב מציגים תסמינים של הפרעות חרדה אחרות, במיוחד חרדה חברתית. מחקרים מצאו תחלואה נלווית זו בכ- 90% מהמקרים (Gensthaler et al, 2016b; Oerbeck et al, 2014). חרדת נטישה היא נפוצה, בעיקר אצל ילדים קטנים. עם זאת, סירוב ללכת לבית ספר הוא נדיר. מצבים נורו-התפתחותיים הם נפוצים. הנפוצים ביותר הם בעיות דיבור ושפה, הפרעות אנקופרזיס/אנורזיס, ועיכוב מוטורי. א.ס. נמצאה נלווית עם הפרעות בספקטרום האוטיסטי בפחות מ 10% מהמקרים. הפרעת קשב/היפראקטיביות היא נדירה (Kristensen, 2000). ישנה מחלוקת לגבי הבנת התנהגות מתנגדת שנצפתה אצל כמה ילדים עם א.ס. ילדים עם א.ס. תוארו במשך השנים כשתלטנים, עקשנים ומתנגדים, בדרך כלל באופן הרומז שהבעיה העיקרית היא בדינמיקה המשפחתית. השינוי ב- DSM-5, שם א.ס. מובן כהפרעת חרדה ולא ביטוי של התנהגות מתנגדת, הוא לפיכך משמעותי.

המחקר הגדול ביותר עד כה על ילדים עם א.ס. (n = 130) מצא כי חרדה חברתית הייתה ההפרעה הנוספת הבולטת ביותר. עבור כמעט מחצית מהילדים היו גבוליים עבור הפרעות שפה ודיבור - תזכורת חשובה כיוון שבעיות אלה עשויות להעלם מעינינו בקלות בילדים אלו. עוד 45% היו גבוליים להפרעת התנהגות מתמדת. רק ל 12% הייתה חרדה חברתית "טהורה" (Cohan et al, 2008). החוקרים מציעים כי ההתנהגות המתנגדת המוצגת על ידי ילדים עם א.ס. נוכח לעתים קרובות רק במצבים הדורשים תקשורת מילולית. כלומר, הם הופכים מתנגדים ולא משתפי פעולה כאשר הם נלחצים לדבר במצבים בהם הם חרדים מכך.

## אבחון אילמות סלקטיבית אצל ילדים דו לשוניים

- האילמות צריכה להמשך לפחות שישה חודשים.
- האילמות צריכה להיות בשתי השפות.
- ישנם תסמינים קשורים של חרדה או התנהגות מעוכבת.

### אבחנה מبدלת

התסמינים החופפים שמוצאים לעתים קרובות בקליניקה עושים את האבחון לקשה, במיוחד בשימוש בקריטריונים של ICD-10, אשר בו נדרש שלא יהיו הפרעות התפתחותיות, סכיזופרניה, הפרעות התפתחותיות מסוימים של דיבור ושפה, ואילמות חולפת כחלק מחרדת נטישה אצל ילדים קטנים. על פי ה- DSM-5, א.ס. לא צריך להיות מאובחן אם התסמינים מוסברים על ידי הפרעות אחרות בצורה טובה יותר כגון הפרעת ראשונית בתקשורת, סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת.

למרות הקושי, יש חשיבות לאבחון של הפרעות התפתחותיות נלוות. אחת המטרות של האבחון הוא להדגיש תחומי חוזק וקושי, כך שהתערבות ותמיכה מתאימה יחלו בגן או בבית ספר. אם הילד מראה עיכובים תקשורתיים וחברתיים רבים או אילמות ביחד עם התנהגויות חברתיות מוזרות אחרות, הפרעה של ספקטרום האוטיזם היא בסבירות גבוהה יותר האבחנה הראשונית. החפיפה הגדולה בין א.ס. והפרעת חרדה חברתית מוכרת ב DSM ו ICD. עבור אנשים עם הפרעת חרדה חברתית וחשד לאילמת סלקטיבית, ביצוע אבחנה מדויקת חיוני. נדרש איסוף מידע מרובה מקורות על הנוכחות של אילמות סלקטיבית. אי אבחונם של ילדים עם א.ס. ואבחונם כבעלי חרדה חברתית יכול לגרום נזק.

## הערכה

הערכת האבחון של א.ס. חייבת להתבסס על מידע משני הורים והמורים על מנת להבטיח מידע מדויק על חוסר היכולת של הילד לדבר כראוי במצבים חברתיים מסוימים. נקודת מבט רב-מידעית היא קריטית בשל האופי המצבי של ההפרעה. הורים יכולים למעשה שלא להיות מודעים במשך זמן רב לאילמות של הילד בבית הספר. הערכה בדרך כלל כוללת שילוב של ראיונות ושאלוני אבחון עבור ההורים והמורים ותצפיות התנהגותיות על הילד. ילדים גדולים יותר יכולים להישאל ולהנהן

לשאלות או למלא שאלונים. חלק מהילדים הצעירים עם א.ס. (בגילאי 4 עד 5 שנים) מסוגלים להשלים "מפות דיבור" בעזרתו של הורה. עם זאת, המידה שבה ילדים עם א.ס. יכולים להעביר מידע במצב חדש ומלחיץ זה עם מבוגרים לא מוכרים משתנה מאוד ולא חיוני כדי שהאבחון יתבצע.

### ראיונות אבחון

*Children: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged the -I Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (Kaufman et al, 2013)*

*Anxiety Disorder Interview for DSM-IV Child and Parent Version (ADIS-IV-C/P)*

(Albano & Silverman, 1996) הם כלי ראיון נפוצים. ראיונות אלו מיועד לילדים בני 6-18, אך

ניתן לבצע אבחנות הולמות בילדים מתחת לגיל שש כל עוד המושגים ההתנהגותיים מותאמים

לילדים בגיל רך (Birmaher et al, 2009). לחלופין, ניתן להשתמש ב *Preschool Age*

(Egger & Angold, 2004), *Psychiatric Evaluation (PAPA)*.

### סוגיות מעשיות לאבחון ולטיפול

- רוב הילדים עם SM משתפים פעולה כאשר הבדיקה מובנה ואם הם הוכנו היטב לכך.
- הורים יכולים להצטרף ולסייע בהצגת פרטים לפי רצון הילד.
- לפני התחלת הבדיקה, תאר לילדים שהם לא צריכים לדבר עם המראיין.
- הראה את חומר הבדיקה והסבר על אמצעי מענה חלופיים בהם ניתן להשתמש, כגון הצבעה, הנהון, או תגובות בכתב (ילדים גדולים יותר).
- כדאי שהילד ישב ליד המטפל, לא מולו, כפי שמקובל במהלך הבדיקה, כדי למנוע קשר עין ישיר, אשר לעתים קרובות גורם לאי נוחות אצל ילדים האלה. בדרך זו הילד והמטפל מתמקדים בחומר המבחן שלפניהם.
- בדיקות אוצר מילים פתוחות ולא מוגבלות בזמן עדיפות כיוון שילדים עם SM יכולים להיות איטיים בשל חשש מטעויות.
- מבחן שימושי הוא *Peabody Picture Vocabulary Test (Dunn & Dunn, 2007)* שבו המטפל אומר מילה והילד מצביע על התמונה המקבילה מבין כמה חלופות. ניתן להשתמש גם בדיקות לא-מילוליות אחרות שנועדו לספק הערכה מהירה של יכולת מילולית, כשרון לימודי ואינטליגנציה.
- להערכת חיתוך הדיבור ובעיות בשפה של הילד, הורים מוזמנים להשתמש באמצעי הקלטה ולהקליט דיבור במצבים יומיומיים בבית (למשל, משחק, שיחה עם אח או הורה).
- צור תשומת לב משותפת באמצעות פעילות משחק מהנה במקום להתמקד הילד.
- "חשוב בקול רם" כשהילד מדבר (למשל, "אני תוהה אם זה יתאים כאן?") במקום לחקור הילד ישירות.
- בחר נושאי שיחה הקשורים לפעילות מהנה שאתם עושים ביחד או נושאים ניטרליים אחרים, ולא את הרגשות או הבעיות של הילד.
- זמני שתיקה הם בלתי נמנעים כאשר עובדים עם ילדים אלה. יש אנשים המוצאים את השתיקה מביכה ונוטים לכן לפטפט. נסו להישאר רגועים ואל תשכחו לאפשר לילד מספיק זמן להגיב, במקום לפטפט או לדבר עם הילד כל הזמן.
- לאחר זמן מה, המשיכו בשקט את "הדיאלוג" אפילו אם הילד לא יכול להגיב מילולית, בכך תורידו של הלחץ עבור הילד ותניעו את "הדיאלוג" קדימה.
- קבלה את התגובה המילולית בצורה ניטרלית, לא רגשית מידי. הכר ברוגע במה שאמר הילד, והמשך עם מה שעשיתם יחד.

כיוון שא.ס. היא הפרעת חרדה, ADIS נראה רלוונטי במיוחד. ADIS מעריך חרדה, מצב רוח, הפרעת מוחצנות, טיקים, שימוש בסמים והפרעות התפתחותיות על פי ה-DSM. כמו כן ניתן להשתמש ב"מדחום רגשות" המאפשר לילד ולהורים לכמת את חומרת תסמיני החרדה והפרעה בתפקוד של הילד. דירוגי חרדה משמשים כדי לסייע באבחון. יתר על כן, הם יכולים לשמש עבור ניטור עצמי (בילדים גדולים יותר) וניטור החרדה על ידי ההורה, ועל מנת להעריך את התגובה לטיפול לאורך זמן.

ילדים צעירים יוכלו להשתמש במודלים ויזואליים פשוטים כמו ציורי סמיילי ופנים נסערים. דוגמא של מפה מדברת על מצב בבית הספר לילדים צעירים ניתן למצוא להלן. בהתאם לגיל, ניתן לשאול את הילד להצביע או לצייר כוכבים של המצבים שהם מדברים. אפשר גם להשתמש בצבעים: ירוק לדיבורים, צהוב לתקשורת הלא-מילולית, ואדום לאילמות. ילדים גדולים יותר יכולים לבנות מפות מדברות משלהם, כמו רשימות של אנשים איתם הם מדברים, ואנשים איתם יעבדו על היכולת לדבר במסגרות שונות. מטפלים צריכים להיות יצירתיים כדי לגרום לתהליך זה לקרות.

#### **דוגמה ל"מפת דיבור" לילדים צעירים, גרסת בית ספר**

מפת דיבור היא אמצעי יעיל בהערכת אילמות סלקטיבית. בהתאם לגיל, אפשר לשאול את הילד להצביע או לצייר כוכבים במצבים שהם מדברים, או להשתמש בפתקים צבעוניים, למשל ירוק לדיבורים, צהוב לתקשורת לא-מילולית, ואדום לאילמות. המפה יכולה לספק מידע על איך הילד רואה את התנהגות הדיבור שלו במצבים שונים. המפה יכולה לשמש גם כדי להעריך שינוי לאורך זמן.

שמו של הילד: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

מי עזר להשלמת המפה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

בדרך לבית הספר

בכיתה

בקבוצה קטנה

לבד עם מורה או מבוגרים אחרים (מי?)

בחדרים אחרים בבית הספר

בזמן הארוחות

מתוך בהפסקות

## סולמות דירוג

### כללי

כמה סולמות הדירוג עבור תסמיני חרדה זמינים (ראה [פרק אחד של ספר הלימוד](#)). הסולם שניתן להשתמש בו ללא תשלום של Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) כולל פריטי סינון לגבי דיבור: פריט 38. הילד שלי מרגיש פחד אם הוא צריך לדבר מול הכיתה. החלופות בתגובה הם "לעולם לא", "לפעמים", "לעיתים קרובות" ו- "תמיד" ומדריך למשתמש זמין באתר האינטרנט.

### שאלונים לאילמות סלקטיבית

השאלונים הסטנדרטיים הנפוצים ביותר פותחו על ידי לינדסי ברגמן וכלולים בחוברת האחרונה שלה לטיפול א.ס. (ברגמן, 2013). גרסת הורה, *The Selective Mutism Questionnaire* (Bergman et al, 2008) ושאלון למורה (Bergman et al, 2008) School Speech Questionnaire (Bergman et al, 2008) ניתנים ללא תשלום [באתר זה](#). גרסאות בשפות אחרות זמינות על ידי [פנייה למחברת](#).

למרות שניתן להשיג ציון כולל על ידי הוספת הדירוגים כביטוי לחומרת האילמות, שאלונים אלה הם מדדים כמותיים של חומרה בלבד ואינם כלי אבחוני. אבחון צריך להיות מבוסס על הבדיקה הקלינית. שאלוני א.ס. מועילים בהערכה של התסמינים של א.ס. לפני, במהלך ואחרי הטיפול. הציונים בגרסת ההורה מבוצעים על שלוש הגדרות שונות: בית ספר, בבית, ובמצבים חברתיים מחוץ לבית ספר. ניתן להשיג ציונים בתת הסולמות וציון כולל. גרסת המורה בודקת את הדיבור בבית הספר כפי שהוערך על ידי המורה.

*The Social Communication Anxiety Inventory (S-CAI)*, מאת Elisa Shipon-Blum, מדגיש את מגוון התנהגויות א.ס. ידי הגדלת אפשרויות תגובה: לא קומוניקטיבי, לא מילולי, התנהגות מעברית ומילולי (ראו פריטים לדוגמה עבור "המצב בבית" בהמשך). ניתן לראות גשר חזותי הממחיש את השלבים [כאן](#).

## פריטי דוגמא מן ספר של ברגמן לשאלון דיבור (מורה)

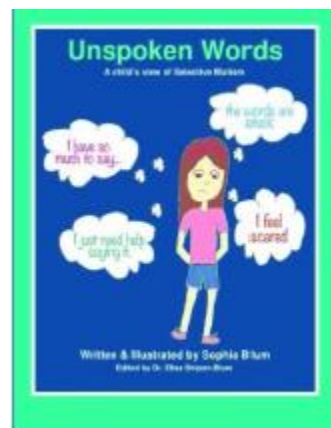
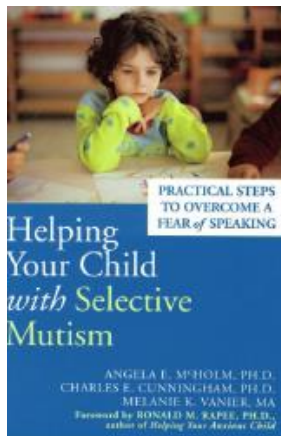
- פריט 3. כאשר נקרא על ידי המורה שלו, הילד עונה באופן מילולי.
- פריט 4. כאשר זה מתאים התלמיד שואל אותך (המורה) שאלות. (אפשרויות דירוג הן: תמיד, לעתים קרובות, לעתים רחוקות, אף פעם)

## טיפול

ניתן להמשיג את הטיפול בא.ס. תוך לקיחה בחשבון של שלוש קבוצות של גורמים:

1. גורמי פגיעות (גנטיקה, מזג, חרדה חברתית, עיכוב התנהגותי, והפרעות התפתחותיות). ההתמקדות של הטיפול לא תהיה בשינוי המזג. אם נמצאות הפרעות התפתחותיות, יש להגיש עזרה נאותה עבור אלה בבית הספר.
2. גורמים מפעילים (טריגרים) - (מעברים ואירועים בלתי צפויים, כגון התחלת גן או בית ספר, הגירה, שימוש בשפה חדשה). ילדים עם א.ס. נתרמים מהכנה, הדרכה, מתן זמן רב יותר כדי להסתגל למצב או מעבר החדש, כמו גם מסביבה מובנית שבה הם יודעים למה לצפות.
3. גורמים משמרים - (ההתנהגות של אנשים סביב האילמות). כאן ישנם שני סיכונים מנוגדים. אחד הוא לקבל את הימנעות הדיבור הילד, לדבר עבורו ולקבלת את אי-היכולת לשפר את התקשורת שלהו. השני הוא לצפות מילד לתקשר כאשר הוא אינו מסוגל לעמוד בכך. למרות כוונות טובות, שתי הגישות אינן מסייעות, מגדילות את אי הנוחות של הילד ויכולות להחמיר את תסמינים (ראה מידע להלן).

משאבים שימושיים לילדים עם א.ס. ולמשפחותיהם) (לחץ על התמונה מידע נוסף)



א.ס. נחשב באופן נרחב כקשה לטיפול ויש מעט מחקרים באיכות גבוהה לגבי יעילות הטיפול. ספרות לגבי טיפול היא בדרך כלל לגבי תיאורי מקרה וכוללת מגוון רחב של גישות טיפול ומשקפת במידה רבה את האוריינטציה התיאורטית של המחקרים. מידע על תוצאות הטיפול עדיין נדיר. המחקרים המעטים ארוכי הטווח הם רטרוספקטיביים, עם מידע מועט על הטיפול במרפאות באותם שנים. בשנת 2006, סקירת הספרות הציעה בזירות שטיפול קוגניטיבי התנהגותי הומלץ (Cohan et al, 2006a). בשנים האחרונות, פותחו התערבויות CBT מבוססות ראיות מותאמות במיוחד לילדים עם א.ס. (Klein et al, 2016; Bergman, 2013; Oerbeck et al, 2014). כולם ממליצים על התערבות מוקדמת, ולמרות שוני מסוים בעיצוב, תדירות, משך, ומיקום של טיפולים, קיים דמיון רב בינם לבין העבודה החלוצית של טיפול בא.ס. על ידי קבוצות בריטניה, קנדה ואמריקה (Johnson Johnson & Wintgens, 2007; McHolm et al, 2005; Kearney, 2010). קבוצה קנדית נוספת פרסמה סיקרה של טיפול עבור א.ס. (גישות פסיכו-חברתיות ושימוש בתרופות) (Manassis, 2009).

### **טיפול פסיכו-חברתיים**

למען הפשטות, מרכיבי מפתח נפוצים בטיפול מפורטים להלן. לאחר מכן, סקירה קצרה של הראיות על התערבויות פסיכו-חברתיות מוצגת עם דוגמאות של מקרים.

- התערבויות הם בדרך כלל רב תחומיות ומתמקדות בהפחתה של החרדה, הרחבת הדיבור החברתי ולטיוב של ליקויים הקשורים לא.ס..
- כל הגישות מדגישות את המרכיבים ההתנהגותיים של CBT, כיוון שהתסמין של אילמות והגיל הצעיר של ההופעה מקשים על הבנייה הקוגניטיבית. נעשה שימוש בחשיפות הדרגתיות ותגמולים עבור דיבור.
- מעורבות הורים היא חיונית. פסיכו-הדרכה על א.ס. ומידע על הדרך הטובה ביותר לעזור לילדיהם, על ידי הפחתת התנהגויות המאפשרות אילמות (למשל, תקשורת עבור הילדים האילמים שלהם) ועל ידי מתן הזדמנויות לתקשורת במצבים עם חרדה נמוכה בבית ובציבור, היא חובה. ראה תמונת מעל עם הצעות לספרות לשימוש עבור ילדים עם א.ס.. ראו [עלון מידע להורים](#) המוצע על ידי SMIRA, קבוצת תמיכה בריטית א.ס..
- נדרשת מעורבות נרחבת ותיאום עם מורים, כיוון שילדים עם א.ס. נוטים להיות סימפטומטיים יותר בבית הספר. פסיכו-הדרכה על א.ס., התייעצויות במהלך הטיפול, ומשימות חשיפה פשוטות בבית הספר משמשות כאן.



- כיוון שילדים עם א.ס. לעיתים קרובות אינם מצליחים לדבר עם המטפל, חשוב ליישם גישות לרתימת הילד. חיפוש מידע על מה הילד באמת אוהב, שימוש במשחקים אהובים ופעילויות משחק, ושימוש בתגמולים אטרקטיביים ממלאים תפקיד מרכזי.
- יעד טיפול עיקרי הוא הפחתת חרדת דיבור על ידי צמצום הלחץ לדבר והגדלת הנוחות של הילד בכך שאינו מסתכל בצורה ישירה על המטפל. התנהגות זה אולי נראה כהתערבות פרדוקסלית הפועלת כנגד המטרה הסופית של דיבור גובר. עם זאת, הדבר נמצא כחיוני עבור ילדים עם א.ס. וזאת כדי להשתחרר וליצור קשר עם אנשים לא מוכרים וחדשים.

### עצות לחברים

- רוב האנשים מפחדים ממשו. ילד זה מתקשה לדבר. ישנן דרכים לעזור לו / לה לדבר:
- כאשר מישהו לא מדבר, אנשים יכולים להרגיש נבוכים סביבו. היה ידידותי כלפי הילד ונסה לצרפו לפעילויות משחק.
- אל תדבר על זה שילד לא יכול לדבר עם אנשים אחרים, ובאופן כללי על תדבר עבור הילד.
- אל תעשה מהומה אם הילד מתחיל לדבר, פשוט המשך עם מה שאתם עושים.



## **הטיפול ההתנהגותי המשולב עבור א.ס. שפותח על ידי Lindsey R Bergman**

טיפול זה מבוצע במרפאה על ידי מטפלים מנוסים עם השתתפות הורים באמצעות משימות חשיפה מדורגות לגירוי/המצב המלחיצים (תקשורת מילולית) (ברגמן, 2013). המטפלים נמצאים תקשורת הקרובה עם המורים כדי להבטיח את יישום של משימות חשיפה בבית הספר. במחקר חלוצי רנדומלי ומבוקר הכולל 21 ילדים (4 עד 8 שנים) נמצא גידול משמעותי בדיבור לאחר טיפול, ללא שינוי בקבוצת ביקורת של רשימת ההמתנה (Bergman et al, 2002). חשוב לציין, 67% מהילדים שקיבלו טיפול כבר לא מילאו את הקריטריונים לאבחון עבור א.ס. והשיפור נשמר במעקב לאחר 3 חודשים (Bergman et al, 2013). לא אובחנה תחלואה נלווית אבל נמצאה הפחתה משמעותית בתסמיני של חרדה חברתיים לפי דיווח ההורה אך לא המורה. ראה נספח F.5.1 עבור סקירה של 20 מפגשים בגישה טיפולית של ברגמן.

במדריך של ברגמן מספק טפסים וטבלאות מועילות להערכה וטיפול בא.ס., כולל הצעות לתרגילי חשיפה. מודגשות משימות מובנות, תגמולים מתוכננים, תיאור תוצאה והדירוג של הרגשות של הילד. ראה נספח F.5.2 ו F.5.3 לדוגמאות. [לחץ כאן](#) כדי לגשת למשאבים שניתן להוריד מהמדריך.

## **טיפול חרדת התקשורת החברתית (S-CAT) שפותח על ידי Elisa Shipon-Blum**

טיפול זה מבוצע גם הוא במרפאה עם השתתפות ההורים באמצעות משימות חשיפה הדרגתיות והתייעצות עם מורים כדי להבטיח הבנה של א.ס. ומשימות חשיפה רלוונטיות בבית הספר. הטיפול מורכב מתשעה מפגשים תלת שבועיים עם העברה משמעותית של השליטה להורים בין הפגישות כדי לקדם הכללה של הרווח הטיפולי. S-CAT משלבת אסטרטגיות התנהגותיות וקוגניטיביות כדי לעזור לילדים לתקשר בשלבים מובנים (ראה נספח F.5.3) הנעשים יותר ויותר תובעניים, באמצעות *Social Communication Comfort Scale.o.a* - (תיאור מפורט נמצא [כאן](#)).

מחקר פיילוט ללא קבוצת ביקורת של תכנית S-CAT, אשר כלל 40 ילדים עם א.ס. בגילאי 5 עד 12 שנים, מצא עלייה משמעותית של הדיבור כפי שדורגו על ידי ההורים. חומרת תסמיני א.ס. נמוכה ושיתוף פעולה משפחתי היו קשורים לתוצאה טובה יותר (Klein et al, 2016). תיאור מפורט של תכנית ה-S-CAT של Shipon-בלום [ניתן למצוא כאן](#).

## שאלה של אם

הבת שלי, מ' היא בת 8 ולומדת בכיתה ב'. היא תמיד הייתה ביישנית מאוד, ודיברה רק עם בעלי, איתי, בני, סבא וסבתא שלה וכמה דודים ודודות. כיום היא מדברת אל כל בני המשפחה הקרובה שלנו. בבית הספר היא מדברת רק עם המורה לספורט. אנחנו כבר פוגשים מטפל במשך למעלה משנה. [...] המטפל ואני מנסים להסביר למורים של מ' על SM. אני מביאה אותה מוקדם לפני כל הילדים ולפעמים מ' קוראת כמה מילים למורה שלה. כמו כן הקלטתי את "דוחות הספרים" שלה כדי שמורה שלה ישמע אותה. למ' יש חברה אחת טובה מאוד שהיא מדברת אתה בבית הספר. היא מרגישה מאוד בנוח עם חברה זו ובזכותה הצליחה למצוא חברים חדשים ולהצטרף לפעילות אחרי בית הספר. המורים שלה, במיוחד המורה להתעמלות, מרגישים שמ' משתמשת בחברה זו כמו קביים. הם רוצים להפריד אותם בשנה הבאה. אני לגמרי מתנגדת זה כי מ' פחות חרדה סביב ילדה זו. אני יודעת כמה זה מתסכל כאשר אתה לא מקבל שום תקשורת. אני חושבת שהמורה שלה כנראה חושבת שהיא יכולה לרפא את מ' על ידי כך שתרחיק אותה מחברתה. אבל אני חושב שלשמור את מ' עם ילדים שהיא מרגישה בנוח איתם יכול רק לעזור לה. נראה שהם חושבים שהיא צריכה להיות עם חברים אחרים. למ' יש חברים אחרים אבל היא פשוט לא יכול ליזום חברויות לבדה.

השאלה שלי אליך היא, "האם צריך להפריד את מ' מהילדה היחידה שהיא יכולה לדבר אתה בנוחות?"

**מה אתה חושב? מצא תשובה אחת כאן .**



בהתנהגות דיבור לאורך זמן (Oerbeck et al, 2015). גיל צעיר יותר בתחילת הטיפול ותסמינים חמורים פחות של א.ס. היו קשורים לתוצאה טובה יותר. שיחת מעקב ארוך-טווח של 30 מתוך 32 ילדים (בגילאי 3-9 שנים) שהשלימו תכנית זו בנורבגיה הראו כי, על פי הורים ומורים, 21 מ 30 הילדים כבר לא מילאו את קריטריונים לאבחון א.ס.. ארבעה ילדים עדיין סבלו א.ס. ו-5 הראו הפוגה חלקית (למשל, הם דברו קצת אבל לא בכל המצבים בבתי הספר) (נתונים שלא פורסמו).

### **טיפול תרופתי**

השימוש בתרופות בילדים עם א.ס. הוא ללא התוויה מיוחדת בשל מיעוט הראיות האמפיריות; יש לשקול תרופות רק בנסיבות מיוחדות. כיום ישנם שני ניסויים קטנים, אחד עבור fluoxetine והשני עבור sertraline (Manassis et al, 2016). השימוש בתרופות מבוסס בעיקר על חקירה ושקלול של תוצאות מהטיפול של הפרעות חרדה אחרות. חשוב להכיר מציאות זו ולהסביר את הרציונל לשימוש תרופות - למשל, חוסר התגובה לטיפול פסיכולוגי, ואת הקשר ההדוק בין א.ס. והפרעת חרדה חברתית (Compton et al, 2014). מידע זה גורמת למשפחות לתהות אם זה שווה להסתכן בהשפעות השליליות הפוטנציאליות של תרופות.

עם זאת, הסיכון של הידרדרות בתפקוד חברתי ואקדמי יכול להיות גבוה כאשר א.ס. אינה מטופלת ביעילות, ולתרופות יש פוטנציאל לשפר את התוצאות התפקודיות (Tannock, & Manassis, 2008). אם החרדה פוחתת עם תרופות, ילדים מסוימים יכולים להתקדם מהר יותר בטיפול הפסיכולוגי. חשוב למשפחות לשמוע כי תגובת התרופות (חיוביות או שליליות) ותופעות לוואי תהיינה תחת פיקוח הדוק, ויש תכנית להפסקת תרופות ברגע שהילד מתחיל לדבר ברוב המצבים החברתיים.

### **מתי התרופה עשויה להועיל לא.ס.?**

במקרה של אלן, התסמינים היו עיקשים במשך למעלה משנתיים למרות ארבעה חודשים של טיפול פסיכולוגי אינטנסיבי. ניסיון ל"התחלה חדשה" על ידי שינוי של בית ספר נכשל והתפקוד החברתי שלה מתדרדר בבירור. נראה כי אירועים אלה מצדיקים את השימוש בתרופות. עם זאת, השאלה מתי להשתמש בתרופות ב א.ס. אינה פשוטה (ראה וידאו קליפים גם #3 ו #4). כאשר מחליטים אם להמליץ על תרופות, יש להתחשב במספר גורמים:

- העדות המוגבלת של יעילות ותופעות לוואי אפשריות, בייחוד אצל ילדים טרום התבגרותם.
- תרופות אמורות להיות נלוות לטיפול פסיכו-חברתי, ולא כטיפול יחידני.

- זה חייב להיות ברור כי מצבו של הילד אינו משתפר עם טיפול פסיכו-חברתי וכי התסמינים חמורים ומגבילים. ישנו ויכוח כמה ארוך צריך להיות טיפול פסיכו-חברתי לפני הוספת התרופה אבל רוב המחקרים מציעים מספר חודשים של טיפול.
- כיוון שילדים גדולים יותר מראים שיעור נמוך יותר של תגובה לטיפול הפסיכו-חברתי מאשר הצעירים (Oerbeck et al, 2015) אפשר לשקול שימוש בתרופה מוקדם יותר עם ילדים גדולים יותר. תרופות גם יכולה להישקל מוקדם במקומות בהם טיפול פסיכו-חברתי אינו זמין.
- המטפל חייב לשקול את הסיכונים הפוטנציאליים והתועלות של תרופות בכל מקרה נתון ולעזור לילד ולמשפחה להבין את אלו.



לחץ על התמונות להציג סרט תיעודי (עזור לי לדבר) העוקב אחר שני ילדים עם אילמות סלקטיבית. חלק 3 (לעיל, 14:05 דק') וחלק 4 (להלן, 13:11 דק') ממחישים היבטים של טיפול פסיכולוגי ותרופתי.



כמו עם הפרעות פסיכיאטריות אחרות של הילדות חסרים מחקרים של המינון האופטימלי, והכלל עבור מרשם ב SM הוא "להתחיל נמוך וללכת לאט"

## אלן

אלן הייתה ילדה בת 6.5 כאשר הגיעה להערכה ראשונה. היא היגרה לאירופה עם משפחתה מדרום מזרח אסיה כשהייתה בת שלוש. בבית היא הייתה רהוטה בשפה המקומית ובשפת אמה. אלן תואר על ידי ההוריה כשקטה וביישנית כל חייה אך מעבר לכך נראה כי התפתחה כרגיל. כאשר התחילה גן היא שתקה לחלוטין אבל המורה שלה שמחה לקבל ילדה משתפת פעולה, ולא מפריעה. היא הרגיעה את ההורים שאלן כנראה תשתתף יפה כשהיא תסתגל לסביבה החדשה שלה. עם זאת, אלן לא דיברה בכיתה באותה שנה או בשנה הבאה.

אלן הופנה להערכת בריאות נפש בסוף כיתה א' כיוון שלנוכח שתיקתה המורה התקשתה להעריך את ההתקדמות האקדמית שלה. אלן אובחנה עם SM. נצפתה תקשורת בלתי מילולית עם חברים, וכתוצאה מכך היו לה כמה חברויות. לעתים קרובות היא נכללה משחקים עם בני גילה וכמה מהם דיברו בשמה עם הכיתה. המטפל הציעה טיפול ההתנהגותי לעידוד הטיפול. משפחתה הייתה משוכנעת כי "התחלה חדשה" בבית ספר חדש בספטמבר הבא תפתור את הבעיה, לכן לא פנו לטיפול.

בבית הספר החדש שלה, בכיתה ב', אלן עדיין לא דיברה. יתר על כן, היא איבדה קשר עם בחברים מבית ספרה הקודם והציקו לה בבית הספר החדש. היא הפכה יותר ויותר מסוגרת, שמה את ראשה על שולחנה במשך רוב יום הלימודים. בית הספר ארגן שקלינאית תקשורת תעבוד עם אלן והיא הציגה תכנית לשינוי התנהגותי אבל 4 חודשים לאחר מכן לא הייתה התקדמות. הערכת בריאות נפש שנייה נעשתה-אלן היה אז בת 7.5 והומלץ על תרופות. כשראו את ההידרדרות של בתם, ההורים היו מוכנים לשקול אפשרות זו.

החל שימוש ב Fluoxetine mg10 ליום. אלן לקחה את התרופה מבלי תופעות לוואי. שישה חודשים לאחר מכן, היא נראתה מחייכת יותר, אך עדיין לא דיברה על אף שנעשה עבודה נוספת עם קלינאית התקשורת על תכנית התנהגותית. המינון הוגדל ל mg15 ליום (כמוסות mg20 ו mg10 בימים חלופיים). תוך שלושה שבועות, החלה לוחשת לעמיתים. כעבור חודש נוסף, התחילה לדבר עם המורה כאשר ראתה אותו בפרטיות. אלן המשיך לקחת תרופות והורשתה גם להמשיך עם אותה המורה בכיתה ג' וכתוצאה מכך התפתח דיבור חברתי נורמלי, חברויות, והתקדמות אקדמית טובה באותה שנה. התרופות הופסקו זמן קצר לאחר התחלת כיתה ד', כיוון אלן המשיכה לדבר בקול רגיל בכל המצבים.

## **בחירה של תרופות**

Fluoxetine היא התרופה הנחקרת ביותר אך יש גם דיווחים שמעכבי ספיגה חוזרת של סרוטונין אחרים (SSRI) וגם לשני phenelzine ו monoamine oxidase inhibitors (MAOIs): moclobemide (Manassis et al, 2016). יש להימנע משימוש ב MAOIs בילדים בהתחשב בתופעות לוואי אפשריות ואינטראקציות עם מזון. אנו ממליצים להתחיל עם fluoxetine ומעבר ל sertraline אם יש סבילות קטנה או חוסר תגובה.

## **כיצד יש לרשום תרופות?**

ילדים צעירים (מתחת לגיל 7 לערך) יכולים להתחיל עם 5 מ"ג של Fluoxetine ליום, בין אם בצורת נוזל או (אם לא זמין) על ידי לקיחת כמסה 10mg כל יום שני. בשל זמן מחצית החיים הארוך שלה, את המינון של Fluoxetine ניתן לאזן על ידי התאמת מספר קפסולות הנלקחות בכל שבוע. אם עוברים ל sertraline ניתן להתחיל עם 12.5mg ליום (כלומר, חצי כמסה 25mg). כמו במקרה של אלן, התאמת המינון עשויה להיות נחוצה בגלל השינוי נרחב שלהם הצרכים וסובלנות תרופות אצל ילדים.

חשוב לפקח על המשקל של הילד, אשר לעתים מושפע מבחילות הקשורות לתרופה, במיוחד בתחילת הטיפול. אי שקט מוטורי הינו תופעת לוואי של SSRI, אינה נדירה אצל ילדים (Strawn et al, 2015); יתכן כי נדרשת הפחתה של המינון או שינוי של תרופות. האפשרות של התנהגות אובדנית, למרות שהיא נדירה (Bridge et al, 2007), צריכה להיות מוזכרת למשפחה וראוי ליישם את האמצעים כדי להבטיח את הבטיחות. כשבאים לבחון תועלת, חשוב לקבל מידע ממורים כמו גם מהורים, ומן הילד כאשר הוא מתחיל קצת לתקשר. כאשר נעשה שימוש בתרופות, שיפור לעתים קרובות לא מופיעה בסביבת הבית, שבו תופעות אלה הן בדרך כלל פחות חמורות, אבל הוא בולט יותר בבית הספר. שיפור יכול לקחת זמן: בדרך כלל שבועיים עד ארבעה שבועות במינון אופטימלי, אך בדרך כלל יעברו עוד כמה שבועות לפני שהשינוי מתרגם לתקשורת מילולית מתאימה יותר. מעקב קבוע, למשל, כל כמה שבועות, הוא אידיאלי כדי לפקח על תופעות לוואי, להתאים מינון, ולהמשיך עם טיפול פסיכו-חברתי.

הפסקת הטיפול התרופתי במהלך חופשת הקיץ בדרך כלל לא מומלץ, כיוון שתחילת הלימודים בסתיו היא לעתים קרובות תקופה מאתגרת עבור ילדים עם א.ס., דבר שלפעמים גורם להם לסגת. אף על פי כן, כאשר הילד מדבר ברוב המצבים החברתיים, ונמצא בתפקוד חברתי ואקדמי



טוב, יש להוריד את הטיפול התרופתי. בדרך כלל, זה נעשה על ידי הפחתת מינון, והמתנה של כמה שבועות להשגחה על תסמינים, הפחתת מינון עוד ושוב המתנה, ולאחר מכן הפסקת נטילת התרופה אם התסמינים לא יישנו. אם התסמינים מופיעים שוב, יש להחזיר את תרופות הרמה הנמוכה ביותר האפקטיבית שנמצאה בעבר. לאחר מכן, מינון תרופות ניתן הערכה מחדש כל שישה חודשים בערך, על מנת להבטיח כי הילד ממשיך על המינון הנמוך ביותר הנדרש. הסיכונים והיתרונות של שימוש בתרופות לטווח ארוך אינם ידועים. ברגע שהילד מתקדם עם דיבור חברתי, חשוב להמשיך את השימוש בתרופות במשך כמה חודשים כדי למקסם את היתרונות של טיפול פסיכולוגי, לאפשר לילדים לבנות אמון ביכולות חברתיות שלהם, ולהימנע מנסיגות

## סוגיות תרבותיות

הגבולות בין נורמליות ופתולוגיה משתנות על פני תרבויות. לפיכך, המידה בה התנהגות נחשבת בעייתית יכולה להשתנות. הסף של סובלנות עבור אלימות יכול להשתנות על פני תרבויות, במפגשים חברתיים, ומשפחות. עם זאת, עבור א.ס.א. - כלומר, במונחים של ההפרעה עצמה – כמעט בכל התרבויות (גם אלה שבהם ביישנות/איפוק נחשבות איכותיות חיוביות) תחשב ההתנהגות לא נורמלית והורים ירצו לעזור לשפר את התפקוד של הילד שלהם.

לדעתנו, אלה הסוגיות התרבותיות הדורשות רגישות יתר ביחס א.ס.א. הקשורות לטיפול:

- מבחינה בינלאומית, יש הבדלים בחשיבות של ילדים לדבר בעל פה בבית הספר. כמו כן לחץ המקובל כדי לעזור לילד להגדיל את הדיבור שלו משתנה.
- בטיפול פסיכו-חברתי, זה הבדל בין מדינות במידה בה אנשי טיפול יכולים או מוכנים לעזור לילדים בבית או בבית הספר
- לגבי טיפול תרופתי, יש שונות רבה בקלות בה אנשים מוכנים להשתמש בתרופה עבור א.ס.א. במדינות רבות, הטיפול נחשב "off label" – והכוונה שהרופאים רושמים את תרופה ללא אישור רשמי של משרד הבריאות, בדרך כלל בגלל שאין מספיק ראיות של האפקטיביות.

## נקודות מפתח

- א.ס. היא הפרעת ילדות נדירה יחסית הגורמת לירידת משמעותית בתפקוד החברתי והאקדמי.
- התסמין הראשון במעלה של א.ס. הוא כישלון עקבי לדבר במצבים מסוימים (למשל, בית ספר, מצבים חברתיים) למרות יכולת לדבר בדרך כלל במצבים אחרים (למשל, בבית).
- א.ס. היא תורשתית והיא קשורה עם עיכוב התנהגותי.
- תחלואה נלווית היא רווחת, במיוחד הפרעות חרדה אחרות והפרעות נירו-התפתחותיות, דבר החשוב כדי להעריך את ילד לגבי אלה.
- הערכה דורשת ניסיון, רגישות, ומידע מפורט מהורים ומורים וכן הערכה של הילד.
- פסיכו-הדרכה וניהול התנהגותי הם בדרך כלל הצעדים הטיפוליים הראשונים.
- הגישה הטיפולית המומלצת היא טיפול מובנה הממוקד בחשיפה הדרגתית למשימה המלחיצה (דיבור) עם חיזוקים.
- תרופות עשויות להיות שימושיות כאשר אין, או יש מענה חלקי לטיפול פסיכו-חברתי. תרופות יכולות להישקל קודם במקומות בהם טיפול פסיכו אינו זמין.
- אם בכלל, יש להשתמש בתרופות יחד עם טיפול פסיכו-חברתי לא.ס., לא כטיפול יחיד.
- נכון לעכשיו, אין טיפול תרופתי מאושר ילדים ומתבגרים עם א.ס.. עם זאת, מספר גדל והולך של מחקרים מראה אופטימיות זהירה לגבי SSRIs.
- אם אינה מטופלת כראוי, א.ס. קשורה לסיכון גבוה יותר להפרעות פסיכיאטריות אחרות, במיוחד הפרעות חרדה, כמו גם לירידה בתפקוד חברתי ואקדמי.

• האם יש לך שאלות?

• תגובות/הערות?

לחץ כאן כדי לעבור אל עמוד הפייסבוק של כדי לשתף את הדעה שלך על הפרק עם קוראים אחרים, לשאלות שאלות על מחברים או העורך ולהעיר הערות.

## ביבליוגרפיה

- Albano AM, Silverman WK (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. San Antonio, TX: Graywind Publications Inc.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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 LR, Piacentini J, Mcracken JT (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:938-946.
- 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, Ehmann M, Axelson DA et al (2009). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children. A preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research*, 43:680-686.
- 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.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 297:1683- 1696.
- Carbone D, Schmidt LA, Cunningham CC et al (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1057-1067.
- 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.
- Cohan SL, Price JM, Stein MB (2006b). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27:341-355.
- 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.
- Dunn LM, Dunn DM (2007) *Peabody Picture Vocabulary Test-IV*. San Antonio, TX: Pearson Assessments.
- Egger HL, Angold AC (2004). The preschool age psychiatric assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: Delcarmen-Wiggins R & Carter A (eds) *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Gensthaler A, Khalaf S, Ligges M et al (2016a). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1007/s00787-016-0835-4
- Gensthaler A, Maichrowitz V, Kaess M et al (2016b). Selective mutism: The fraternal twin of childhood social phobia. *Psychopathology*, 49:95-107.
- Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A et al (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28:225-233.
- Hua A, Major N (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28:114-120.
- Johnson M, Wintgens A (2007). *The Selective Mutism Resource Manual*, Brackley, UK: Speechmark Publishing.
- Kaufman J, Birmaher B, Axelson D et al (2013). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) 2013 Working draft*. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education.
- Kearney CA (2010). *Helping Children with Selective Mutism and their Parents: A Guide for School-Based Professionals*. New York, NY: Oxford University Press.
- Klein ER, Armstrong SL, Skira K et al (2016). *Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* DOI: 10.1177/1359104516633497
- Kristensen H (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:249-256.
- Manassis K (2009). Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9:235-243.
- 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.

- K, Tannock R (2008). Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:700-703.
- McHolm AE, Cunningham CE, Vanier MK (2005). *Helping your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Muris P, Hendriks E, Bot S (2015). Children of few words: Relations among selective mutism, behavioral inhibition, and (social) anxiety symptoms in 3- to 6-year-olds. *Child Psychiatry & Human Development*, 18:151-169.
- Muris P, Ollendick TH (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18:151-169.
- Oerbeck B, Johansen J, Lundahl K et al (2012). Selective mutism: A home-and kindergarten-based intervention for children 3-5 years: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17:370-383.
- Oerbeck B, Stein MB, Pripp AH et al (2015). Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24:757-766.
- Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T et al (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, 19:192-198.
- Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B et al (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251:284-296.
- Stein MB, Yang B-Z, Chavira DA et al (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, 69:825-831.
- Steinhausen H-C, Juzi C (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35:606-614.
- Strawn JR, Welge JA, Wehry AM et al (2015). Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 32:149-157.
- Toppelberg CO, Tabors P, Coggins A et al (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:592-595.
- World Health Organization 1990. *International Classification of and Related Health Problems (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.



## נספח F.5.1

### סקירה של 20 מפגשים של טיפול התנהגותי משולב של ברגמן לילדים עם אילמות סלקטיבית

תוכן	נושא	
סקירה כללית של הטיפול והתחלת הגברת הנוחות של הילד למצב החדש.	מבוא	1
בעזרת "מפת הרגשות", הצגת ותרגול של שיטה ידידותית למדד מצוקה סובייקטיבית. הציגו לילד ולמשפחה את השימוש המערכת חיזוקים לחיזוק הדיבור ועזרו להם להתאים אותה לצרכיהם.	מפת רגשות, מערכת החיזוקים	2
איסוף פרטים על ההתנהגות המילולית של הילד בכיתה. בניית "סולם דיבור" או היררכיה (רשימה מדורגת לסיטואציות של תקשורת מילולית שהילד יעבוד לפיו)	רשימת תחומים ויצירת היררכיה	3
סקירה של הרציונל מאחורי התערבויות חשיפה והתחלת חשיפות במפגשים שיובילו לחשיפות נוספות בתוך ומחוץ לפגישות.	אימון בחשיפות*	4
פיתוח, ביצוע והנחייה של תרגילי חשיפה למצבים שבהם יש לילד קושי בדיבור בטיפול ובמקומות אחרים (בית הספר, המשפחה המורחבת, הקהילה, וכו')	חשיפות ראשוניות (קל)*	5-9
התמקד בסקירת ההתקדמות עד כה ופתור מכשולים להצלחה (למשל, חוסר שיתוף פעולה של מורה או הורה, בעיות בתכנית התגמול, חוסר ההכללה, התנגדות של הילד).	פגישת אמצע טיפול	10
המשך עבודה על חשיפות לפי ההיררכיה של הילד ("סולם דיבור") עם מידע מהמשפחה ומורים.	חשיפות ביניים (רמה בינונית)*	11-14
המשך משימות חשיפה והצגת הרעיון של העברת השליטה, על פיו האחריות על עבודה שוטפת נמסרת להורה ולילד. התחל לעורר רעיונות מהורה/ילד לחשיפות מחוץ פגישה.	המשך חשיפות והצגת העברת השליטה	15
המשך לעבוד על משימות חשיפה מתקדמות יותר ויותר עם דגש על העברת בשליטה ובאחריות לטיפול למשפחה, כמו גם למורה אם מתאים.	חשיפות מתקדמות ומיקוד נוסף על העברת השליטה	16-17
זיהוי אזורים שבהם ההתקדמות התרחשה ומצבים שבהם קושי בדיבור עדיין קיים. פיתוח אסטרטגיות להמשיך לעבוד בתחומים אלו, במיוחד אם נשאר ליקוי תפקודי. יש להרשות למשפחה ולמורה להציע הצעות של משימות חשיפה כדי להתמקד באזורי תסמין שנותרו.	סקירה של התקדמות; חשיפות מתקדמות והעברת השליטה	18-19

<p>הצג לילד תרשים התקדמות כדי להכיר בהישג ולחזק אותו. צור רשימה של האתגרים הנותרים ועשו יחד סיעור מוחות כדי להמשיך לעבוד על אזורים אלה. יש לעשות סקירת אסטרטגיות למניעת הישנות. הצג תעודת סיום ואם יש זמן אפשר לעשות חגיגה קטנה.</p>	<p>מניעת הישנות וסיום</p>	<p>20</p>
<p>* כאשר הדבר מתאים לרמת ההתפתחות של הילד, ניתן להוסיף טכניקות הבנייה קוגניטיבית פשוטות במהלך בשלבים אלה של ההתערבות.</p>		

## נספח F.5.2

להלן דוגמא לטופס לצורך עריכת משימה מובנית בהתאם למדריך ברגמן

**משימה :**

**פרס צפוי:**

**תוצאה :**

[1] לא ניסיתי - לא אפשרי

[2] לא ניסיתי - הילד לא יכול היה לסבול את זה

[3] ניסיתי, לא הושלם

[4] הושלם כפי שהוגדר

[5] הושלם עם שינויים

הדירוג של הילד לאחר החשיפה (5-1; בעוצמות שונות של פרצופים מחייכים ומוטרדים)

ציין כאן \_\_\_\_\_ אם לא הושג דירוג של הילד.

**הסבר לתוצאה :**

## נספח F.5.3

### שלבי סולם נוחות תקשורת חברתית ל- SM (Elisa Shipon-Blum)

**שלב 0:** הילד אינו מגיב או יוזם (נראה קפוא).

**שלב 1:** הילד מתקשר באמצעות תקשורת לא מילולית (לא מדוברת) ומגיב או יוזם על ידי הצבעה, הנהון, מחווה, כתיבה, או משמיע קולות שאינם דיבור.

**שלב 2:** הילד נמצא במעבר לתקשורת מילולית (מדוברת) ומגיב או יוזם תגובות על ידי השמעת קולות או באמצעות תווך מילולי שעשוי לכלול לחישות או באמצעות מכשיר הקלטה.

**שלב 3:** הילד מתקשר באמצעות דיבור, מגיב או יוזם באמצעות מילים בקול הטיפוסי, השקט, או שונה מהתסריט או מדיבור ספונטני.

## נספח F.5.4

### סקירה של התערבות בבית ובבית ספר עבור SM, על ידי Hanne Kristensen וקבוצתה.

#### • פגישה טרום טיפולים אחת לפסיכו-הדרכה מתקיים עם ההורים והמורים יחד.

אילמות סלקטיבית לעתים קרובות מעוררת ספקולציות אטיולוגיות (למשל, ילד אינו מדבר בכוונה היא שמדובר בתוצאה של טראומה). בפגישה זו חשוב לוודא הבנה משותפת של SM המבוססת על ראיות, ומהי הדרך הטובה ביותר לעזור לילד.

#### • שלושה מפגשים שבועיים בבית עם הילד והורה(ים)

**מפגש 1.** מתן הסבר (מותאם לגיל הילד) על הצורך לביקור, על כך שילדים אחרים גם נאבקים עם חוסר היכולת לדבר מחוץ לבית, רובם אינם יודעים למה, והם באמת רוצים לדבר אבל לא יודעים איך לעשות זאת. הסבר להם אפשר להשתפר על ידי תרגול בצעדים קטנים, שהם יעשו הכנות לקראת מה שעליהם לעשות ויקבלו מתנות קטנות כאשר ידברו. הצג את "מחברת העבודה" ("מפת דיבור, מדבקות, גיליונות שרטוט) ואת קלטת האודיו (לצורך משחק וכדי לשמוע את הקול שלהם), ככלי אופציונלי כדי לשפר את יחסי קרבה. בחר ביחד משחק אהוב – הדורש דיבור (למשל, ספירה,

שמות), כמו גם תגמולים אהובים. הצג לילד איך המשחק הזה (משימת חשיפה) ישמש במפגש בהתחלה בשלבים קלים ואחר כך בשלב מורכב יותר (ראה פגישה 2).

**פגישה 2.** סקור את מפגש 1 ובדוק את הקלטת/חוברת עבודה, אם נעשה בהם שימוש בין פגישה לפגישה. לבצע את משימת החשיפה המתוכננת בשישה שלבים עם קושי גובר: (1) הורה וילד משחקים את המשחק; עם המטפל מחוץ לחדר והדלת סגורה; (2) המטפל מחוץ לחדר עם דלת פתוחה; (3) המטפל מבקר בחדר במהלך המשחק; (4) המטפל בחדר, לא משחק; (5) המטפל יושב ליד, אבל לא משחק; (6) המטפל משתתף במשחק עם בילד ובהורה.

**פגישה 3.** סקור את מפגש 2 והמשך במשימת החשיפה מאיפה הילד הפסיק בפגישה 2. יש להכין את הילד למפגשים הבאים אשר יתנהלו בבית הספר באמצעות אותה משימת חשיפה והמשחק, בתחילה בליווי ההורה(ים), ואז באימון עם המורה(ים).

**17 מפגשי בית ספר שבועיים** (אם אפשרי יש לפצל לשתי פגישות בנות 30 דקות כדי לשמור על הילד "חם"):

תוכן דומה כמו בפגישות 2-3 אבל במקום אחר (בית ספר). התכנית כוללת שישה מודולים עם יעדים קבועים מראש ובקושי עולה ועולה (ראו להלן). ילדים עם SM ניתן לתיאור כמתחילים ברמה אפס (לא מדברים מבוגרים)

יעד:

1. מדבר עם המטפל בחדר נפרד בבית הספר עם ההורה נוכח.
2. מדבר עם המטפל בחדר נפרד בבית הספר ללא נוכחות ההורה.
3. מדבר עם מורה אחד בחדר נפרד בבית הספר עם נוכחות המטפל.
4. מדבר עם מורים אחרים (וילדים) בחדר נפרד בבית הספר עם נוכחות המטפל.
5. מדבר עם מורים (וילדים) המצבים אחרים ללא נוכחות המטפל (מדבר עם חלק אבל לא עם כל המורים; מדבר בכמה אבל לא בכל הקבוצות בבית הספר).
6. מדבר עם מורים (וילדים) בכל המצבים בלי נוכחות המטפל (דיבור רגיל/קרוב לרגיל).