

SELEKTYVUSIS MUTIZMAS: ETIOLOGIJA, EPIDEMIOLOGIJA, RYŠYS SU NERIMU, GYDYMO METODAI

Gustė Čėsnaite

Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: selektyvusis mutizmas, etiologija, epidemiologija, nerimas, nemedikamentinis gydymas, medikamentinis gydymas.

Santrauka

Selektyvusis mutizmas (SM) yra gana retas sutrikimas, pasireiškiantis vaikystėje, jam būdingas nekalbėjimas socialinėje aplinkoje, kurioje iš vaiko tikimasi verbalinio bendravimo. Yra žinoma, kad vaikai, sergantys SM, dažniau serga bendravimo sutrikimais, palyginus su visa populiacija. Labai išsamios ir konkrečios teorijos apie SM etiologiją, diagnozavimą ir gydymą nėra. Istorškai SM apibrėžimai ir diagnostikos kriterijai yra įvairūs, todėl apibendrinti tyrimus būna sudėtinga. Tyrėjų išvados apie SM fenomenologiją rodo sudėtingą ir daugialypę etiologiją. Šios apžvalgos tikslas – apibendrinti literatūrą apie SM, jo etiologiją, epidemiologiją, ryšį su nerimu ir kitais psichiniais sutrikimais, įvairius gydymo metodus.

Įvadas

Selektyvusis mutizmas (SM) yra psichologinė būklė, paprastai pasireiškianti vaikystėje, kuriai būdingas visiškas kalbos nebuvimas tam tikrose socialinėse situacijose – kitose situacijose kalba gali būti normali. Pavyzdžiui, vaikai, sergantys SM, gali neatsakyti į mokytojo užduotą klausimą klasėje ir (arba) nekalbėti su bendraamžiais mokykloje, tačiau žodžiu bendrauja su tėvais, broliais ir seserimis ar kitais pažįstamais žmonėmis, sutiktais namų aplinkoje. Norint oficialiai nustatyti diagnozę, dabartinėse klasifikavimo sistemose teigiama, kad SM turi tęstis bent 1 mėnesį, tai neturėtų būti siejama kalbos nemokėjimu ir turi labai trukdyti kasdieniam darbui mokykloje, darbe ar socialiniame gyvenime [1].

Selektyvaus mutizmo etiologija šiuo metu nežinoma, tačiau sutrikimas greičiausiai yra įvairių genetinių, charakterio, aplinkos ir neurologinio vystymosi veiksnių sąveikos rezultatas. Šie veiksniai gali būti drovus temperamentas, nerimo istorija šeimoje, dvikalbystė [2]. SM yra gana retas sutrikimas. Jo paplitimo įverčiai, gauti iš įvairių šalių klinikų

ar mokyklų imčių, paprastai svyruoja nuo 0,03 % iki 1,9 %, atsižvelgiant į aplinką (ligoninė ar mokyklos aplinka) ir imtyje esančių vaikų amžių [3]. Šiuo metu priimtina idėja, jog prototipinį nekalbėjimą sukelia tam tikrose situacijose jaučiama baimė ir nerimas, todėl selektyvusis mutizmas dabar vertinamas kaip nerimo patologija [4].

Tyrimo tikslas – išanalizuoti naujausią mokslinę literatūrą apie selektyviojo mutizmo etiologiją, epidemiologiją, sąryšį su kitais psichiniais sutrikimais, medikamentinius ir nemedikamentinius gydymo metodus.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Mokslinių straipsnių paieška buvo vykdoma duomenų bazėse PubMed, Science Direct, Cochrane Library bei informacijos paieškos sistemoje Google Scholar. Paieškai buvo naudojami raktiniai žodžiai anglų kalba ir jų kombinacijos: selektyvusis mutizmas, etiologija, epidemiologija, nerimas, nemedikamentinis gydymas, medikamentinis gydymas. Buvo atrinkti aktualiausi moksliniai straipsniai, parašyti anglų kalba, atitinkantys darbo tikslą, ir jų šaltiniai.

Tyrimo rezultatai

Dažniausiai pažeidžiamų pacientų grupės. SM paprastai yra ankstyvojoje vaikystėje pasireiškianti būklė, kuri prasideda iki 5 metų amžiaus, o klinikinio dėmesio centru tampa, kai vaikai pradeda eiti į mokyklą. SM eiga yra įvairi: kai kurie vaikai ir toliau demonstruoja su šiuo sutrikimu susijusį tylumą, daugeliui jaunų žmonių selektyvusis mutizmas laipsniškai mažėja, tačiau socialinio nerimo simptomai dažnai išlieka. Vidutinis SM pasireiškimo amžius yra nuo 2,7 iki 4,6 metų, nors ši būklė gali likti ir nepastebėta, kol vaikas pradeda mokytis mokykloje. Tyrimuose pastebėta, kad SM yra šiek tiek dažnesnis mergaitėms nei berniukams, lyčių paplitimo santykis yra nuo 1:1,2 iki 1:2 [4]. Tolesni tyrimai su vaikais, sergančiais selektyviu mutizmu, parodė, kad 42–61 % dalyvių ir toliau turėjo bendravimo problemų suaugę. Suaugusieji, turintys selektyvų mutizmą, turi didesnį psichikos sutrikimų, tokių kaip socialinis nerimo sutrikimas,

fobijos ir valgymo sutrikimai, dažni, palyginus su sveikais kontrolinės grupės tiriamaisiais [5].

Ryšys su nerimu ir kitais sutrikimais. Įrodymai apie SM ir nerimo ryšį iš esmės gaunami trijų tipų tyrimuose. Pirmoji tyrimų kryptis susijusi su SM ir nerimo patologijos gretutinių susirgimų dažnių tyrimu. Neseniai paskelbta metaanalizė puikiai apibendrina 22 tyrimų, kurių metu buvo atlikti klinikiniai interviu su vaikais, sergančiais SM, rezultatai, siekiant nustatyti kitų nerimo sutrikimų pasireiškimą. Rezultatai parodė, kad 80 proc. vaikų, sergančių SM, atitiko bent vieno kito nerimo sutrikimo diagnostikos reikalavimus ir dauguma atvejų (69 proc.) tai buvo susiję su socialiniu nerimo sutrikimu [4]. Antroji tyrimo kryptis buvo orientuota į vaikų, sergančių SM, baimių ir su baime susijusio pažinimo turinį. F. Vogel ir kt. apklausė vaikus, sergančius SM, apie jų baimes ir rūpesčius socialinėse situacijose ir įvertino jų socialinės baimės pažinimo lygį, palygino su įprastai besivystančiais vaikais ir vaikais, sergančiais socialiniu nerimo sutrikimu [6]. Kokybiniai interviu atskleidė, kad SM sergančių vaikų baimės dažniausiai buvo nukreiptos į tipinius socialinio nerimo aspektus (t.y. baimę būti kritiška ir neigiamai vertinamiems). Trečioji tyrimų kryptis yra susijusi su vaikų, sergančių SM, temperamento ypatybėmis [7]. Daugėja įrodymų, kad SM sergantys vaikai yra labai drovūs, lengvai patiria nerimą, kai susiduria su naujovėmis, linkę vengti nepažįstamų situacijų [7]. Be nerimo, rasta ir kitų su mutizmu susijusių simptomų (gretutinių ligų). Tai kalbos sutrikimai, obsesinis kompulsinis sutrikimas, trapius X sindromas, dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo sutrikimas (ADHD), depresija, panikos sutrikimai, socialinis atsiribojimas ir kiti somatiniai nusiskundimai [8]. H. Kristensen tyrime, kuriame dalyvavo 54 SM sergantys vaikai, atrado ryšį tarp SM ir raidos sutrikimų, susijusių su bendravimu, mokymusi, motoriniais įgūdžiais. Ji nustatė, kad 7 proc. dalyvių atitiko Aspergerio sindromo (AS) kriterijus, o dar 7 proc. atitiko lengvo intelekto sutrikimo (ID) kriterijus [9].

Nemedikamentinis gydymas. Suprantant, kad SM visų pirma yra baimės ir nerimo sukelta problema, mokslinėje literatūroje kognityvinė elgesio terapija (KET) paprastai pripažįstama labiausiai tinkama šiuo sutrikimu sergantiems vaikams. KET, skirta SM, susideda iš tų pačių komponentų, kurie sudaro kitų nerimo sutrikimų KET: psichoedukacija – apibrėžianti SM kaip socialinio nerimo išraišką; fiziologinė treniruotė – kvėpavimas ir raumenų atpalaidavimas; elgesio mokymas – nenumatytų atvejų valdymas, modeliavimas, formavimas ir laipsniškas jautrumo mažinimas; kognityvinis mokymas – pozityvus pokalbis su savimi ir pažinimo restruktūrizavimas; tėvų mokymas – gerinti tėvų įgūdžius padėti savo vaikui ir laipsniškai nutraukti mutizmą [10]. Paskelbti trys kontroliuojami tyrimai, kurių metu buvo įvertintas KET

veiksmingumas vaikų, sergančių SM, mutizmui ir susijusiems nerimo simptomams. Pirmajame tyrime R. Bergman ir kt. įvertino 20 seansų KET pagrįstą programą [11]. Dvidešimt vienas vaikas, sergantis SM, buvo atsitiktinai priskirtas KET arba kontrolės grupei (terapijos laukiančiųjų sąrašui). Nustatyta, kad 67 proc. vaikų, kuriems buvo taikyta terapija, nebeatitiko SM diagnostinių kriterijų, tai nenuitiko nei vienam iš vaikų, esančių kontrolės grupėje. Tėvai ir mokytojai pranešė, jog KET lankiusiems vaikams pagerėjo funkcinis kalbėjimas ir sumažėjo socialinio nerimo lygis, o tai buvo teigiami pokyčiai, kurių nepasiekė laukiančiųjų sąraše esantys vaikai. Panašios išvados buvo gautos atliekant kitus du kontroliuojamus tyrimus, kuriuos atliko D. Cornacchio ir kt. [12] ir B. Oerbeck ir kt., kuriuose taip pat buvo lyginamas KET poveikis vaikams, sergantiems SM, su kontrolės grupe. Terapijoje dalyvavę vaikai buvo pakartotinai įvertinti praėjus 5 metams po gydymo nutraukimo [13]. Rezultatai atskleidė, kad 70 proc. pacientų SM nebebuvo diagnozuota, o dar 17 proc. vaikų buvo pasiekta dalinė remisija. Iš tiriamųjų 23 proc. vaikų atitiko socialinio nerimo kriterijus, o 50 proc. vis dar buvo sunku kalbėti už namų ribų. Tai rodo, kad nors nemedikamentinės intervencijos poveikis iš dalies teigiamas, nemaža dalis vaikų turėjo persistuojantį sutrikimą. Tai įrodo poreikį ieškoti dar veiksmingesnių gydymo būdų.

Medikamentinis gydymas. Farmakoterapija, o ypač gydymas selektyviais serotonino reabsorbcijos inhibitoriais (SSRI), laikoma veiksminga gydymo alternatyva. Remiantis bendrosiomis klinikinėmis gairėmis, SSRI indikuotini, kai KET neduoda pakankamo atsako į gydymą, tačiau yra įrodymų, jog KET ir farmakoterapijos derinys gali būti dar veiksmingesnis, gydant vaikų ir paauglių nerimo sutrikimus, nei kiekviena monoterapija atskirai [1]. SSRI veiksmingumo tyrimų SM sergantiems vaikams yra nedaug. Tai nestebina, atsižvelgiant į galimą šio tipo vaistų šalutinį poveikį ir į gana jauną daugumos šia liga sergančių vaikų amžių [1]. Keletas tyrimų, kurie buvo atlikti, yra riboti dėl nedidelės imties, nevienalytės struktūros, kontrolinės grupės nebuvimo ir nuoseklumo rezultatų neįvertinimo. Nepaisant to, rezultatai rodo, kad SSRI nulemia simptominių pagerėjimą, nors neaišku, kiek vaikų pasiekia visišką remisiją. Kol kas trūksta įrodymų, palaikančių kombinuotą KET ir SSRI terapiją, gydant SM [14].

Išvados

1. Selektivaus mutizmo etiologija galutinai nenustatyta, tačiau sutrikimas greičiausiai yra įvairių genetinių, charakterio, aplinkos ir neurologinio vystymosi veiksnių sąveikos rezultatas.

2. SM paprastai prasideda iki 5 metų amžiaus, dažniausiai identifikuojama vaikams pradėjus eiti į mokyklą.

3. Didžioji dalis vaikų, sergančių SM, atitiko bent vieno kito nerimo sutrikimo diagnostikos reikalavimus, dauguma atvejų buvo susiję su socialiniu nerimo sutrikimu.

4. Kognityvinė elgesio terapija paprastai pripažįstama kaip labiausiai tinkama terapija vaikams, sergantiems selektyviuoju mutizmu.

5. Kol kas trūksta įrodymų, palaikančių kombinuotą kognityvinės elgesio terapijos ir selektyvių serotonino reabsorbcijos inhibitorių terapiją, gydant selektyvųjį mutizmą.

Literatūra

- Muris P, Ollendick TH. Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. *Psychol Res Behav Manag* 2021;14:159-167. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274538>
- Muris P, Hendriks E, Bot S. Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016;47(1):94-101. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0547-x>
- ICD-11. <https://icd.who.int/en>
- Driessen J, Blom JD, Muris P, Blashfield RK, Molendijk ML. Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 2020;51(2):330-341. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00933-1>
- Steains SY, Malouff JM, Schutte NS. Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Child Care Health Dev* 2021;47(6):771-781. <https://doi.org/10.1111/cch.12895>
- Vogel F, Gensthaler A, Stahl J, Schwenck C. Fears and fear-related cognitions in children with selective mutism. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28(9):1169-1181. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01281-0>
- Milic MI, Carl T, Rapee RM. Similarities and differences between young children with selective mutism and social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2020;133:103696. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103696>
- Steffenburg H, Steffenburg S, Gillberg C, Billstedt E. Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:1163-1169. <https://doi.org/10.2147/NDT.S154966>
- Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(2):249-256. <https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026>
- Lang C, Nir Z, Gothelf A, et al. The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *Eur J Pediatr* 2016;175(4):481-487. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2651-0>
- Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J, Keller ML. Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: a randomized controlled pilot study. *Behav Res Ther* 2013;51(10):680-689. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.003>
- Cornacchio D, Furr JM, Sanchez AL, et al. Intensive group behavioral treatment (IGBT) for children with selective mutism: A preliminary randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2019;87(8):720-733. <https://doi.org/10.1037/ccp0000422>
- Oerbeck B, Overgaard KR, Stein MB, Pripp AH, Kristensen H. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(8):997-1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>
- Østergaard KR. Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy - a systematic review. *Nord J Psychiatry* 2018;72(4):240-250. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1439530>

SELECTIVE MUTISM: ETIOLOGY, EPIDEMIOLOGY, RELATIONSHIP TO ANXIETY, TREATMENT METHODS

G. Česnaite

Keywords: selective mutism, etiology, epidemiology, anxiety, treatment

Summary

Selective mutism (SM) is a relatively rare disorder characterized by failure to speak in social settings where verbal interaction of the child is expected. Children with SM are known to have more communication disorders compared to the general population. There is no detailed and specific theory about the etiology, diagnosis and treatment of SM. Historically, SM definitions and diagnostic criteria have varied, making it difficult to generalize studies. Researchers' findings on the phenomenology of SM suggest a complex and multifaceted etiology. The purpose of this review is to summarize the literature on SM, its etiology, epidemiology, relationship with anxiety and other mental disorders, various treatment methods.

Correspondence to: guste.cesnaite@gmail.com

Gauta 2022-10-26