

**List do redakcji. Znaczenie składowej lękowej w etiopatogenezie mutyzmu wybiórczego, klasyfikowanego jako „zaburzenie lękowe i związane ze strachem”, w planowanej do wdrożenia 11. wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD. Uwagi merytoryczne. Komentarz do artykułu Justyny Holki-Pokorskiej i wsp. *Kontrowersje wokół diagnozy mutyzmu wybiórczego – krytyczna analiza trzech przypadków w świetle współczesnych badań oraz kryteriów diagnostycznych***

**Letter to Editor. The importance of anxiety component in the etiopathogenesis of selective mutism, classified as an ‘anxiety and fear-related disorder’ in the upcoming 11<sup>th</sup> Revision of the International Classification of Diseases. Substantive comments. Comment on the article *The controversy around the diagnosis of selective mutism – a critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria* by Justyna Holka-Pokorska et al.**

Emil Bartosz Rozenek<sup>1</sup>, Zuzanna Maria Nowicka<sup>2</sup>,  
Karolina Wilczyńska<sup>3</sup>, Napoleon Waszkiewicz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup>Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Biostatystyki i Medycyny Translacyjnej

<sup>3</sup>Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Psychiatrii

Justyna Holka-Pokorska i wsp. [1] zasadnie podnoszą kwestię niejasności etiologicznej mutyzmu wybiórczego (*Selective Mutism* – SM), łączącej się z trudnościami w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Artykuł składa się z dwóch części. Pierwsza z nich jest dokładnym opisem zaburzenia i przedstawia najważniejsze teorie związane z jego etiopatogenezą, co umożliwi czytelnikowi szczegółowe zapoznanie się z omawianym zaburzeniem. Drugą część artykułu stanowią starannie przygotowane opisy trzech przypadków klinicznych. Ich dobór jest przemyślany, ma bowiem ukazać znaczną heterogenność zaburzeń, jakie mogą się kryć pod syn-

dromologiczną diagnozą SM. Autorzy omawianej pracy skłaniają się ku uznaniu wieloczynnikowej etiologii SM (dostarczając na nią dowodów w postaci opisów przypadków klinicznych), co jest zgodne z wnioskami płynącymi z dokładnych przeglądów systematycznych poświęconych temu zaburzeniu [2, 3]. Komentowana praca nabiera szczególnego znaczenia w kontekście planowanej do wdrożenia w 2022 roku klasyfikacji ICD-11 [4]. Holka-Pokorska i wsp. podają w wątpliwość zasadność klasyfikowania SM jako zaburzenia lękowego, argumentując, że koncentrowanie się na jednej składowej zaburzenia może utrudniać osiągnięcie sukcesu terapeutycznego, ponieważ „ograniczone efekty terapii mutyzmu wybiórczego mogą być skutkiem tego, że najczęściej stosowane metody terapii [...] działają jedynie wobec lękowej składowej zaburzenia, nie obejmują zaś np. składowych związanych z deficytami przetwarzania słuchowego, innych deficytów neuropoznawczych oraz deficytów z zakresu poznania społecznego, które mogą współwystępować u znacznej liczby dzieci z SM” [1, s. 339].

Autorzy niniejszego komentarza pragną zauważyć, że cennym uzupełnieniem omawianego artykułu byłoby uwzględnienie w nim wniosków płynących z bardzo dokładnego i aktualnego przeglądu literatury na temat SM autorstwa Murisa i Ollendicka (2015) [3], który jest w naszej ocenie jedną z najważniejszych prac poświęconych omawianemu zagadnieniu. Badacze ci stwierdzają, że: **czynniki środowiskowe (np. nadmierna kontrola rodzicielska), zaburzenia rozwoju, a także polimorfizm genu CNTNAP2 (rs2710102) i odpowiedni konstrukt temperamentu (hamowanie behawioralne) – wszystkie te składowe są powiązane z SM i często stanowią fundament rozwoju dziecięcych zaburzeń lękowych.** Niewątpliwie przemawia to za włączeniem SM do spektrum zaburzeń lękowych (tak jak w DSM-5 z 2013 roku [5]).

Kolejną kwestią wymagającą naszym zdaniem komentarza jest przedstawiony w pracy Holki-Pokorskiej i wsp. argument przemawiający za niewłączeniem SM do spektrum zaburzeń lękowych. Autorzy omawianej pracy uznają Melfsena i wsp. [6] za przeciwników zaliczania SM do spektrum zaburzeń lękowych, uzasadniając to tym, że: „W badaniu przeprowadzonym przez Melfsena i wsp. oceniano poziom lęku u dzieci z objawami mutyzmu wybiórczego. Okazało się, że badane dzieci charakteryzował niższy poziom lęku społecznego w porównaniu z dziećmi z rozpoznaniem fobii społecznej” [1, s. 327]. Omawiane badanie Melfsena i wsp. [6] polegało na wypełnieniu SPAIK, niemieckiej wersji kwestionariusza SPAI-C (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children*) przez dzieci z różnymi zaburzeniami psychiatrycznymi w celu oceny poziomu odczuwanego przez nie lęku społecznego. Najwyższy wynik w SPAIK uzyskały kolejno: dzieci z diagnozą fobii społecznej (średnia ocena 29,59) i dzieci z diagnozą mutyzmu wybiórczego (średnia ocena 22,68). Na tej podstawie Melfsen i wsp.:

(1) Stwierdzają, że dzieci z SM odczuwały istotny poziom lęku społecznego:

„Wynik powyżej 20, co do którego założono, że wskazuje na lęk społeczny, był obserwowany u dzieci z diagnozą mutyzmu wybiórczego (...)” [6, s. 111].

(2) Stwierdzają, że przeprowadzone przez nich badanie nie potwierdza hipotezy Black i Uhdego [7] traktującej SM jako manifestację wybitnie nasilonego lęku społecznego:

„Nie popieramy uznawania mutyzmu wybiórczego za manifestację silnego lęku społecznego. Nasze dane zgromadzone na podstawie badań dzieci selektywnie mutystycznych wskazują raczej na istotnie niższy całkowity wynik SPAIK w tej grupie, w porównaniu do grupy dzieci z diagnozą fobii społecznej.” [6, s. 116].

Uważamy zatem, że Melfsen i wsp. [6] nie sprzeciwiają się zaliczaniu SM do spektrum zaburzeń lękowych, a jedynie zaznaczają, że wyniki ich badań nie potwierdzają hipotezy uznającej SM za ekstremalny wariant fobii społecznej. Ponadto badanie Melfsena i wsp. naszym zdaniem przemawia raczej za uznawaniem SM za zaburzenie o etiologii lękowej, ze względu na odczuwane przez badane dzieci z SM istotnie nasilonego lęku społecznego.

W dalszej części artykułu Holka-Pokorska i wsp. piszą: „Wnioski Melfsena potwierdzono także w badaniu Yeganeha i wsp. W badanej grupie dzieci z rozpoznaniem mutyzmu wybiórczego stwierdzono niższy poziom lęku społecznego niż w podgrupie dzieci z objawami mutyzmu wybiórczego i współistniejącej fobii społecznej” [1, s. 327].

Większość dzieci z SM spełnia także kryteria fobii społecznej [3]. W badaniu Yeganeha i wsp. z 2003 roku [8], do którego odwołuje się autorka, grupy badane tworzyły: dzieci z diagnozą mutyzmu wybiórczego oraz z współistniejącą diagnozą fobii społecznej (grupa 1), a także dzieci z diagnozą izolowanej fobii społecznej (grupa 2). Na podstawie oceny własnej dzieci z grupy 1 nie prezentowały wyższego poziomu lęku społecznego niż dzieci z grupy 2, jednak uwzględniając także ocenę obserwatorów, badacze stwierdzili, że dzieci z grupy 1 prezentowały wyższy poziom lęku społecznego od dzieci z grupy 2 [8, 9]. Można zatem stwierdzić, że badanie Yeganeha i wsp. [8] potwierdza hipotezę Black i Uhdego [7] traktującą SM jako ekstremalny wariant fobii społecznej.

Na podstawie omawianego akapitu można odnieść także mylne wrażenie, że nie istnieją dowody na to, by dzieci z SM prezentowały silniej wyrażone objawy lęku społecznego w porównaniu z dziećmi z diagnozą fobii społecznej lub dziećmi zdrowych. Odmiennie zdanie prezentują Muris i Ollendick [3], którzy opierając się na przeglądzie piśmiennictwa, konstatują, że dzieci z SM prezentują silniej wyrażone objawy lęku społecznego w porównaniu ze zdrowymi dziećmi oraz objawy odczuwania lęku społecznego nasilone w stopniu porównywalnym bądź nawet wyższym niż dzieci z diagnozą fobii społecznej. Jest to naszym zdaniem argument przemawiający za zasadnością zaliczania SM do spektrum zaburzeń lękowych.

Te drobne uwagi nie podważają oczywiście istotnej wartości naukowej pracy Holki-Pokorskiej i wsp. [1], która stanowi ważny głos w debacie na temat skomplikowanego zaburzenia, jakim jest SM. Szczególnie istotnym wnioskiem płynącym z omawianej publikacji jest konieczność uwzględniania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pierwotnych zaburzeń, na których tle kształtuje się obraz SM. Autorzy tego komentarza pragną podkreślić kluczowe znaczenie uwzględniania zaburzeń towarzyszących SM, zwłaszcza przy konstruowaniu kryteriów diagnostycznych, co naszym zdaniem skłoniłoby klinicystów do multimodalnego podejścia do pacjentów z SM, dając nadzieję na większą skuteczność leczenia i poprawę długoterminowego rokowania.

### Piśmiennictwo

1. Holka-Pokorska J, Piróg-Balcerzak A, Jarema M. *The controversy around the diagnosis of selective mutism – A critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(2): 323–343.
2. Viana AG, Beidel DC, Rabian B. *Selective mutism: A review and integration of the last 15 years*. Clin. Psychol. Rev. 2009; 29(1): 57–67.
3. Muris P, Ollendick TH. *Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5*. Clin. Child. Fam. Psychol. Rev. 2015; 18(2): 151–169.
4. Kogan CS, Stein DJ, Maj M, First MB, Emmelkamp PMG, Reed GM. *The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11*. Depress. Anxiety 2016; 33(12): 1141–1154.
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Association
6. Melfsen S, Walitza S, Warnke A. *The extent of social anxiety in combination with mental disorders*. Eur. Child. Adolesc. Psychiatry 2006; 15(2): 111–117.
7. Black B, Uhde TW. *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1995; 34(7): 847–856.
8. Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM, Pina AA, Silverman WK. *Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 2003; 42(9): 1069–1075.
9. Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Roesch SC, Stein MB. *Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis*. J. Clin. Child. Adolesc. Psychol. 2008; 37(4): 770–784.

Adres: Emil Bartosz Rozenek  
Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Choroszcz.  
e-mail: e.rozenek@o2.pl

Otrzymano: 19.12.2018

Przyjęto do druku: 10.03.2019