

## Mutyzm w przebiegu cukrzycy typu 1

## Mutism in the course of type 1 diabetes

Ada Przygocka-Pieniążek, Malwina Musiał-Paździor, Małgorzata Myśliwiec

Gdański Uniwersytet Medyczny

Medical University of Gdańsk

### Słowa kluczowe

mutyzm, cukrzyca typu 1

### Key words

mutism, type 1 diabetes mellitus

### Streszczenie

Cukrzyca typu 1 rozwija się coraz częściej i u coraz młodszych dzieci, co oznacza, że coraz częściej występują powikłania specyficzne dla tej grupy wiekowej. W poniższym artykule zaprezentowano opis przypadku jednego z możliwych powikłań rozwoju tej choroby przewlekłej w młodym wieku – powikłania rzadko rozpoznawanego, jednak bardzo groźnego – mutyzmu selektywnego. Przedstawiono także metody diagnostyki i leczenia tego powikłania.

Endokrynol. Ped. 2018.17.3.64.201-204.  
© Copyright by PTEIDD 2018

### Abstract

Type 1 Diabetes Mellitus is not only more frequent, but also starts in youngest children population, which means that complicationsspecific for this age group are also more frequent. A case study presents one of possible complications of developing diabetes type 1 at young age – complication rarely diagnosed, yet very dangerous – selective mutism. Diagnostics and treatment of mutism were also described.

Pediatr. Endocrinol. 2018.17.3.64.201-204.  
© Copyright by PTEIDD 2018

### Wstęp

Cukrzyca typu 1 jest chorobą obecnie niewyleczalną, w której z powodu autoimmunologicznego zniszczenia komórek beta trzustki dochodzi do niedoboru insuliny i zaburzenia gospodarki węglowodanowej. Choroba ta jest rozpoznawana coraz częściej i w coraz młodszym wieku [1].

Oznacza to, że coraz większa grupa pacjentów i coraz wcześniej jest narażona na powikłania cukrzycy. Sam fakt choroby przewlekłej jest bardzo obciążający psychicznie dla pacjentów i ich rodzin. Najczęściej, w kontekście powikłań psychicznych w przebiegu cukrzycy typu 1, mówi się o depresji, należy jednak pamiętać o innych, coraz częstszych i bardzo groźnych zaburzeniach.

### Opis przypadku

Do Oddziału Diabetologii Dziecięcej zgłosiła się 9-letnia pacjentka na planowe przyjęcie, celem podłączenia osobistej pompy insulinowej. Wcześniej pacjentka i jej rodzice odbyli dwutygodniowe szkolenie pod nadzorem edukatorki diabetologicznej. Do momentu tej hospitalizacji pacjentka leczona metodą insulinoterapii penowej. Poziom wyrównania metabolicznego średni. Rodzice wykonują pomiary nocne.

Cukrzycę rozpoznano w wieku 5 lat w Oddziale Diabetologii; od tego czasu pacjentka jest objęta opieką Poradni Diabetologicznej. Na wizyty zgłaszała się regularnie, stosowała się do zaleceń lekarskich. W badaniu przy przyjęciu pacjentka bez cech infekcji. Masa ciała 24,9 kg (25-50 percentyl), wzrost 125 cm (3-10 percentyl). Stwierdzono prze-

rost tkanki podskórnej w miejscu podaży insuliny na ramionach. Wysoki lęk pacjentki przed zmianą miejsca wkłucia sprawiał, że od rozpoznania choroby do obecnej hospitalizacji insulina była podawana tylko w jedno miejsce. Dojrzałość płciowa w skali Tannera 1.

Podczas zbierania wywiadu uwagę lekarza prowadzącego zwróciło nieodpowiadanie przez dziecko na zadane pytania, słaba mimika twarzy i bezruch ciała. Matka zapewniała, że w domu dziewczynka mówi, gestykułując. Zapytana o sytuację w szkole przyznała, że w sytuacjach stresowych, jak odpowiedź ustna, dziewczynka nie jest w stanie się odezwać, a nauczycielka pozwala jej na napisanie odpowiedzi na kartce. Podczas hospitalizacji pacjentka, z wielkim wysiłkiem, była w stanie odpowiadać na proste pytania. Szeptła i odpowiadała jednym słowem, jednocześnie usztywniając ciało. Interesujący jest fakt, że gdy nie czuła się obserwowana, pacjentka swobodnie rozmawiała z matką.

Lekarz prowadzący zlecił, oprócz badań kontrolnych, konsultację psychologiczną, przekazując psychologowi swoje spostrzeżenia.

W konsultacji psychologicznej przeprowadzonej podczas hospitalizacji uczestniczyła pacjentka wraz z matką. Pacjentka nie była w stanie nawiązać kontaktu werbalnego, pomimo zachęty matki i prób psychologa do zaangażowania jej w rozmowę lub wspólną aktywność. Zaobserwowano bardzo silne napięcie i lęk u dziewczynki, które manifestowało się głównie usztywnieniem ciała i niemożnością podjęcia prostych aktywności, takich jak otwarcie pudełka z kredkami czy sięgnięcie po chusteczki higieniczne. Przeprowadzono obserwację dziecka i zebrano wywiad psychologiczny od matki pacjentki. Uzyskane informacje spełniały kryteria diagnostyczne rozpoznania mutyzmu selektywnego wg DSM-V [2] – kryteria przedstawiono w tabeli I.

Między innymi zaobserwowano, że pacjentka nie mówi w określonych sytuacjach, w których mówienie jest oczekiwane i pomimo mówienia w innych. Stwierdzono, że fakt niemówienia utrudnia pacjentce osiąganie sukcesów edukacyjnych na miarę jej zdolności poznawczych oraz znacznie upośledza komunikację społeczną, zarówno w obrębie grupy rówieśniczej, jak i w kontaktach z osobami dorosłymi, na przykład z personelem medycznym w Oddziale Diabetologii i Poradni Cukrzycowej. Czas trwania objawów u dziewczynki wynosił znacznie więcej niż diagnostyczny miesiąc i nie był związany z rozpoczęciem przez nią edukacji szkolnej bądź też ze zmianą placówki

szkolnej ani miejsca zamieszkania. Brak mówienia u pacjentki nie wynikał także z braku znajomości języka lub szeroko rozumianego dyskomfortu związanego z posługiwaniem się danym językiem. Objawów prezentowanych przez pacjentkę nie można było wyjaśnić poprzez nieprawidłowości w budowie aparatu mowy, trudności logopedyczne ani zaburzenia komunikacji w tym jękanie. Nie stwierdzono całościowych zaburzeń rozwoju, wykluczono występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz zaburzeń psychotycznych.

Podczas konsultacji pacjentka uważnie przysłuchiwała się rozmowie, zareagowała ekspresją emocjonalną na komentarz psychologa odnoszący się do jej cierpienia wynikającego z niemożności mówienia czy wykonywania niektórych czynności – skinęła głową, po policzkach spłynęły jej łzy. Łzy pacjentki można interpretować jako wyraz olbrzymiego dyskomfortu psychicznego, który jej towarzyszył, ale także jako reakcję na dostrzeżenie jej cierpienia i trudności [3]. Rodzinę skierowano na terapię mutyzmu selektywnego do specjalisty leczenia tej grupy zaburzeń; terapia ta łączy w sobie elementy terapii poznawczej, behawioralnej oraz oddziaływania wsparciowe i edukacyjne w obrębie rodziny. Praca terapeutyczna uwzględnia także pracę z osobami ze środowiska pacjentki oraz stanowi pomoc dla nauczyciela szkolnego i wychowawcy. Mutyzm selektywny to niemożność mówienia występująca w specyficznych sytuacjach społecznych, przy jednocześnie dobrze wykształconym aparacie mowy [4]. Pacjenci potrafią właściwie artykułować głoski i prawidłowo budują zdania. Zaburzenie to najczęściej rozwija się między trzecim a szóstym rokiem życia, kiedy dziecko zaczyna nawiązywać kontakty z osobami spoza rodziny. Częściej dotyka dziewczynki. Pacjenci w środowisku domowym zazwyczaj nie przejawiają trudności w mowie, jedynie w kontaktach z obcymi milkną lub posługują się wyłącznie monosylabami czy szeptem. W różnych sytuacjach dziecko może przejawiać dwa skrajne sposoby zachowania. Wychowawcy przedszkolni rzadko zwracają uwagę na to zaburzenie u swoich podopiecznych, ponieważ cierpiące na nie przedszkolaki są spokojne, ciche i nie sprawiają kłopotów. Mutyzm wybiórczy najczęściej zauważany jest w szkole, ponieważ dotknięci nim uczniowie nie odpowiadają na pytania nauczycieli oraz nie nawiązują kontaktu z rówieśnikami. Rozmawiają tylko z wybranymi przez siebie kolegami. Często takie zachowanie dziecka jest akceptowane i postrzegane jako skrajnie nasiloną nieśmiałość lub upór. W tabeli II przedstawiono

**Tabela I.** Kryteria mutyzmu w DSM-V**Table I.** Mutism criteria by DSM-V

KRYTERIA MUTYZMU SELEKTYWNEGO wg DSM-V
Brak mówienia w określonych sytuacjach (w których mówienie jest oczekiwane) pomimo mówienia w innych.
Zaburzenie utrudnia osiągnięcie sukcesów edukacyjnych lub zawodowych oraz komunikację społeczną.
Czas trwania zaburzenia wynosi co najmniej miesiąc (nie ogranicza się do pierwszego miesiąca w szkole).
Brak mówienia nie wynika z braku znajomości języka lub dyskomfortu związanego z posługiwaniem się danym językiem.
Zaburzenia nie można wyjaśnić poprzez zaburzenia komunikacji (np. jękanie), całościowe zaburzenia rozwoju (autyzm), zaburzenia psychiatryczne (schizofrenia).

**Tabela II.** Różnicowanie mutyzmu i nieśmiałości**Table II.** Differentiation between mutism and shyness

	mutyzm	nieśmiałość
cecha podstawowa	zaburzenie psychiczne	niepatologiczna cecha osobowości
początek	3-5 rok życia	wiek wczesnoszkolny (>6 r.ż)
czynniki ryzyka	wydarzenie traumatyczne	wychowanie
pleć	K>M	K=M
przebieg z czasem	nasilenie objawów	zanikanie objawów
mowa	bezgłos	mowa cicha
mimika	zaburzona, osłabiona	w normie
obraz ciała	bezruch	nerwowość
obraz funkcjonowania	mało spójny	spójny

podstawowe różnice pomiędzy mutyzmem a nieśmiałością.

Hospitalizację zakończono po krótkiej interwencji terapeutycznej psychologa, pozwalającej na zmianę miejsc podawania insuliny, wykonaniu badań kontrolnych w przebiegu cukrzycy typu 1 oraz zmodyfikowaniu dawek insuliny bazalnej i doposażowej. Z rodzicami omówiono konsekwencje rozpoznanego schorzenia dla rozwoju społeczno-emocjonalnego dziecka oraz wynikającego z mutyzmu utrudnienia w kontroli cukrzycy. Podłączenie osobistej pompy insulinowej odroczone do czasu uzyskania postępów w terapii mutyzmu.

Można przypuszczać, że rozpoznanie u pacjentki przewlekłej choroby autoagresywnej było czynnikiem spustowym dla rozwoju wyżej opisywanych objawów, na które pacjentka była konstytucjonalnie i środowiskowo podatna. Organizm pacjentki zwracał się przeciwko niej w procesie

rozwoju choroby, a paralelnie jej zdolność do komunikacji została zahamowana, zwracając się przeciwko jej woli, jednocześnie współdziałając z jej lękiem.

Pośród wielu czynników zwiększających podatność na rozwój mutyzmu selektywnego u opisywanej pacjentki, ważnym okazało się traumatyczne przeżycie, jakim dla niektórych, podatnych na zaburzenia lękowe, pacjentów jest rozpoznanie choroby przewlekłej – cukrzycy typu 1 i związana z tym hospitalizacja.

Do czasu, kiedy środowisko dziecka zorientuje się, że niechęć do mówienia wynika z trudności psychicznych, zaburzenie pogłębia się i może nastąpić trwała tendencja do niemówienia. Jego konsekwencjami są m.in. problemy w komunikacji społecznej, co w przypadku pacjenta z cukrzycą typu 1 może doprowadzić do sytuacji niebezpiecznych, a nawet do zagrożenia życia. Obrazowym

przykładem jest nieinformowanie nauczyciela ani rówieśników o konieczności pomiaru glikemii, złym samopoczuciu i potrzebie dostępu do sprzętu medycznego czy akcesoriów (glukometr, glukoza w żelu) w czasie zajęć szkolnych lub w innych sytuacjach, kiedy dziecko pozostaje poza bezpośrednią kontrolą rodziców.

---

## Podsumowanie

Częścią problemów związanych z terapią mutyzmu jest problem z jego rozpoznawaniem. Zarówno niewielka wiedza na jego temat, jak i częste składanie jego objawów na karb nieśmiałości, powodują opóźnienie diagnozy i pogłębianie się zaburzenia. Konieczne jest zwrócenie uwagi na edukację osób pracujących z dziećmi, zarówno lekarzy, nauczycieli szkolnych i przedszkolnych z zagadnień związanych z mutyzmem i nieśmiałością.

Jakkolwiek zgłaszana częstość mutyzmu nie jest wysoka – 0,11-2,2% w zależności od populacji, w której przeprowadzono badania [4,5], to wszystko wskazuje na to, że jest to problem niedoszacowany. Pierwsze szacunki zawierały się w przedziale 0,03-0,18% [6]. Tak znaczący wzrost częstości

wynika nie tylko z uszczegółowienia kryteriów wiekowych, ale także z coraz większej wiedzy na temat tego zaburzenia; u pacjentów, wcześniej klasyfikowanych jako fobia społeczna czy zaburzenia lękowe, po rediagnoście mówi się o mutyzmie. Należy także wziąć pod uwagę, że fobia społeczna może być powikłaniem mutyzmu.

Nabycie mutyzmu w przebiegu tej szczególnej choroby przewlekłej, jaką jest cukrzyca, ma poważne konsekwencje. Dziecko, które nie jest w stanie zgłosić objawów hipoglikemii, może znaleźć się w stanie zagrożenia życia. Podobnie, jeśli podczas zajęć z nowym opiekunem, nie poinformowanym o chorobie podopiecznego lub nierozumiejącym jej konsekwencji, dziecko nie będzie w stanie zgłosić konieczności pomiaru glikemii, podania insuliny czy w trakcie zajęć wychowania fizycznego zgłosić potrzeby napicia się soku. W przypadku leczenia osobistą pompą insulinową, na przykład przy alarmach ostrzegawczych przed hipoglikemią, pacjent nie zgłosi tego faktu opiekunowi. O ile w pierwszych latach nauczania szkolnego dziecko przez większość czasu znajduje się pod opieką jednego nauczyciela, o tyle w następnych latach edukacja prowadzona jest przez wielu nauczycieli, dlatego szczególnie ważne jest, by dziecko z cukrzycą było w stanie zgłaszać swoje potrzeby.

---

## Piśmiennictwo / References

1. Czupryniak L. et al.: Cukrzyca. Ukryta pandemia. Sytuacja w Polsce, edycja 2014, Warszawa 2014.
2. Opracowanie zbiorowe Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego: Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-V. Wyd. EdraUrban & Partner.
3. Manassis K.: Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Rev. Neurother.*, 2009 Feb;9(2), 235-43.
4. Huaa A., Majorb N.: Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, Vol 28, No. 1, Feb 2016.
5. Kopp S., Gillberg C.: Selective mutism: a population-based study: a research-note. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 1997;Feb 38(2), 257-62.
6. Keen D.V., Fonseca S., Wintgens A.: Selective mutism: a consensus based care pathway of good practice. *Arch. Dis. Child.*, 2008;Oct 93(10), 838-44.